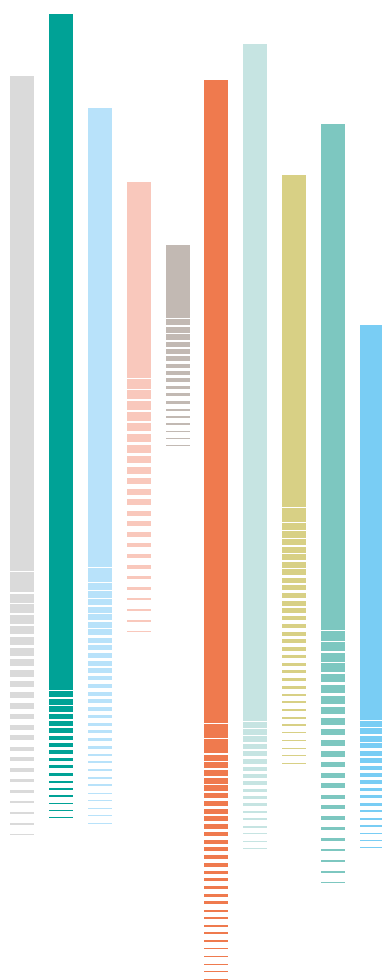


ПРЕКРАЩЕНИЕ ЭПИДЕМИИ СПИДА

ПРОГРЕСС В ДОСТИЖЕНИИ
ЦЕЛЕЙ 90-90-90



Copyright: © 2017

Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС)

Все права защищены

Используемые обозначения и изложение материала в настоящей публикации не означают выражения со стороны ЮНЭЙДС какого-либо мнения относительно правового статуса какой-либо страны, территории, города или района или ее властей или относительно делимитации ее границ. ЮНЭЙДС не гарантирует, что информация, опубликованная в настоящей публикации, является полной и правильной и не несет ответственности за любой ущерб, понесенный в результате её использования.

ЮНЭЙДС/JC2900E

ПРЕКРАЩЕНИЕ ЭПИДЕМИИ СПИДА

**ПРОГРЕСС В ДОСТИЖЕНИИ
ЦЕЛЕЙ 90–90–90**

СОДЕРЖАНИЕ

Вступительное слово	6
1. Вступление. Трансформируя видение в реальность: цели «90–90–90»	8
2. Состояние эпидемии	22
3. Среднесрочный прогресс в достижении целей «90–90–90»	30
4. Сокращение отставания	62
5. Цели «90–90–90» в рамках комплексного подхода	86

6.	Восточная и Южная Африка	100
7.	Западная и Центральная Африка	112
8.	Азия и Тихоокеанский регион	120
9.	Латинская Америка	130
10.	Страны Карибского бассейна	140
11.	Ближний Восток и Северная Африка	150
12.	Восточная Европа и Центральная Азия	160
13.	Западная и Центральная Европа и Северная Америка	170
	Приложение. Используемые методики	180

Вступительное слово

Три года назад, когда я анонсировал цели «90–90–90», многие считали их недостижимыми. Сегодня ситуация совершенно другая. Семьи, общины, города и страны стали свидетелями всё больше расширяющегося доступа к лечению ВИЧ-инфекции за последние три года. Рекордное количество людей, 19,5 млн. человек, получили доступ к антиретровирусной терапии; впервые более половины всех людей, живущих с ВИЧ, находятся на лечении. Больше стран стали оплачивать лечение ВИЧ-инфекции из собственного бюджета. Больше людей, живущих с ВИЧ, имеют работу. Больше девочек пошло в школу, стало меньше детей-сирот, меньше больных и меньше бедности. Семьи и общины почувствовали лучшую обеспеченность.

После появления научных доказательств того, что раннее начало лечения имеет двойное преимущество, поддерживая здоровье людей, живущих с ВИЧ, и предотвращая передачу ВИЧ, многие страны приняли политику лечения всех в качестве золотого стандарта. Инвестиции в наши усилия обеспечивают большую окупаемость. Смертность от СПИДа сократилась почти наполовину по сравнению с её пиком в 2005 году. Мы наблюдаем тенденцию к снижению количества новых случаев ВИЧ-инфекции, особенно в странах Восточной и Южной Африки, где за последние шесть лет количество новых случаев ВИЧ-инфекции уменьшилось на треть. Эта хорошая новость стала результатом совокупного эффекта быстрого расширения масштабов лечения и существующих программ по профилактике ВИЧ. По мере продвижения вперед, каждый дополнительный доллар, вложенный в борьбу со СПИДом, принесет возврат в размере 8 долл. США.

Наша кампания с целью покончить со СПИДом только началась. Но мы живем в нестабильные времена, когда достижения могут быстро смениться поражениями. Самоуспокоенность несёт наибольшую опасность для движения вперед.

Глобальная солидарность и совместная ответственность привели нас к сегодняшнему успеху. Это надо сохранить. Но уже несколько лет ресурсы, выделяемые на борьбу со СПИДом, остаются на прежнем уровне. Нам не удаётся обеспечить инвестирование 26 миллиардов долларов, которые так необходимы к 2020 году. Без дополнительных внутренних инвестиций и международной помощи мы не сможем положить конец эпидемии ускоренными темпами. Больше людей будут поражены ВИЧ, больше жизней будет потеряно. Без привлечения работников сообществ в сферу охраны здоровья, системы здравоохранения стран будут испытывать острую нехватку кадров. Без изменения законов ключевые группы населения будут лишены внимания общества.

Мы не должны обмануть ожидания детей, женщин и девочек, молодых людей и ключевых групп населения. Мы должны изменить наши подходы в работе с мужчинами. Мужчины обделены вниманием в мерах по достижению целей «90–90–90», что в свою очередь влияет на жизнь женщин и детей.

Я сохраняю оптимизм. Этот доклад наглядно демонстрирует энергетику целей «90–90–90», и то, что можно достичь за короткое время. Доклад показывает, что инновации возможны на каждом уровне – от сообществ до исследовательских лабораторий, в деревнях и городах. Документ иллюстрирует силу политического лидерства, делающего невозможное возможным.

Мишель Сидибэ
Исполнительный директор ЮНЭЙДС

1. Вступление:

Трансформируя видение в реальность: цели «90–90–90»

Со времени анонсирования в 2014 году на 20-й Международной конференции по СПИДу в Мельбурне, Австралия, целей «90–90–90» они стали отправной точкой глобальных усилий в стремлении положить конец эпидемии СПИДа. Цели отражают фундаментальный сдвиг в мировом подходе к лечению ВИЧ-инфекции, переноса внимания с количества людей, имеющих доступ к антиретровирусной терапии, к важности максимального подавления вируса у людей, живущих с ВИЧ (Рисунок. 1.1). Этот акцент обусловлен более глубоким пониманием преимуществ подавления вируса: лечение не только защищает людей, живущих с ВИЧ, от болезней, обусловленных СПИДом, но также значительно снижает риск передачи вируса другим людям.

ВАЖНОСТЬ ПОДАВЛЕНИЯ АКТИВНОСТИ ВИРУСА У ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ

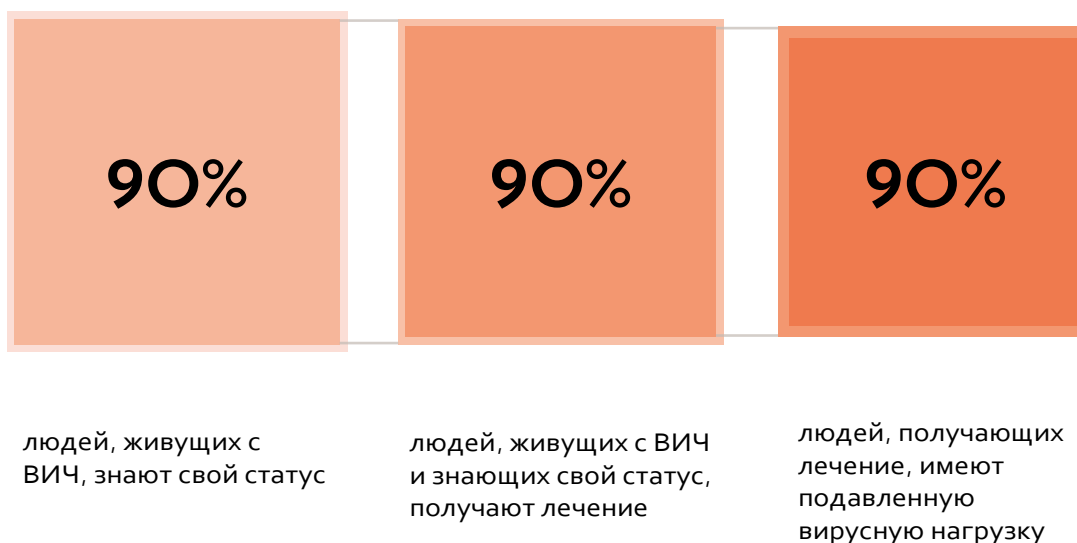


РИСУНОК 1.1. ЦЕЛИ «90–90–90», ДОСТИЖЕНИЕ КОТОРЫХ НАМЕЧЕНО К 2020 г.

ДОСТИЖЕНИЕ ЦЕЛЕЙ «90–90–90» В РЕГИОНАХ, СТРАНАХ И ОБЩИНАХ

В связи с приближением половины срока между декларацией целей «90–90–90» в 2014 году и намеченной датой их достижения в декабре 2020 года, ЮНЭЙДС проводит обзор достигнутого прогресса. Это делается при поддержке руководств национальных программ по противодействию СПИДу, ежегодно представляющих отчёты в Организацию Объединенных Наций, а также национальных руководителей проектов, исследователей и других экспертов в Научно-техническом консультативном комитете ЮНЭЙДС (СТАС), связанных с достижением целей «90–90–90».

Последние эпидемиологические оценки и данные по программам, поступающие из 168 стран во всех регионах, указывают на успехи и пробелы в каскаде медицинской помощи при ВИЧ-инфекции. Страны-участницы также докладывают о меняющейся политике в отношении ВИЧ-инфекции с 2014 года, равно как и о развитии и внедрении инновационных технологий, в том числе в системе предоставления услуг. В соответствии с обязательством никого не оставлять без внимания, изложенные в документе ООН «Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года», ЮНЭЙДС вместе с партнёрами рассмотрели и обобщили данные и исследования по странам, в которых представлены конкретные проблемы и стратегии обеспечения всех профилактических и терапевтических преимуществ антиретровирусной терапии среди детей, молодых людей, женщин, мужчин и ключевых групп с повышенным риском заражения ВИЧ.

Значительный успех сопутствует достижению целей «90–90–90»: важнейшей вехой на этом пути стал тот факт, что впервые более половины всех людей, живущих с ВИЧ, получили доступ к антиретровирусной терапии.

Данные показывают, что имеется значительный прогресс в достижении целей «90–90–90». В 2016 году в мире более двух третей всех людей, живущих с ВИЧ, знали свой ВИЧ-статус. Среди тех, кто знал свой ВИЧ-статус, 77% [57–>89%] имели доступ к антиретровирусной терапии, а 82% [60–>89%] людей, получавших лечение, имели подавленную вирусную нагрузку. На фоне этого успеха в 2016 году была достигнута другая важная веха: впервые более половины всех людей, живущих с ВИЧ (53% [39–65%]), получили доступ к антиретровирусной терапии.

Расширение масштабов тестирования и лечения в сочетании с комплексным подходом, включающим доступность презервативов, программы добровольного медицинского мужского обрезания, доконтактную профилактику, а также меры по защите прав человека и созданию благоприятных условий в предоставлении услуг обусловило глобальное снижение смертности вследствие СПИДа на 32% и уменьшению количества новых случаев ВИЧ-инфекции в 2010–2016 гг.

В странах Восточной и Южной Африки – в регионе, наиболее затронутом эпидемией, – успехи в достижении целей «90–90–90» были особенно впечатляющими, что ставит этот регион на уровень, сопоставимый с достигнутым в Латинской Америке. Если прогресс окажется устойчивым, то эти два региона, скорее всего, достигнут целей «90–90–90» наряду с Западной и Центральной Европой и Северной Америкой. Карибский бассейн был близок к среднему показателю по второй цели, но отставал в достижении первой и третьей цели. Страны Азии и Тихоокеанского региона, напротив, близки к среднему общемировому показателю в отношении первой и третьей цели «90», но отставали в достижении второй цели «90». Другие регионы рискуют не выполнить цели к 2020 году.

Полное достижение целей «90–90–90» будет означать подавление вирусной нагрузки у 73% всех людей, живущих с ВИЧ. Семь стран: Ботсвана, Камбоджа, Дания, Исландия, Сингапур, Швеция и Великобритания добились этого к 2016 году.

Полное достижение целей «90–90–90» будет означать подавление вирусной нагрузки у 73% всех людей, живущих с ВИЧ. Семь стран: Ботсвана, Камбоджа, Дания, Исландия, Сингапур, Швеция и Великобритания добились этой цели к 2016 году. Еще 11 стран – Австралия, Бельгия, Франция, Германия, Италия, Кувейт, Люксембург, Нидерланды, Испания, Свазиленд и Швейцария – приблизились к этому порогу. Несколько городов, в том числе Амстердам, Мельбурн, Нью-Йорк и Париж, включившихся в инициативу по ускорению мер противодействия СПИДу, также достигли или приблизились к достижению целей «90–90–90».

Запуск кампании по расширению услуг при ВИЧ в общинах стран Восточной и Южной Африки показывает, что цели «90–90–90» достижимы за несколько лет даже в странах с низким уровнем доходов и высокой распространенностью ВИЧ-инфекции.

Исследовательский проект «Устойчивое развитие Восточной Африки в сфере общественного здравоохранения» (SEARCH) показало исключительные результаты работы в этих странах (см. вставку). Такие инициативы основаны на совместной работе общественных организаций и общинных медико-санитарных работников. Деятельность таких работников ведётся во многих странах с первых дней противодействия СПИДу – в дополнение к существующим системам общественного здравоохранения – с целью более широкого и справедливого предоставления услуг при ВИЧ. Уроки, извлечённые в ходе этой работы, стали предвестниками модели предоставления дифференцированных услуг. Она включает клиентоориентированный подход, основанный на правах человека, который упрощает и адаптирует услуги при ВИЧ по всему каскаду оказания помощи с целью наилучшего удовлетворения потребностей людей, живущих с ВИЧ, и повышения эффективности системы здравоохранения.

ДОСТИЖЕНИЕ ПЕРВОЙ ЦЕЛИ «90»

В глобальном масштабе в 2016 году улучшение показателя знаний о своём ВИЧ-статусе было менее значительным, чем прогресс на других этапах каскада помощи, причем чаще всего незнание своего ВИЧ-статуса было характерно для молодёжи и мужчин. Знание своего ВИЧ-статуса является первым этапом каскада помощи, поэтому низкий уровень знания о своём ВИЧ-статусе оказывает непосредственное влияние на все последующие меры по привлечению людей, живущих с ВИЧ, к лечению и удержанию на терапии.

Для решения этой проблемы необходимо повысить приоритетность тестирования на ВИЧ и в полной мере использовать новые технологии и инновационные стратегии предоставления услуг. Быстрое распространение и популяризация самотестирования является одной из нескольких стратегий для смещения акцента с тестирования в медицинских учреждениях на тестирование в общинных пунктах. Проект STAR по борьбе с ВИЧ-инфекцией, поддерживаемый ЮНИТЭЙД, демонстрирует, что самотестирование может расширить охват тестированием среди людей, избегающих тестирования на ВИЧ в медицинских учреждениях, и что люди с реактивным (положительным) результатом самотестирования могут на системной основе направляться на подтверждающее исследование, получение диагноза и начало лечения. Уведомление через сексуального партнёра, ранняя диагностика младенцев в пункте оказания медицинской помощи, вирусологическое исследование при родах – все эти методы открывают дополнительные возможности для повышения знания о своём ВИЧ-статусе среди взрослых и детей, живущих с ВИЧ.

ДОСТИЖЕНИЕ ВТОРОЙ ЦЕЛИ «90»

Вторая цель «90» как адаптированный принцип лечить всех с первого дня постановки диагноза, вместе с увеличением инвестиций в масштабные стратегии с опорой на общины, является критически важной для общего успеха. Её достижение потребует быстрого тиражирования проверенных методов предоставления вновь выявленным инфицированным людям услуг в связи с ВИЧ и улучшения эффективности работы клиник, предоставления помощи и быстрый перевод на лечение. Необходимо также распространять опыт, полученных в ходе исследований SEARCH и HPTN071 (PopART), показавших отличные результаты и подтвердивших важнейший вывод о необходимости обучения и использования общинных работников для оказания медико-санитарной помощи, связанной не только с лечением ВИЧ-инфекции, но и других состояний в рамках комплексного подхода к охране здоровья населения. Новые антиретровирусные препараты, такие как долутегравир, могут быстрее привести к снижению вирусной нагрузки, имеют меньше побочных эффектов, реже приводят к возникновению резистентности, а также имеют потенциал к снижению стоимости и большей устойчивости программ лечения.

ДОСТИЖЕНИЕ ТРЕТЬЕЙ ЦЕЛИ «90»

Хотя у большинства людей, получающих антиретровирусную терапию, наблюдаются отличные клинические результаты, имеются дополнительные возможности для существенного снижения вирусной нагрузки и поддержания этого показателя. Для успешного лечения крайне важно наличие программ на уровне общины, направленных на поддержание приверженности пациентов к лечению и уменьшение количества пациентов, потерянных для последующего наблюдения. Формы работы с привлечением «равных» или общинных работников, обученных базовым понятиям в сфере охраны здоровья, по показателям эффективности лечения или удержания на терапии часто сопоставимы или даже превосходят показатели, достигаемые в профильных медицинских учреждениях. Использование групп поддержки с участием «равных» консультантов, хорошо обученные и участливые работники здравоохранения, СМС напоминания и сокращение времени ожидания в клиниках – эти методы также доказали свою эффективность в удержании на лечении подростков и молодых людей, живущих с ВИЧ.

Тестирование на вирусную нагрузку, которое ещё несколько лет назад было редкостью в странах с низким и средним уровнем дохода, становится всё более и более доступным. Почти половина всех людей, получающих лечение в странах, предоставивших данные в ЮНЭЙДС в 2016 году, регулярно проходят тестирование на вирусную нагрузку, что улучшает наблюдение за эффективностью лечения и, при необходимости, помогает своевременно переходить на терапию второй или третьей линии. Концентрация услуг в пункте оказания помощи по месту жительства открывает дополнительную возможность расширить тестирование на вирусную нагрузку для всех, кто обращается за лечением, и позволяет точнее следить за уровнем вирусной нагрузки как у отдельных пациентов, так и в целом по сообществу.

ПРОЕКТ SEARCH: ДОСТИЖЕНИЕ ЦЕЛЕЙ «90–90–90» И ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СЕЛЬСКИХ РАЙОНАХ ВОСТОЧНОЙ АФРИКИ

SEARCH – исследовательский проект, проводимый в 32 сельских общинах в Кении и Уганде, продемонстрировал, что работа на уровне населения может привести к быстрым успехам в достижении и превышении целей «90–90–90».

В 16 общинах, где участники проекта SEARCH предоставляли свои услуги, уже велась более широкая программа медицинской помощи, включая тестирование на ВИЧ и лечение, а также другие мероприятия: профилактика рака шейки матки, педиатрическая помощь (например, дегельминтизация), лечение диабета, гипертонии, малярии, туберкулеза, добровольное медицинское мужское обрезание. Проект SEARCH использовал гибридные формы работы, сочетая тестирование на ВИЧ в мобильных пунктах и домашних условиях. Проводились «ярмарки здоровья» с участием многопрофильных специалистов в непосредственной близости от мест проживания людей; «равные» консультанты популяризировали услуги и отвечали на различные вопросы, связанные со здоровьем. Эти мероприятия помогли официальному медицинскому персоналу принять большое количество членов общины в течение короткого периода времени.

Для тех, чьи результаты тестирования на ВИЧ оказались положительными, участники проекта SEARCH использовали инновационную, клиентоориентированную модель лечения ВИЧ-инфекции, включающую эффективное предоставление услуг (напр. многопрофильные пункты помощи), дружественную для клиентов среду (в том числе гибкий график работы), горячую телефонную линию, по которой клиенты могли получить ответы на свои вопросы, договориться о времени посещения специалистов, получить напоминания о назначенной встрече (по телефону или СМС) и структурированное консультирование по вопросам, связанным с подавлением вирусной нагрузки (2).

ДОСТИЖЕНИЕ ЦЕЛЕЙ «90–90–90» В СЕЛЬСКИХ РАЙОНАХ ВОСТОЧНОЙ АФРИКИ

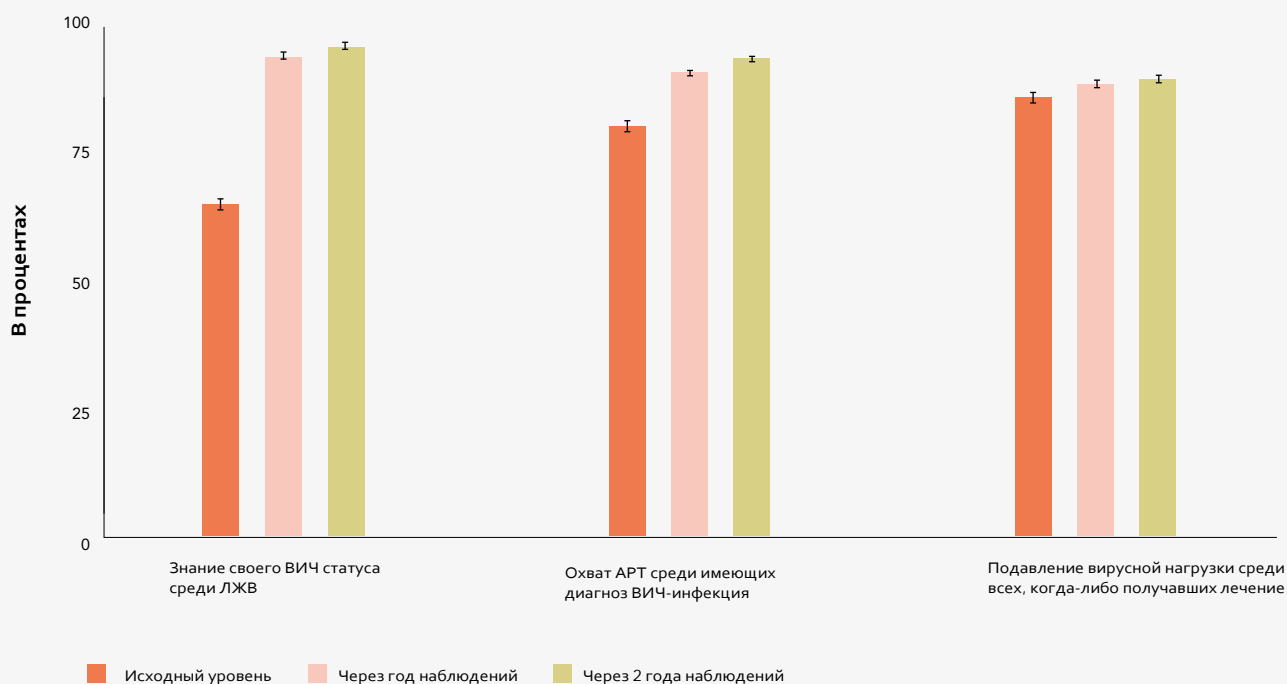


РИСУНОК 1.2. ПРОГРЕСС В ДОСТИЖЕНИИ ЦЕЛЕЙ «90–90–90» ВО ВСЕХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ В 16 ОБЩИНАХ В СЕЛЬСКИХ РАЙОНАХ КЕНИИ И УГАНДЫ

Источник: Petersen M, Balzer L, Kwarsiima D, Sang N, Chamie G, Ayieko J и соавторы. Ассоциация проведения универсального тестирования и терапевтического вмешательства при диагнозе ВИЧ-инфекция, получение антиретровирусной терапии и подавление вирусной нагрузки в Восточной Африке. JAMA. 2017;317(21):2196–2206.

Сотрудникам SEARCH удалось достичь целей «90–90–90» в общинах, в которых они оказывали свои услуги, всего за два года (см. Рисунок 1.2). Показатель знания своего статуса среди людей, живущих с ВИЧ, составил 96% [95–97%], охват антиретровирусной терапией среди людей, ранее имевших диагноз ВИЧ-инфекция, составил 93% [93–94%], и 90% [89–90%] людей, получавших лечение, имели подавленную вирусную нагрузку (3). Примечателен рост показателей по сравнению с исходным уровнем на начало проекта: лишь у 45% [44–46%] людей, живущих с ВИЧ, отмечалось подавление вирусной нагрузки, однако после двух лет использования услуг эта доля увеличилась до 80% – гораздо выше 73%, предусмотренных на этом этапе для полного достижения целей «90–90–90» (3).

Особого внимания заслуживают показатели на всех стадиях каскада медицинской помощи, достигнутые среди мужчин и молодёжи – групп населения, традиционно трудных для охвата услугами тестирования и лечения (Рисунок 1.3). Среди мужчин были достигнуты первые две цели «90», и 88% из них имели подавленную вирусную нагрузку. Среди всех мужчин, живущих с ВИЧ в районах проведения проекта, уровень подавления вируса также почти удвоился: с 39% на исходном уровне до 76% (3). Хотя результаты среди молодых людей (в возрасте 15–24 лет) не полностью достигли целевых показателей «90–90–90», состояние здоровья молодых людей, живущих с ВИЧ, значительно улучшилось, а вероятность дальнейшей передачи вируса резко сократилась. На исходном уровне лишь 26% молодых людей, живущих с ВИЧ, имели подавленную вирусную нагрузку, тогда как через два года этот показатель вырос до 65% (3).

ОХВАТ УСЛУГАМИ МУЖЧИН И МОЛОДЁЖИ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

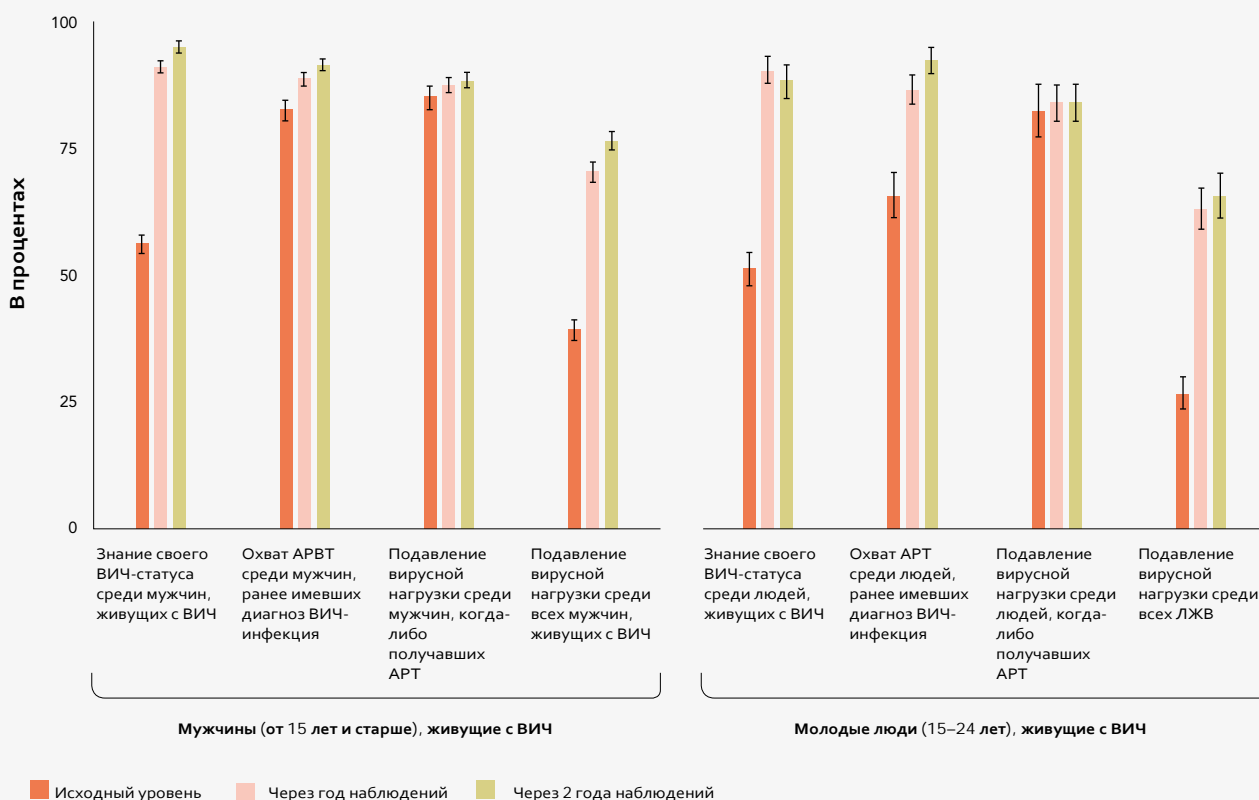


РИСУНОК 1.3 ПРОГРЕСС В ДОСТИЖЕНИИ ЦЕЛЕЙ «90–90–90» СРЕДИ МУЖЧИН (от 15 лет и старше) И МОЛОДЁЖИ (от 15 до 24 лет), ЖИВУЩИХ С ВИЧ В 16 ОБЩИНАХ В СЕЛЬСКИХ РАЙОНАХ КЕНИИ И УГАНДЫ.

Источник: Petersen M, Balzer L, Kwarsiima D, Sang N, Chamie G, Ayieko J et al. Ассоциация проведения универсального тестирования и терапевтического вмешательства при диагнозе ВИЧ-инфекция, получение антиретровирусной терапии и подавление вирусной нагрузки в Восточной Африке. JAMA. 2017;317(21):2196–2206.

БАРЬЕРЫ НА ПУТИ К УСПЕХУ

На фоне очевидного прогресса выявляются барьеры на пути к успеху. Несмотря на то, что пробелы в каскаде помощи сокращаются, в совокупности лишь у 44% [32–53%] всех людей, живущих с ВИЧ, удалось подавить вирусную нагрузку в 2016 году, что существенно ниже 73% – промежуточный показатель на пути к полному достижению целей «90–90–90». Во многих странах по-прежнему вызывает тревогу высокая доля пациентов с заболеванием на поздней стадии при назначении лечения (с количеством CD4+-лимфоцитов менее 200 клеток/мкл). В 85 странах, представивших данные ЮНЭЙДС в 2016 году, почти треть людей с диагнозом ВИЧ-инфекция имели количество CD4+-лимфоцитов менее 200 клеток/мкл. Эти данные ещё раз подтверждают важность комплексного подхода к профилактике ВИЧ-инфекции и её осуществления в полном объеме.

Данные из различных источников подтверждают, что в континууме достижения целей «90–90–90» существует больше пробелов в отношении мужчин, молодежи и ключевых групп населения. Вредные мужские гендерные нормы ведут к более высокому риску заболевания и меньшему охвату медицинскими услугами среди мужчин. Законы, требующие согласия на тестирование, и недостаточный доступ к всестороннему половому просвещению лишают молодежь необходимых им услуг и знаний. Ключевые группы населения часто сталкиваются с криминализацией и высоким уровнем стигмы и дискриминации. Ликвидация пробелов в охвате услугами требует активизации разъяснительной работы среди мужчин, направленной на отказ от вредных представлений о мужественности, вовлечения женщин и девочек, молодежи и ключевых групп населения, усиления их возможностей, расширения самостоятельности, уважения и защиты их прав. Устранение стигмы, дискриминации и нарушений прав человека на всех уровнях посредством создания правовой среды, защищающей и расширяющей возможности людей, твердого верховенства закона – это императивы успешной борьбы со СПИДом и претворения в жизнь Повестки дня в области устойчивого развития до 2030 года.

ДОСТУПНОСТЬ РЕСУРСОВ И ОПАСНОСТЬ НЕДОВЫПОЛНЕНИЯ ГЛОБАЛЬНЫХ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ

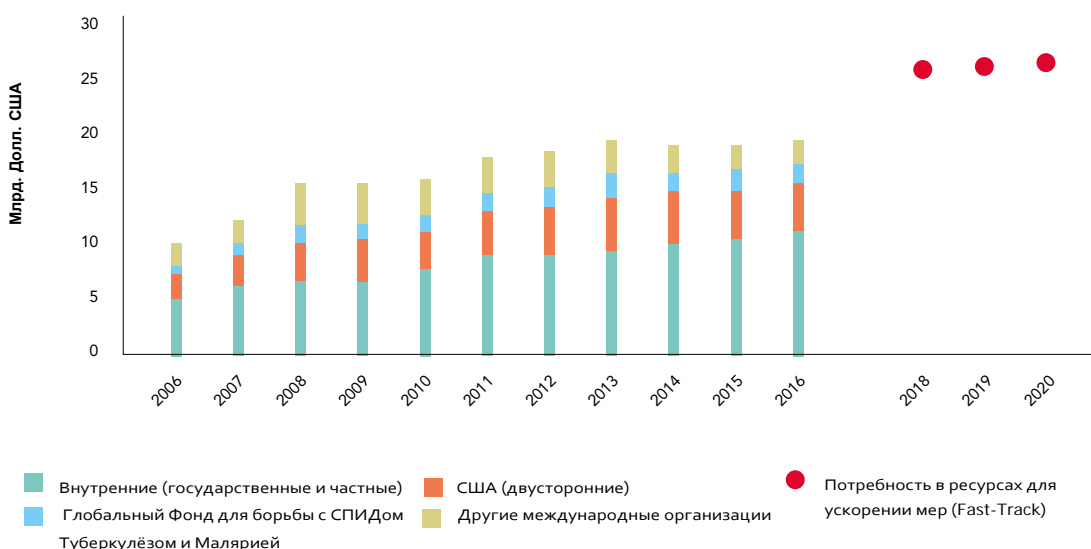


РИСУНОК. 1.4. ДОСТУПНОСТЬ РЕСУРСОВ ПО ИСТОЧНИКАМ, 2006–2016 гг., И ПРОГНОЗИРУЕМЫЕ ПОТРЕБНОСТИ К 2020 г. В СТРАНАХ С НИЗКИМ И СРЕДНИМ УРОВНЕМ ДОХОДОВ*

Источник: Оценки ЮНЭЙДС по доступности ресурсов для борьбы с ВИЧ, июнь 2017 года. Обновленная информация об Ускорении и потребностях в инвестициях, необходимых для борьбы со СПИДом, 2016–2030 гг. Женева: ЮНЭЙДС; 2016. Финансирование мер реагирования в странах с низким и средним уровнем доходов: международная помощь правительств стран-доноров в 2016 году. По Фонд семьи Кайзер и ЮНЭЙДС (в печати). Доклады GAM/GARPR (2005–2017 гг.). Благотворительная поддержка в борьбе с ВИЧ/СПИДом в 2015 году. Вашингтон, округ Колумбия: Фонды обеспокоены ситуацией со СПИДом; 2016 г.

*Оценки для стран с низким и средним уровнем дохода на 2015 год. Все цифры выражены в постоянных ценах 2016 года в долл. США

Особую озабоченность вызывает финансирование. Ресурсообеспеченность мер по противодействию СПИДу в странах с низким и средним уровнем доходов остаётся неизменной уже третий год подряд – на уровне в 19,1 млрд. долл. США. Международные инвестиции в борьбу со СПИДом в этих странах достигали пика в 2013 году, когда они составили почти 10 млрд. долл. США (в постоянных ценах 2016 года); к 2016 году они сократились примерно до 8,1 млрд. долл. США. Несмотря на то, что с 2006 по 2016 годы внутренние инвестиции увеличивались в среднем на 11% в год, темп этого прироста в период с 2015 по 2016 год замедлился до 5% (рис. 1.4).

В отношении доступности ресурсов наблюдается общая стабильная тенденция, которая противоречит обязательствам в отношении выделения ресурсов, согласованных на Генеральной Ассамблее Организации Объединенных Наций, а именно к 2020 году на борьбу со СПИДом затрачивать 26 млрд. долл. США в странах с низким и средним уровнем дохода. Основываясь на беспрецедентно высоком уровне международной помощи в рамках программы PEPFAR и финансировании из Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, необходимо привлечь дополнительные внутренние и донорские инвестиции для достижения целей «90–90–90» и других показателей, намеченных в рамках программы по борьбе со СПИДом ускоренными темпами к 2020 году на основе Политической декларации ООН по прекращению СПИДа, принятой в 2016 году.

ДОСТИЖЕНИЕ ГЛОБАЛЬНОГО УСПЕХА ОСТАЁТСЯ РЕАЛЬНЫМ

В течение 35 лет мир боролся с эпидемией СПИДа, унесшей по приблизительным подсчётам 35,0 млн. [28,9 млн. 41,5 млн.] жизней, и в момент своего пика угрожавшей глобальной стабильности и безопасности (4). Сегодня Генеральная Ассамблея ООН пришла к общему мнению, что СПИД должен остаться лишь в учебниках истории, и утвердила стратегию кратчайшего пути к этой цели.

Но одного лишь плана по прекращению эпидемии СПИДа во всём мире недостаточно, чтобы сделать это мечту реальностью. Мир должен действовать со всей страстью и приверженностью, что доказало свою действенность в прошлом. Важно найти необходимые инвестиции в технологии и стратегии предоставления услуг, которые, как нам известно, могут ликвидировать разрывы между текущими и целевыми показателями, изложенными в Политической декларации 2016 года по прекращению СПИДа.

Результаты , достигнутые в странах , городах и в ходе крупных исследовательских проектов по всему миру доказывают, что цели «90–90–90» достижимы глобально

Промежуточные результаты, показанные в период между провозглашением целей «90–90–90» и сроком их выполнения в 2020 году, свидетельствуют о невероятном прогрессе. По всему миру – в городах с высоким уровнем дохода и в сельских и городских районах Восточной и Южной Африки, где идут крупномасштабные проекты, – появляются доказательства того, что проблемы преодолимы, а глобальные цели достижимы. Их успехи основаны

на фундаменте, заложенном в самые ранние дни эпидемии, когда сообщества начали энергично бороться с отрицанием и бездействием, давая толчок мерам в ответ на СПИД. Для достижения целей «90–90–90» сообщества должны снова стать в центр противодействия эпидемии — в этот раз способствуя предоставлению услуг по тестированию и лечению, продолжая внедрять инновации и заставляя заинтересованные стороны отчитываться за результаты. Только истинное партнёрство, сочетающее энергию, знания и приверженность сообществ, правительств, медиков, представителей частного сектора и других основных заинтересованных сторон позволит миру достичь важной вехи на нашем пути к окончательному избавлению мира от эпидемии СПИДа.

Города, включившиеся в инициативу по ускорению мер по противодействию СПИДу



- 19 муниципалитетов в Камеруне
- 34 муниципалитетов в Кот-д'Ивуаре
- 17 муниципалитетов в Гондурасе
- 3 муниципалитета в Панаме
- 15 муниципалитетов в Сенегале
- 12 муниципалитетов в ЮАР
- 2 муниципалитета в Того
- 51 муниципалитет в Замбии
- 9 муниципалитетов в Испании
- 15 муниципалитетов в Сьерра-Леоне
- 31 муниципалитет в Бразилии

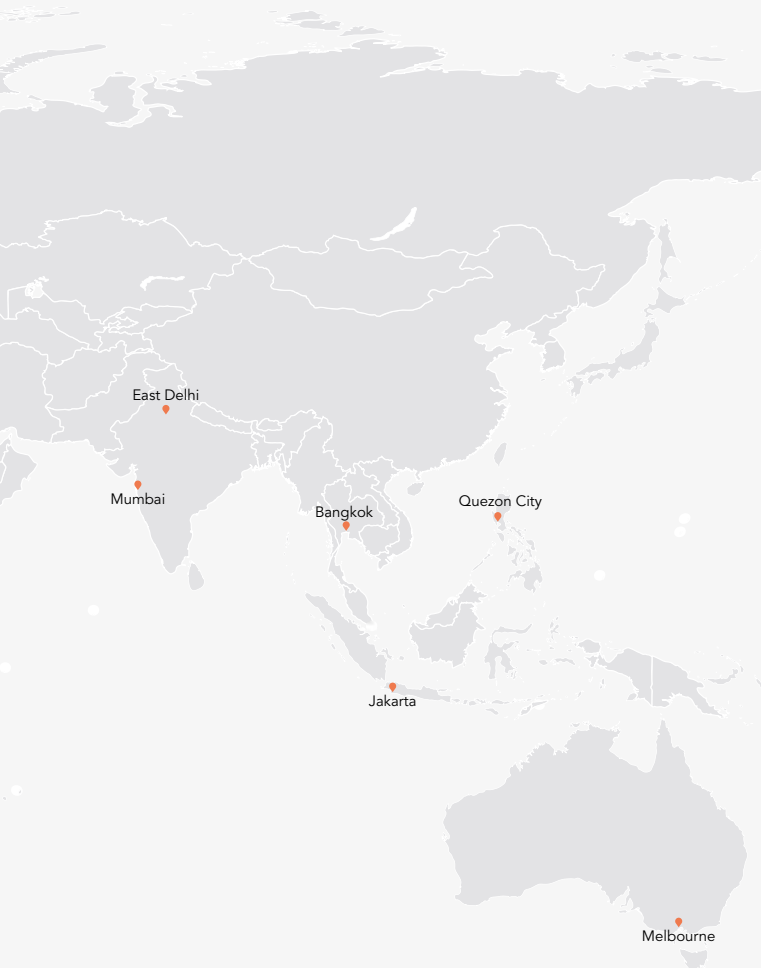
РИСУНОК 1.5. ГОРОДА И МУНИЦИПАЛИТЕТЫ, ПРИСОЕДИНИВШИЕСЯ К ПАРИЖСКОЙ ДЕКЛАРАЦИИ 2014 ГОДА С НАМЕРЕНИЕМ ПОЛОЖИТЬ КОНЕЦ ЭПИДЕМИИ СПИДА.

Источник: ЮНЭЙДС, 2017 г.

Большее половины человечества живёт в городах, где значительная и всё увеличивающаяся доля жителей являются носителями ВИЧ, туберкулёза и других болезней (1). По сравнению с сельской местностью в городах риск заражения ВИЧ и туберкулезом часто бывает выше из-за подвижности населения, большего общения, миграции и социально-экономического неравенства. Города чаще оказываются центрами инноваций, вовлечения сообществ и сильного местного руководства – всё то, что создаёт естественные предпосылки к действенным мерам в области охраны здоровья.

На исторической встрече в Париже, посвященной Всемирному дню борьбы со СПИДом, 1 декабря 2014 года ЮНЭЙДС, Парижская мэрия, Международная ассоциация организаций, предоставляющих помощь при СПИДе (IAPAC), Программа ООН по населённым пунктам вместе с 26 важнейшими городами мира подписали Парижскую декларацию 2014 года, призывающую покончить с эпидемией СПИДа в этих городах. На сегодняшний день более 200 городов и муниципалитетов присоединились к этой декларации, взяв обязательства достичь целей «90–90–90» к 2020 году, устранить различия в доступе к основным медицинским и социальным услугам, способствовать принципам социальной справедливости и росту экономических возможностей, а также положить конец СПИДу как угрозе общественному здравоохранению к 2030 году (Рисунок 1.5).


Значительный успех отмечен по крайней мере в двух городах – Амстердаме и Мельбурне, где цели «90–90–90» уже достигнуты. Ряд других городов приближаются к этим показателям.⁽¹⁾ Главам городов, таким как мэр Парижа Анн Идальго, принадлежит ведущая, руководящая роль. Вовлечённость сообществ, в том числе людей, живущих с ВИЧ, а также организаций, оказывающих медицинскую помощь и другие услуги, в процессы принятия решений имеет критическое значение для пересмотра текущих планов городов по борьбе со СПИДом. Оперативное использование данных позволяет определить приоритеты в распределении ресурсов и программ, тем самым устраняя слабые места в спектре услуг при ВИЧ-инфекции. При поддержке ЮНЭЙДС, IAPAC и других партнеров города внедряют новаторские подходы к охвату и диагностике труднодоступных групп населения, оптимизируют взятие пациентов на наблюдение в медицинских учреждениях, начало антиретровирусной терапии, а также оказывают поддержку людям, живущим с ВИЧ, с целью подавления вирусной нагрузки. Хотя во многих городах замечен определенный прогресс, многое еще предстоит сделать. Стигма и дискриминация, в том числе в медицинских учреждениях, должны быть устранены, также как и препятствия к доступу и использованию услуг при ВИЧ-инфекции, особенно среди ключевых и уязвимых групп населения. Примеры наилучшей практики и уроки, полученные в городах, избравших кратчайший путь к прекращению эпидемии, должны использоваться для воодушевления многих других городов, сталкивающихся со схожими проблемами в борьбе со СПИДом. В данном обзоре приводятся конкретные случаи успешных программ, осуществляемых в различных городах по всему миру.



¹ См. портал глобальной сети городов, взявших на себя обязательства по ускорению мер противодействия СПИДу <http://www.fast-track-cities.org/>.

ПАРИЖ

ПРИМЕР ГОРОДСКОЙ ПРОГРАММЫ

MAIRIE DE PARIS 

VERS PARIS SANS SIDA
est une association loi de 1901

FAISONS
DE PARIS LA VILLE DE
L'AMOUR
SANS SIDA

MARTIN
SÉROPOSITIF, NE TRANSMET
PAS LE VIH CAR IL PREND
SON TRAITEMENT.

Choisissez votre solution
pour mettre fin au sida
sur vers.parissanssida.org

ARMÉE - P.C.S. - PARIS S 2019 0503 3403

MAC
RIME PARIS SANS SIDA

Париж приблизился к достижению целей «90–90–90». Согласно последним данным, более 90% людей с диагнозом ВИЧ-инфекция охвачены программами помощи и лечения в рамках национального подхода лечить всех, а у 94% людей, получающих лечение более шести месяцев, отмечено подавление вирусной нагрузки. Основной проблемой остаётся поздняя диагностика ВИЧ-инфекции, а также непрекращающаяся скрытая эпидемия среди примерно 16% людей, живущих с ВИЧ и не знающих своего статуса. Городская эпидемия сосредоточена в конкретных районах среди двух групп населения: мигрантов из стран Африки к югу от Сахары, и геев и других мужчин, имеющие половые контакты с мужчинами. Именно они составляют 90% новых случаев ВИЧ-инфекции в Париже (5).

Национальные руководства, обновлённые в феврале 2017 года, предписывают проведение исследований на ВИЧ среди геев и других мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, каждые три месяца, а среди мигрантов – ежегодно. Рекомендуются широкий спектр подходов к тестированию на уровне сообществ, в том числе использование мобильных программ и тестирование в центрах, не требующих предварительной записи.

С сентября 2015 года во Франции практикуется самотестирование на ВИЧ и доконтактная профилактика. С января 2016 года расходы на применение доконтактной профилактики возмещаются системой национального медицинского страхования. Участие городов и сообществ в работе национальной программы противодействия эпидемии способствует устранению остающихся пробелов в каскаде помощи.

Стратегия города в противодействии СПИДу, одобренная Городским советом Парижа в мае 2016 года, заключается в концентрации усилий на работе с ключевыми группами населения, широком использовании методов комбинированной профилактики и пропаганде профилактического эффекта антиретровирусной терапии. Поиск и вовлечение в сферу услуг тех, кто нуждается в помощи, а также широкая разъяснительная кампания, привели к удвоению количества людей, прошедших скрининг на ВИЧ с использованием экспресс-тестов в городских районах с преимущественным проживанием мигрантов из стран Африки к югу от Сахары. Городские власти также способствовали расширению доступности доконтактной профилактики и полного комплекса исследований на ВИЧ и инфекции, передаваемые половым путем. Скрининговые обследования, проводимые раз в три месяца, рекомендованы геем и другим мужчинам, имеющим половые контакты с мужчинами. Такие услуги предоставляются в дружественных геем клиниках, специализирующихся на помощи в области сексуального здоровья. Здесь в вечерние часы и выходные дни проводятся консультации, что способствует наибольшему охвату этой группы населения профилактическими мерами. Привлечение городской администрации к ценовым переговорам привело к 50-процентному увеличению количества бесплатных наборов для самотестирования на ВИЧ, распространяемых членами местных сообществ.

Постоянная оценка эффективности работы, быстрое внедрение новых и уже зарекомендовавших себя инструментов и методов работы делает Париж лидером среди городов, включившихся в инициативу по ускорению мер противодействия СПИДу, что обеспечит городу досрочное выполнение целей «90–90–90».

Информация представлена в ЮНЭЙДС командой Fast-Track Paris 12 июля 2017 года.



БИБЛИОГРАФИЯ

1. Cities ending the AIDS epidemic. Geneva: UNAIDS; 2016.
2. Sustainable East Africa Research in Community Health (SEARCH) [website]. San Francisco: SEARCH; 2016 (<http://www.searchendaids.com/>).
3. Petersen M, Balzer L, Kwarsiima D, Sang N, Chamie G, Ayieko J et al. Association of implementation of a universal testing and treatment intervention with HIV diagnosis, receipt of antiretroviral therapy, and viral suppression in East Africa. *JAMA*. 2017;317(21):2196–2206.
4. Резолюция Совета Безопасности ООН. S/Res/1308. 17 July 2000.
5. Lert F. Towards an AIDS-free Paris: proposals to achieve the 90–90–90 targets by 2020 and end HIV transmission in Paris by 2030. Paris: Mairie de Paris; February 2016.

2. Состояние эпидемии

СМЕРТНОСТЬ, СВЯЗАННАЯ СО СПИДОМ, ПРОДОЛЖАЕТ СНИЖАТЬСЯ

Глобальный рост масштабов лечения стал основной причиной снижения смертности от связанных со СПИДом причин на 48% с пикового значения в 1,9 млн. [1,7–2,2 млн.] чел. в 2005 г. до 1,0 млн. [830 000–1,2 млн.] чел. в 2016 году (рисунок 2.1). Несмотря на то, что в мире 51% людей, живущих с ВИЧ, это женщины, – более широкий охват лечением и лучшая приверженность к лечению среди женщин привели к более быстрому снижению смертности от СПИДа среди женщин: в 2016 году смертность от болезней, связанных со СПИДом среди женщин и девочек оказалась на 27% ниже, чем среди мужчин и мальчиков (Рисунок 2.2). Тем не менее, связанные со СПИДом заболевания по-прежнему остаются основной причиной смертности среди женщин репродуктивного возраста (15–49 лет) во всем мире, являясь второй по значимости причиной смерти молодых женщин в возрасте 15–24 лет в Африке (1).

БОЛЕЕ БЫСТРОЕ СНИЖЕНИЕ СМЕРТНОСТИ СРЕДИ ЖЕНЩИН

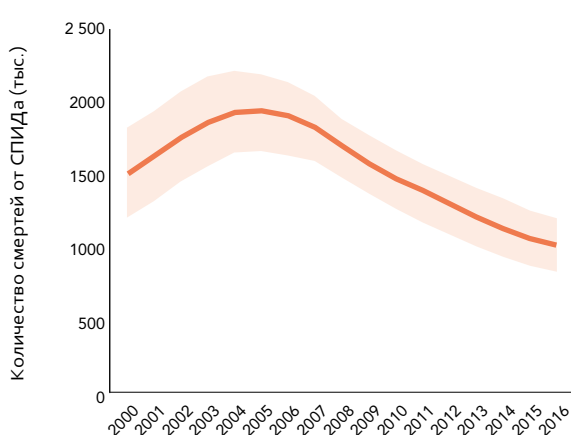


РИСУНОК 2.1. СМЕРТНОСТЬ СВЯЗАННАЯ СО СПИДОМ ВО ВСЕХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ ВО ВСЕМ МИРЕ В 2000–2016 гг.

Источник: ЮНЭЙДС, оценочный показатель, 2017 г.

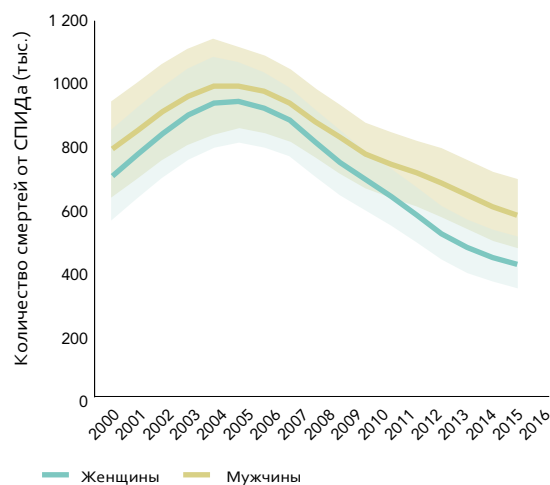


РИСУНОК 2.1. СМЕРТНОСТЬ СВЯЗАННАЯ СО СПИДОМ ПО ПОЛУ ВО ВСЕХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ ВО ВСЕМ МИРЕ В 2000–2016 гг.

Источник: ЮНЭЙДС, оценочный показатель, 2017 г.

Всего за шесть лет количество детей в возрасте от 0 до 14 лет, умерших от обусловленных СПИДом болезней, сократилось почти вдвое – с 210 000 [160 000–260 000] случаев в 2010 году до 120 000 [79 000–160 000] случаев в 2016 году. Основной причиной этого снижения стало быстрое сокращением количества новых случаев ВИЧ-инфекции среди детей при одновременном расширении доступа к педиатрической антиретровирусной терапии.

Активизация мер противодействия СПИДу снизила смертность от СПИДа на 32%, а количество новых случаев ВИЧ-инфекции во всём мире – на 16% в период с 2010 по 2016 годы.

Снижение смертности от болезней, связанных со СПИДом, было самым стремительным в восточных и южных странах Африки. В 2004 году количество умерших от СПИДа составило 1,1 миллиона [950 000–1,2 миллиона] человек, а в 2016 году этот показатель упал на 62% до 420 000 [350 000–510 000]. Эта тенденция отражает быстрое расширение доступа к антиретровирусной терапии в регионе. Снижение смертности от СПИДа за последнее десятилетие также отмечается в странах Карибского бассейна

(сокращение на 52%), в Западной и Центральной Европе и Северной Америке (сокращение на 45%), Азиатско-Тихоокеанском регионе (сокращение на 39%) и в Западной и Центральной Африке (30%) (Рисунок 2.3). В Латинской Америке, где расширение применения антиретровирусной терапии произошло раньше и более постепенно, чем в большинстве других регионов, снижение смертности за последние 10 лет составило всего 16%. Вызывающий беспокойство рост смертности от СПИДа за последнее десятилетие наблюдается на Ближнем Востоке и в Северной Африке (рост на 48%), в Восточной Европе и Центральной Азии (рост на 38%).

СТРЕМИТЕЛЬНОЕ СНИЖЕНИЕ СМЕРТНОСТИ В ВОСТОЧНОЙ И ЮЖНОЙ АФРИКЕ

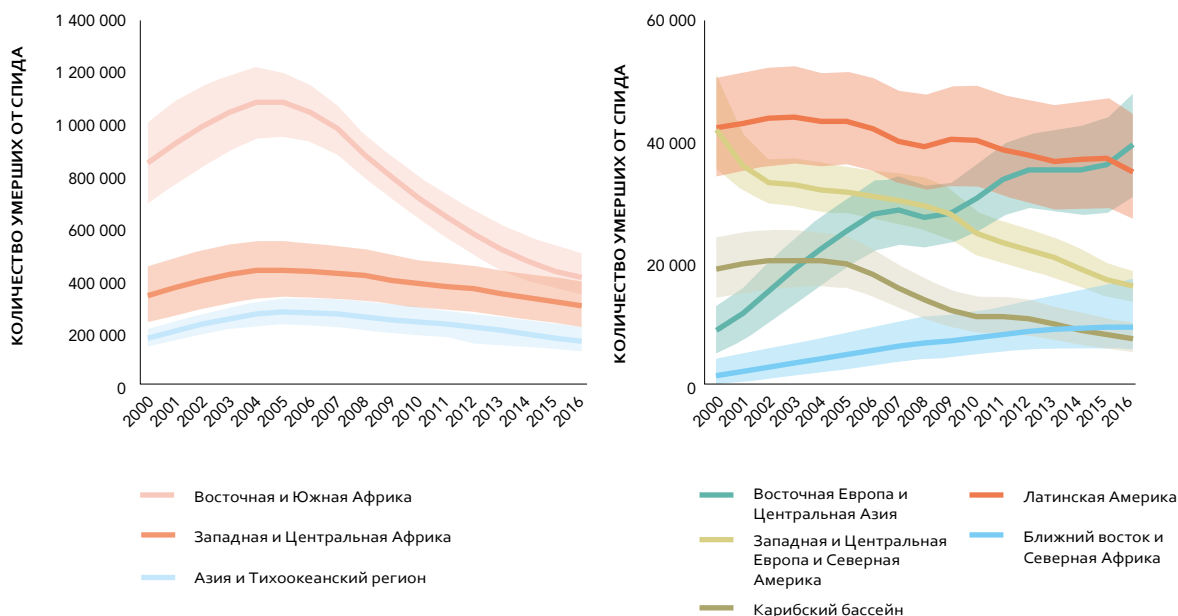


РИСУНОК 2.3. СМЕРТНОСТЬ ОТ СПИДА ПО РЕГИОНАМ, 2000–2016 гг.

Источник: ЮНЭЙДС, оценочные данные, 2017 г.

КОЛИЧЕСТВО НОВЫХ СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ УМЕНЬШАЕТСЯ, НО ГОРАЗДО МЕДЛЕННЕЕ, ЧЕМ ЭТО НЕОБХОДИМО ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛЕЙ В 2020 ГОДУ

Усилия по расширению программ профилактики и лечения ВИЧ-инфекции, предпринимаемые во всем мире также приводят к снижению передачи ВИЧ. С 2010 года ежегодное количество новых случаев ВИЧ-инфекции (во всех возрастных группах) снизилось на 16% до 1,8 млн. [1,6 млн–2,1 млн.] человек. Тем не менее, снижение количества новых случаев ВИЧ-инфекции идет слишком медленно и не достаточно для выполнения обязательств по ускоренной реализации ответных мер, утвержденных Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций 2016 года, а именно: менее 500 000 новых случаев инфекций к 2020 году (Рисунок 2.4).

Темпы снижения варьируются также в зависимости от возрастной группы и пола. Среди детей количество новых случаев заражения с 2010 года сократилось на 47%, а охват антиретровирусной терапией беременных женщин, живущих с ВИЧ, для профилактики передачи вируса детям увеличился с 47% [38–55%] до 76% [60–88%] по сравнению с тем же периодом (Рисунок 2.5).

Различия в количестве новых случаев ВИЧ-инфекции между мужчинами и женщинами более выражены в молодом возрасте: в 2016 году количество новых случаев инфицирования среди молодых женщин (в возрасте 15–24 лет) на 44% превышало этот показатель среди мужчин в той же возрастной группе. С 2010 года количество новых случаев ВИЧ-инфекции среди молодых женщин в возрасте 15–24 лет во всем мире сократилось на 17%, достигнув 360 000 [210 000–470 000] в 2016 году. Количество новых случаев ВИЧ-инфекции также снизились среди молодых мужчин (в возрасте 15–24 лет) за то же время на 16% до 250 000 [110 000–320 000] в 2016 году (Рисунок 2.6).

СНИЖЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА НОВЫХ СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ОТСТАЁТ ОТ ЦЕЛЕВОГО ПОКАЗАТЕЛЯ

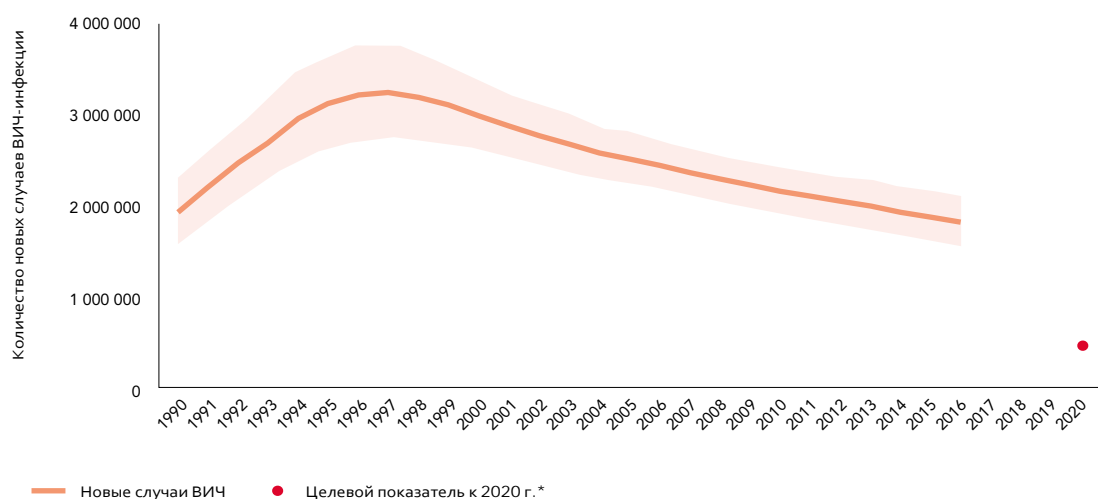


РИСУНОК 2.4. НОВЫЕ СЛУЧАИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ВО ВСЕХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ ПО ВСЕМУ МИРУ С 1990 ПО 2016 ГОДЫ И ЦЕЛЕВОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ К 2020 ГОДУ.

Источник: ЮНЭЙДС, оценочные данные, 2017 г.

*целевой показатель к 2020 году – менее 500 000 новых случаев ВИЧ-инфекции, что эквивалентно 75-процентному снижению с 2010 года.

СНИЖЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА НОВЫХ СЛУЧАЕВ НЕРАВНОМЕРНО ПО ПОЛУ И ВОЗРАСТУ

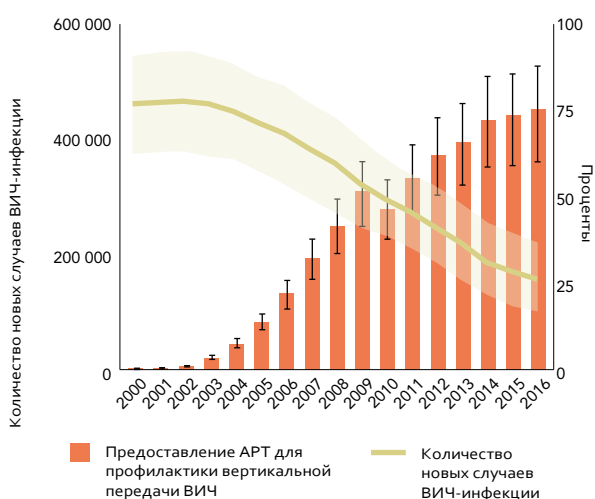


РИСУНОК 2.5. КОЛИЧЕСТВО НОВЫХ СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ДЕТЕЙ (от 0 до 14 лет) И ОХВАТ АРТ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ ОТ МАТЕРИ РЕБЁНКУ, ВО ВСЁМ МИРЕ, 2000–2016 гг.

Источник: ЮНЭЙДС, оценочные данные, 2017 г

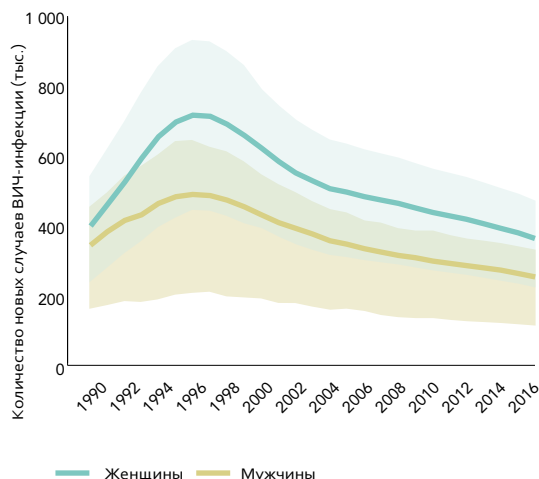


РИСУНОК 2.6. КОЛИЧЕСТВО НОВЫХ СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ МОЛОДЁЖИ (от 15 до 24 лет), ПО ПОЛУ, ВО ВСЁМ МИРЕ, 2000–2016 гг.

Источник: ЮНЭЙДС, оценочные данные, 2017 г

ТРЕВОЖНЫЙ РОСТ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В СТРАНАХ ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЫ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ

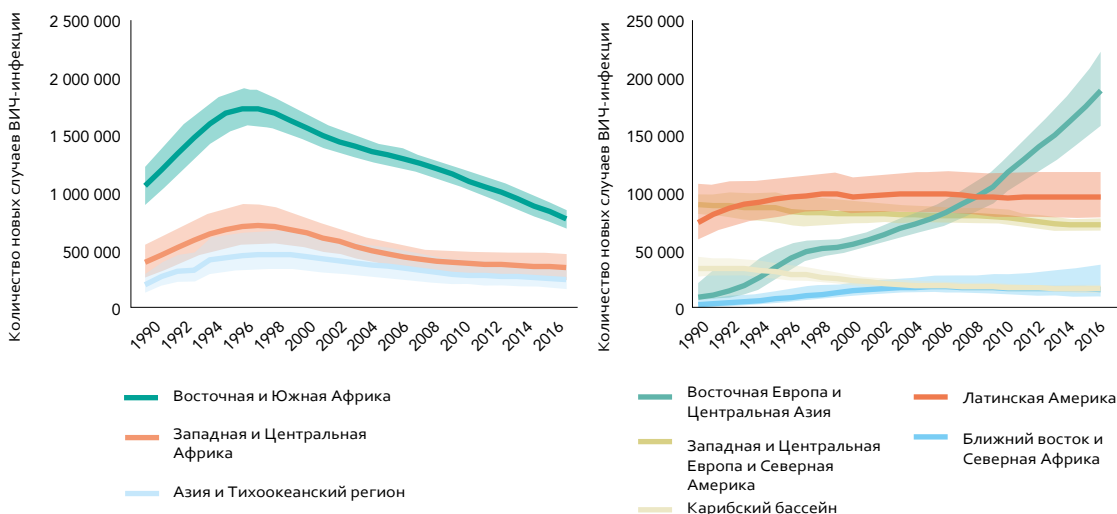


РИСУНОК 2.7. КОЛИЧЕСТВО НОВЫХ СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ВО ВСЕХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ, ПО РЕГИОНАМ, 1990–2016 гг.

Источник: ЮНЭЙДС, оценочные данные, 2017 г

В разных регионах мира динамика ежегодного количества новых случаев ВИЧ-инфекций (во всех возрастных категориях) также различна (Рисунок 2.7). Наибольшее снижение в период между 2010 и 2016 годами было достигнуто в Восточной и Южной Африке (на 29%), за ними следуют Азиатско-Тихоокеанский регион (снижение на 13%), Западная и Центральная Африка (снижение на 9%), Западная и Центральная Европа и Северная Америка (9%), страны Карибского бассейна (5%), Ближний Восток и Северная Африка (на 4%). Динамика заболеваемости в Латинской Америке оставалась стабильной, однако вызывает тревогу 60-процентный рост ежегодного количества новых случаев ВИЧ-инфекции в Восточной Европе и Центральной Азии за тот же период.

ИЗМЕНЕНИЯ В ДИНАМИКЕ ОЦЕНОЧНОГО КОЛИЧЕСТВА НОВЫХ СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

В 2016 году в докладе ЮНЭЙДС сообщалось, что показатели, связанные с количеством новых случаев ВИЧ-инфекции среди взрослого населения (от 15 лет и старше) в период между 2010 и 2015 годами оставались на неизменном уровне в 1,9 миллиона новых случаев в год [2015 год – 1,7–2,2 млн] (2). Однако в 2017 году устанавливается несколько иная тенденция: по оценке ЮНЭЙДС, в период с 2010 по 2015 год количество новых случаев ВИЧ-инфекции среди взрослого населения снижалось на 8% и до 11% в период между 2010 и 2016 годами.

Основное различие в двух указанных наборах глобальных оценок обусловлено изменениями в национальных оценках стран Восточной и Южной Африки. По ранее представленным данным ЮНЭЙДС, количество новых случаев ВИЧ-инфекции среди взрослых в период между 2010 и 2015 годами снизилось на 4%. Однако по оценке 2017 года, количество новых случаев ВИЧ-инфекции среди взрослого населения снизилось на 18% за тот же период.

Изменение динамики в глобальном масштабе и в странах Восточной и Южной Африки объясняется, главным образом, появлением новых данных. Ранее графики составлялись на основании данных, получаемых главным образом от системы дозорного эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией в дородовых учреждениях. Однако несколько лет назад ряд стран прекратили вести дозорный эпиднадзор в дородовых учреждениях. Это привело к частичному отсутствию данных в период между 2012 и 2015 годами в ряде стран с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции.

В 2017 году страны стали включать в свои отчеты рутинные данные о распространенности ВИЧ среди всех беременных женщин, посещающих дородовые клиники. Переход к использованию рутинных данных является важным изменением, поскольку этот более устойчивый подход способен обеспечить сбор своевременных и подробных данных. Новые данные свидетельствуют о более значительном снижении количества новых случаев ВИЧ-инфекции в ряде стран (например, в Мозамбике, Свазиленде и Уганде). Кроме того, были использованы данные исследований «Оценке воздействия на систему общественного здравоохранения», проведенных в Малави, Замбии и Зимбабве, что повысило точность в оценке количества новых случаев.

Каждый год ЮНЭЙДС оказывает поддержку странам в создании полных динамических рядов всех эпидемиологических показателей с использованием новейших инструментов программного моделирования. Проведение сравнений на протяжении определённого времени всегда должно выполняться с использованием динамических рядов из той же модели.

ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ

В странах с высоким уровнем распространенности ВИЧ-инфекции, молодые женщины подвержены неприемлемо высокому риску заражения. Например, в 2016 году в странах Восточной и Южной Африки 26% новых случаев ВИЧ-инфекции – это молодые женщины в возрасте от 15 до 24 лет, чья доля среди основного населения составляет только 10%. В 2016 году в странах Западной и Центральной Африки и Карибского бассейна молодые женщины составляли 22% и 17% новых случаев ВИЧ-инфекции соответственно.

В странах с более низкими показателями распространенности ВИЧ-инфекции большинство случаев заражения происходит внутри ключевых групп населения: людей, употребляющих инъекционные наркотики, работников секс-бизнеса, транссексуалов, заключенных, а также геев и других мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, и их сексуальных партнеров. В 2015 году за пределами африканских стран к югу от Сахары 80% новых случаев ВИЧ-инфекции составляли представители ключевых групп населения и их сексуальные партнеры (Рисунок 2.8). Доля ключевых групп населения и их сексуальных партнеров значительна среди тех, кого затронула эпидемия ВИЧ, даже в странах Африки к югу от Сахары: в 2015 году 25% новых случаев инфицирования регистрировалось у людей из этой группы населения, что подчеркивает необходимость охвата этой группы услугами в связи с ВИЧ.

Во всем мире в 2015 году 12% новых случаев ВИЧ-инфекции составляли геи и другие мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами, в то время как работники секс-бизнеса и люди, употребляющие инъекционные наркотики, составили 5% и 8% новых случаев, соответственно. Кроме того, данные, представленные странами по всему миру, показывают, что распространенность ВИЧ среди ключевых групп населения часто значительно выше, чем среди общего населения (Рисунок 2.9).

ДОЛЯ КЛЮЧЕВЫХ ГРУПП ЗНАЧИТЕЛЬНА ВО ВСЕХ РЕГИОНАХ

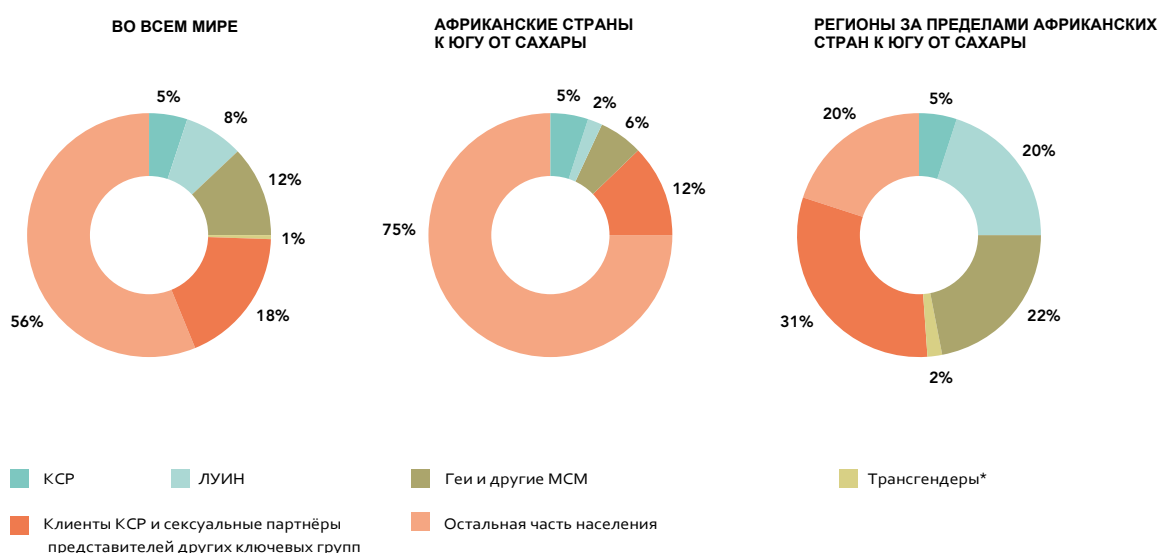


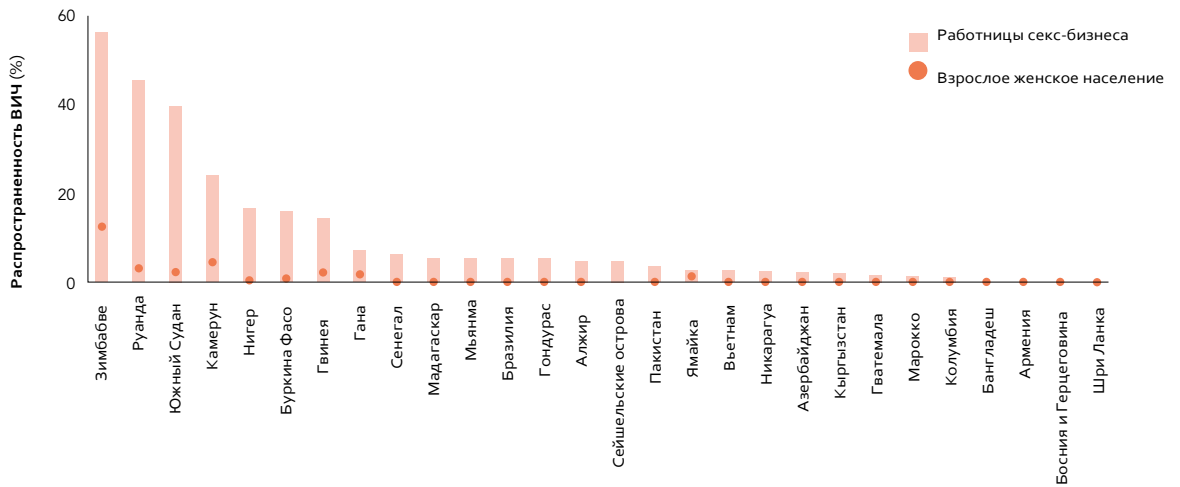
РИСУНОК 2.8. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ НОВЫХ СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ПО ГРУППАМ НАСЕЛЕНИЯ, ВО ВСЕМ МИРЕ, СТРАНЫ АФРИКИ К ЮГУ ОТ САХАРЫ И В РЕГИОНЕ ЗА ПРЕДЕЛАМИ АФРИКАНСКИХ СТРАН К ЮГУ ОТ САХАРЫ, 2015 г.

Источник: специальный анализ ЮНЭЙДС, 2017 г.

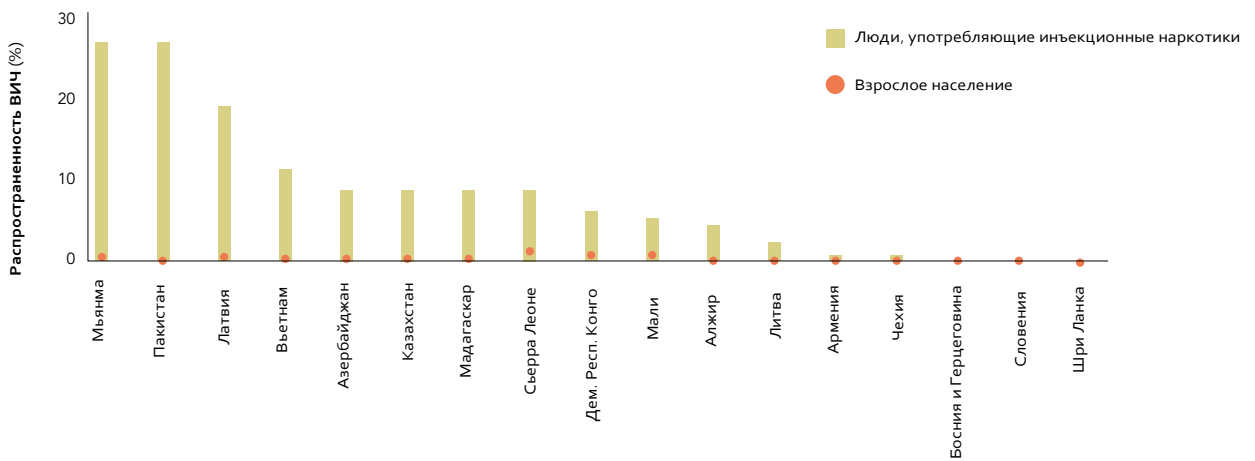
* Отражены данные только по регионам: Азия и Тихоокеанский регион, Латинская Америка и Карибский бассейн.

ВЫСОКАЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В КЛЮЧЕВЫХ ГРУППАХ

Работницы секс-бизнеса и взрослые женщины



Люди, употребляющие инъекционные наркотики, и взрослое население



Геи и другие мужчины, имеющие половые отношения с мужчинами, и взрослое мужское население

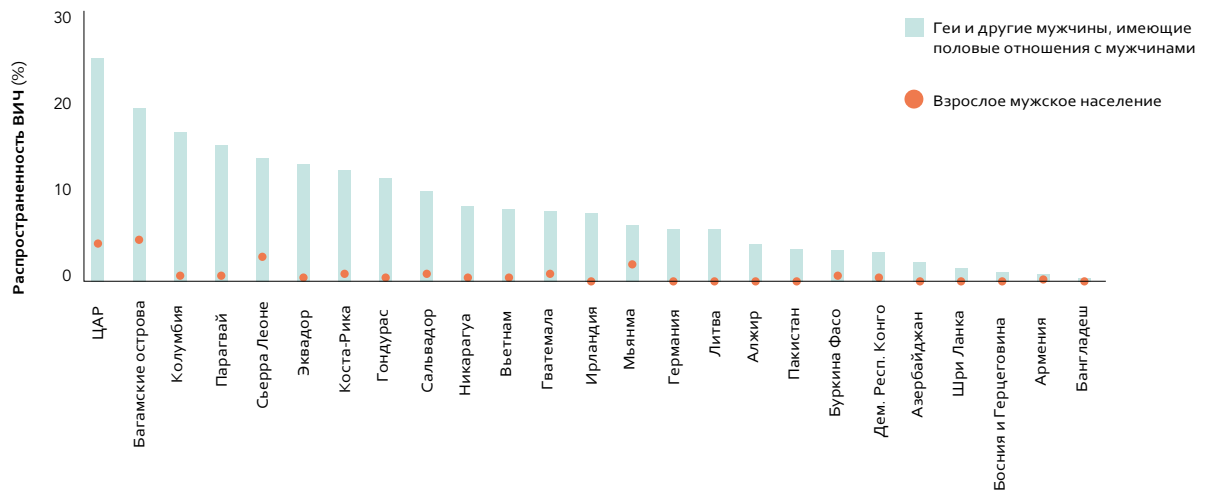


РИСУНОК 2.9. РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ВИЧ СРЕДИ КЛЮЧЕВЫХ ГРУПП И ОБЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ В РЯДЕ СТРАН, 2014–2016 г.

Источник: оценки ЮНЭЙДС 2017 г. Глобальный мониторинг СПИДа, 2017 г.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Мировая статистика здравоохранения 2015 г: смертность по причинам смерти, возрасту, полу, по странам и регионам, 2000-2015 гг. Женева: ВОЗ, 2016 г
2. Prevention gap report. Geneva: UNAIDS; 2016.

3. Среднесрочный прогресс в достижении целей «90–90–90»

ПРИБЛИЖЕНИЕ К ВЫПОЛНЕНИЮ ЦЕЛЕЙ «90–90–90»

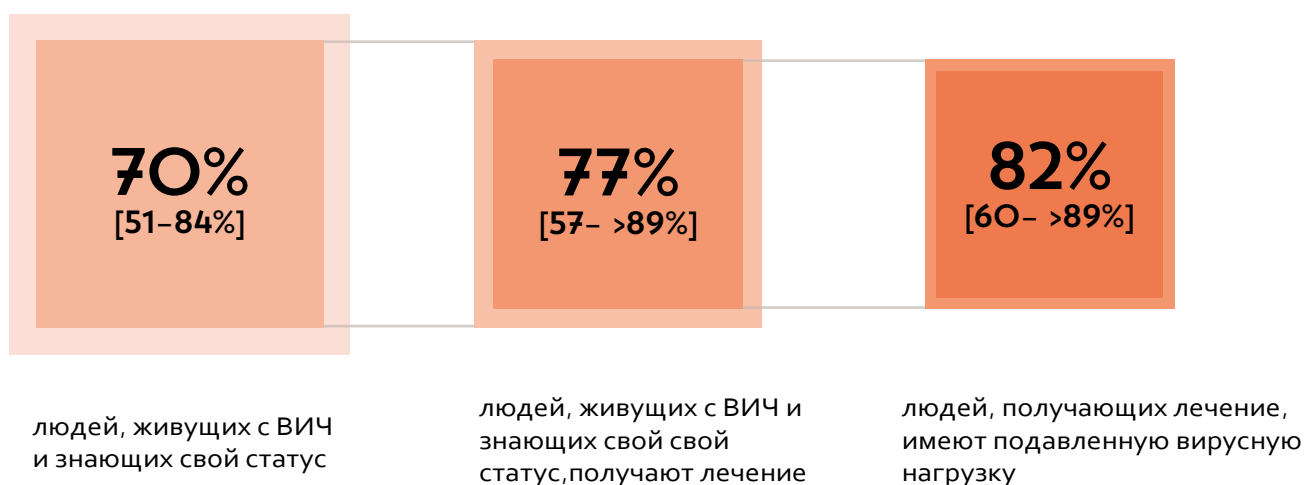


РИСУНОК 3.1. ПРОГРЕСС В ДОСТИЖЕНИИ ЦЕЛЕЙ «90–90–90» ВО ВСЕМ МИРЕ, 2016 г.

Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2017; см. Приложение с подробным описанием использованных методов.

В достижении целей «90–90–90» отмечается существенный прогресс.

В 2016 году более двух третей всех людей, живущих с ВИЧ, или около 70% [51–84%] знали свой ВИЧ-статус. Среди тех, кто знал свой ВИЧ-статус, 77% [57–>89%] имели доступ к антиретровирусной терапии, и 82% [60–>89%] людей, получающих лечение, имели подавленную вирусную нагрузку. Отдельные страны, города и сообщества, при всём многообразии условий, уже достигли целей «90–90–90», доказав этим, что глобальное достижение всех трех целевых показателей к 2020 году возможно и доступно, если энергично устранять пробелы в каскаде медицинской помощи при ВИЧ-инфекции.

Достижение целей «90–90–90», 2016 г.

	ПЕРВАЯ ЦЕЛЬ 90	ВТОРАЯ ЦЕЛЬ 90		ТРЕТЬЯ ЦЕЛЬ 90		ВИРУСНАЯ НАГРУЗКА: ПОДАВЛЕНИЕ АКТИВНОСТИ ВИРУСА СРЕДИ ВСЕХ ЛЖВ	
Цель достигнута (90% или выше)	Австралия Беларусь Дания Эквадор Малайзия Швеция Таиланд	Австралия Алжир Ботсвана Камбоджа Коморские острова Дания Франция Гаити Ирландия Малави Мальта	Монголия Нигер Португалия Руанда Испания Швеция Швейцария Уганда Великобритания Замбия Зимбабве	Ботсвана Бразилия Бельгия Камбоджа Чили Коморские острова Чехия Дания Франция Германия Венгрия Исландия Кувейт ³	Люксембург Малайзия Мьянма Нидерланды Филиппины Польша Румыния Сингапур Сербия Швеция Швейцария Великобритания	Цель достигнута (73% или выше)	Ботсвана Камбоджа Дания Исландия Сингапур Швеция Великобритания
Цель почти достигнута (85–89%)	Австрия Ботсвана Куба Фиджи Германия Венгрия Ирландия Италия Литва Люксембург Нидерланды Никарагуа Руанда Румыния ЮАР Великобритания	Австрия Эфиопия Гамбия Италия Люксембург Мозамбик Нигерия Нидерланды Танзания		Афганистан Болгария Бурунди Канада Эфиопия Грузия Италия Малави Мальта Монголия Непал Португалия Испания Свазиленд Уругвай Замбия		Цель почти достигнута (65–72%)	Австралия Бельгия Франция Германия Италия Кувейт ³ Люксембург Нидерланды Свазиленд Испания Швейцария

РИСУНОК 3.2. СТРАНЫ ДОСТИГШИЕ ИЛИ ПОЧТИ ДОСТИГШИЕ ЦЕЛЕЙ «90–90–90», ПО ПОСЛЕДНИМ ДАННЫМ ПОЛУЧЕННЫХ ИЗ СТРАН^{1,2}

Источник: специальный анализ ЮНЭЙДС, 2017 г.; см. приложение для ознакомления с использованными методами.

¹ Данные за 2016 год, за исключением: 2015 год: Болгария, Германия, Венгрия, Нидерланды, Швеция, Швейцария, Соединенное Королевство. 2014 год: Бельгия, Канада, Сербия, Испания. 2013 год: Австрия, Франция. 2012 год: Италия.

² Оценочные данные по количеству людей, живущих с ВИЧ, предоставлены странами: Австрия, Бельгия, Болгария, Канада, Дания, Франция, Германия, Венгрия, Исландия, Италия, Люксембург, Мальта, Нидерланды, Португалия, Сингапур, Испания, Швейцария, и Соединенное Королевство, и не проверены ЮНЭЙДС на достоверность

³ Оценочное количество включает только граждан данной страны.

НЕРАВНОМЕРНЫЙ ПРОГРЕСС В СОЗДАНИИ КАСКАДА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕГИОНАХ

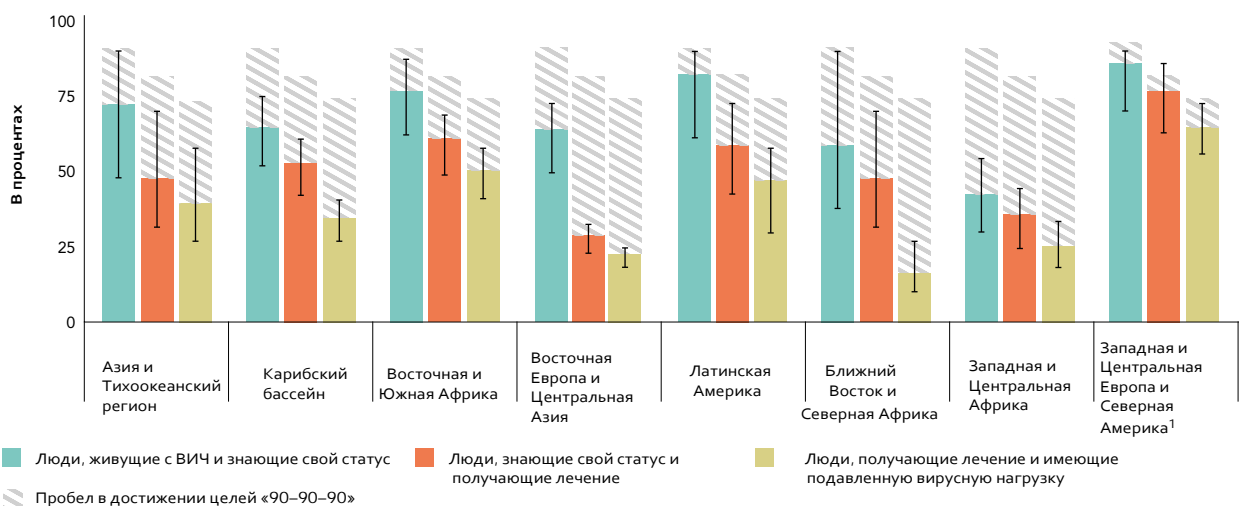


РИСУНОК 3.3. ЗНАНИЕ СТАТУСА ВИЧ, ОХВАТ ЛЕЧЕНИЕМ И ПОДАВЛЕНИЕ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ ПО РЕГИОНАМ, 2016 г.

Сравнение каскадов медицинской помощи при ВИЧ-инфекции по регионам выявляет неравномерность прогресса. Западная и Центральная Европа и Северная Америка приближаются к глобальным целям. Латинская Америка и Восточная и Южная Африка демонстрируют высокие показатели по всем уровням каскада. Восточная Европа и Центральная Азия, Ближний Восток и Северная Африка, а также Западная и Центральная Африка явно отстают.

Источник: специальный анализ ЮНЭЙДС, 2017 г.; см. приложение с подробным описанием использованных методов.

¹ Каскад для региона Западной и Центральной Европы и Северной Америки за 2015 год.

КАСКАД МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВИЧ

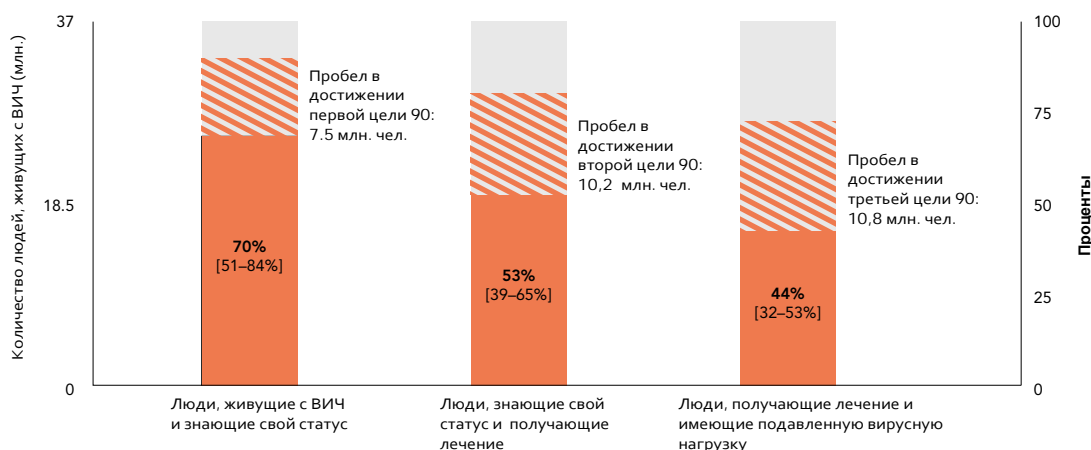


РИСУНОК 3.4. ЗНАНИЕ СВОЕГО ВИЧ СТАТУСА, ОХВАТ ЛЕЧЕНИЕМ И ПОДАВЛЕНИЕ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ, ВО ВСЁМ МИРЕ, 2016 г.

Источник: специальный анализ ЮНЭЙДС, 2017 г.; см. приложение с подробным изложением использованных методов.

БОЛЕЕ ПОЛОВИНЫ ВСЕХ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, ПОЛУЧАЮТ ЛЕЧЕНИЕ

В 2016 году была достигнута знаменательная веха: впервые более половины всех людей, живущих с ВИЧ (53% [39–65%]) получали доступ к антиретровирусной терапии. Более четырех из пяти людей, получающих лечение, имеют подавленную вирусную нагрузку, что свидетельствует о высокой приверженности к лечению во всех регионах. Данные, представленные 72 странами, показывают, что показатель удержания на антиретровирусной терапии (через 12 месяцев после ее начала) колеблется в пределах от 72% в Западной и Центральной Африке до 89% на Ближнем Востоке и в Северной Африке (Рисунок 3.15).

Однако, если сложить имеющиеся пробелы в каскаде медицинской помощи при ВИЧ-инфекции, то окажется, что в 2016 г лишь 44% [32–53%] всех людей, живущих с ВИЧ, имели подавленную вирусную нагрузку. Это существенно ниже 73%, необходимых для полного достижения целей «90–90–90» (Рисунок 3.4).

ВЫСОКИЙ ПРОЦЕНТ УДЕРЖАНИЯ НА ЛЕЧЕНИИ ОПРЕДЕЛЯЕТ ВЫСОКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ, ДОСТИГНУТЫЕ В ПОДАВЛЕНИИ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ



РИСУНОК 3.5. ПРОЦЕНТ ЛЖВ, ОСТАЮЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ ЧЕРЕЗ 12 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ЕГО НАЧАЛА ПО РЕГИОНАМ, 2016 г.

Источник: оценка ЮНЭЙДС 2017 г. Глобальный мониторинг эпидемии СПИДа, 2017 г.

НА ПУТИ К ПОКАЗАТЕЛЮ В 30 МЛН ЧЕЛОВЕК, ПОЛУЧАЮЩИХ ТЕРАПИЮ

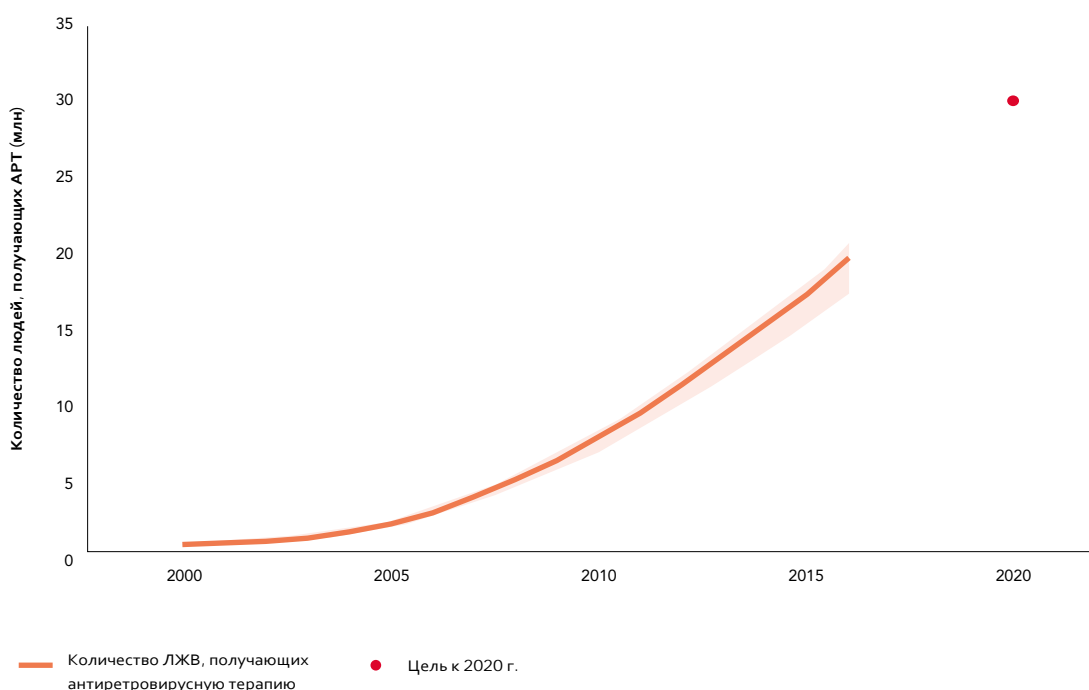


РИСУНОК 3.6. КОЛИЧЕСТВО ЛЖВ, ПОЛУЧАЮЩИХ АРТ ВО ВСЁМ МИРЕ, 2000–2016 гг.

Источник: оценка ЮНЭЙДС 2017 г. Глобальный мониторинг эпидемии СПИДа, 2017 г

КАСКАД МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ. ГЛОБАЛЬНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ

Количество людей, получающих антиретровирусную терапию, в 2016 году составило 19,5 млн человек (17,2 млн–20,3 млн), увеличившись с 17,1 млн [15,1 млн–17,8 млн]. В 2015 году рост охвата лечением составил 6 процентных пунктов. С каждым годом количество людей, получающих лечение, растёт – с 564 000 в 2005 году, 1,5 млн в 2010 году, 2,0 млн в 2015 году, до 2,4 млн в 2016 году. Эта динамика демонстрирует, что мир движется по пути к достижению цели, поставленной Генеральной Ассамблеей ООН: к 2020 году 30 млн человек должны иметь доступ к антиретровирусной терапии (Рисунок 3.6).

Повышение уровня знаний о своём ВИЧ-статусе среди людей, живущих с ВИЧ, и их постановка на наблюдение после установления диагноза имеют решающее значение для поддержания темпов расширения масштабов лечения. Данные, полученные в ходе опросов населения, свидетельствуют о том, что уровень знания своего ВИЧ статуса среди населения за последнее десятилетие значительно вырос. В 2012–2016 годах Восточной и Южной Африке почти в два раза больше взрослых в возрасте 15–49 лет знали свой статус по сравнению с 2007–2011 годами. Несмотря на то, что в Западной и Центральной Африке исходный уровень знания своего ВИЧ-статуса среди населения был очень низким, здесь отмечен четырёхкратный рост этого показателя в 2012–2016 гг. по сравнению с периодом с 2007 по 2012 год (Рисунок 3.7).

ЗНАЧИТЕЛЬНЫЙ ПРИРОСТ ДОЛИ ЛЮДЕЙ, ЗНАЮЩИХ СВОЙ ВИЧ-СТАТУС, ЗА ПРОШЛОЕ ДЕСЯТИЛЕТИЕ

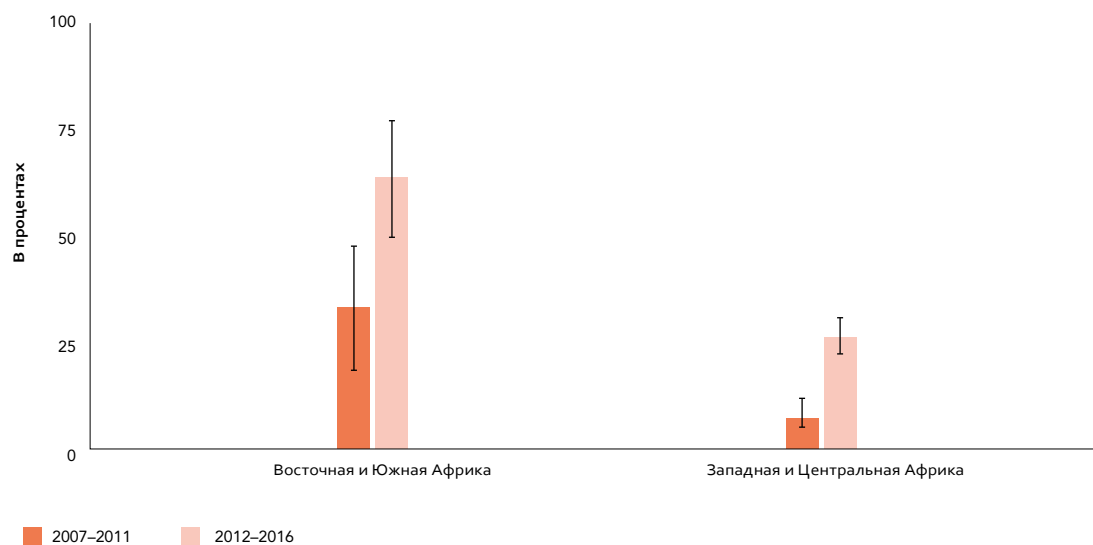


РИСУНОК 3.7. ЗНАНИЕ СВОЕГО ВИЧ-СТАТУСА СРЕДИ ВЗРОСЛЫХ В ВОЗРАСТЕ 15–49 ЛЕТ В ВОСТОЧНОЙ И ЮЖНОЙ АФРИКЕ, А ТАКЖЕ ЗАПАДНОЙ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АФРИКЕ В ПЕРИОДЫ 2007-2011 гг. И 2012-2016 гг.

Источник: специальный анализ ЮНЭЙДС, 2017 г.

Неполные данные по годам до 2015 года в отношении первой и третьей цели «90» затрудняет установление ежегодной динамики. Тем не менее, данные, получаемые по каскадам медицинской помощи при ВИЧ-инфекции за 2015 и 2016 годы, свидетельствуют о том, что рост уровня знаний о своём ВИЧ-статусе в 2015 году – с 66% [48–80%] до 70% [51–84%] в 2016 году – был ниже, чем на других этапах каскада. Для сравнения, охват лечением увеличился с 47% [35–58%] в 2015 году до 53% [39–65%] в 2016 году, а доля людей с подавленной вирусной нагрузкой увеличилась с 38% [28–46%] в 2015 году до 44% [32–53%] в 2016 (Рисунок 3.18).

РОСТ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПО КАСКАДУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

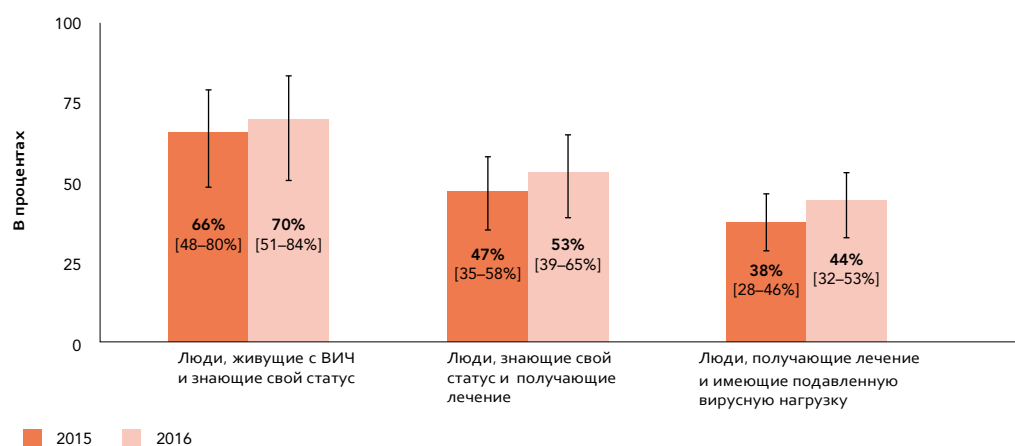


РИСУНОК 3.8. ЗНАНИЕ СВОЕГО ВИЧ СТАТУСА, ОХВАТ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИЕЙ И ПОДАВЛЕНИЕ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ СРЕДИ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ ВО ВСЕМ МИРЕ В 2015 И 2016 гг.

Источник: специальный анализ ЮНЭЙДС, 2017 г.; см. приложение с подробным изложением использованных методов

ЛЮДИ НАЧИНАЮТ ЛЕЧЕНИЕ РАНЬШЕ, НО МНОГИЕ ВСЁ ЕЩЁ НАЧИНАЮТ ЛЕЧЕНИЕ НА ПОЗДНЕЙ СТАДИИ

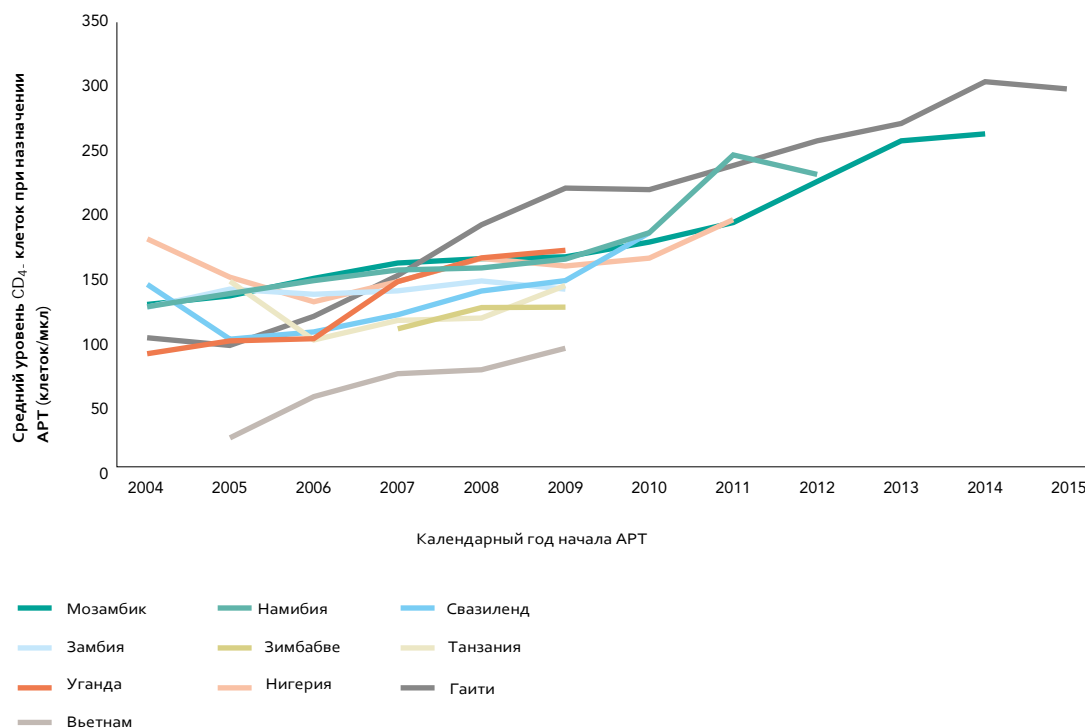


РИСУНОК 3.9. РОСТ СРЕДНЕГО УРОВНЯ CD₄-КЛЕТОК ПРИ НАЗНАЧЕНИИ АРТ В 10 СТРАНАХ, 2004–2015 гг.

Источник: Auld AF, Shiraishi RW, Oboho I et al. Тенденции в распространённости поздней стадии ВИЧ-инфекции при начале антиретровирусной терапии. Пример 10 стран, 2004–2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2017;66:558–563. doi: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6621a3>.

РАННЕЕ НАЧАЛО ЛЕЧЕНИЯ

Имеющиеся данные свидетельствуют о более раннем начале лечения. Обзор клинических данных, проводившийся при поддержке Чрезвычайного плана президента США по оказанию помощи в связи со СПИДом (PEPFAR) в 10 странах, выявил четкую тенденцию в период между 2004 и 2015 годами, указывающую на увеличения количества CD₄⁺-лимфоцитов – маркера иммунной системы – у людей, живущих с ВИЧ, которым впервые была назначена антиретровирусная терапия (Рисунок 3.9) (1)¹. Тем не менее, доля пациентов с прогрессирующим заболеванием в начале проведения терапии (с количеством CD₄⁺-лимфоцитов менее 200 клеток/мкл) во многих странах остается тревожно высокой: в 85 странах, представляющих отчеты в ЮНЭЙДС, 29% людей с диагнозом ВИЧ-инфекция имели уровень CD₄⁺-лимфоцитов менее 200. В странах Восточной и Южной Африки, представивших отчеты, этот показатель был относительно лучшим: лишь 20% новых случаев ВИЧ-инфекции регистрировалось на поздней стадии заболевания, тогда как в Азиатско-Тихоокеанском регионе эта доля составляет 41%.

¹10 стран: Гаити, Мозамбик, Намибия, Нигерия, Свазиленд, Уганда, Танзания, Вьетнам, Замбия и Зимбабве.

РАСШИРЕННЫЙ ДОСТУП К ТЕСТИРОВАНИЮ НА ВИРУСНУЮ НАГРУЗКУ

Всего несколько лет назад в странах с низким и средним уровнем дохода тестирование на вирусную нагрузку было довольно редким видом исследований, однако сейчас доступ к тестированию на вирусную нагрузку быстро расширяется. В 2016 ещё сорок пять стран включили в свою отчетность в ЮНЭЙДС данные о тестировании на вирусную нагрузку. Общее количество людей, получавших лечение и имевших доступ к тестированию на вирусную нагрузку, увеличилось с 4,4 млн в 2015 году до 8,1 млн году в 2016 г. В 44 странах, представивших данные за 2015 и 2016 гг., охват исследований на вирусную нагрузку увеличился с 49% до 53%.

Это увеличение стало возможным, в том числе, благодаря усилиям ЮАР, использовавшей своё влияние на рынке для глобального снижения цены на тест-системы. В 2014 году правительство Южной Африки, при поддержке Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (Глобальный фонд), PEPFAR, ЮНЭЙДС и других партнеров, заключило глобальное соглашение с компанией Roche, производителем ведущей платформы для определения вирусной нагрузки, о максимальной цене за один тест в размере 9,40 долл. США (2). С тех пор эта выгодная цена стала доступна для многих национальных рынков, включая Эфиопию, Кению, Нигерию, Свазиленд, Замбию и Зимбабве. По прогнозам до 2020 года, расширение указанного ценового соглашения поможет сберечь странам за пределами ЮАР 131 млн долл. США (3). Несмотря на этот прогресс, отчёты представляемые странами в ЮНЭЙДС, показывают, что во всем мире менее половины людей, живущих с ВИЧ и получающих лечение, проходят периодическое тестирование на вирусную нагрузку. Охват тестированием на вирусную нагрузку намного выше в странах с высоким уровнем дохода, Латинской Америке, а также Восточной Европе и Центральной Азии. Обнадеживающий прогресс отмечен в странах Восточной и Южной Африки. Однако по имеющимся данным, доля пациентов на Ближнем Востоке и в Северной Африке, прошедших исследования на вирусную нагрузку, составляет примерно одну треть. В странах Западной и Центральной Африки, а также в Азиатско-Тихоокеанском регионе ежегодное тестирование на вирусную нагрузку проходили менее одного из пяти пациентов.

РАСТУЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО СТРАН НА ПУТИ К ДОСТИЖЕНИЮ ПОСТАВЛЕННЫХ ЦЕЛЕЙ

На протяжении большей части истории борьбы со СПИДом страны с высоким уровнем дохода обеспечивали стандарты помощи при ВИЧ, значительно превосходящие тот уровень услуг, которые предоставлялся в странах с низким и средним уровнем дохода. Однако последние данные, представленные в ЮНЭЙДС, указывают на то, что этот разрыв сокращается, а ряд стран с низким и средним уровнем дохода близко подошли к выполнению целей «90–90–90». Ботсвана, которая с 2002 года предоставляет бесплатный доступ к антиретровирусной терапии, неуклонно следует своим политическим и финансовым обязательствам обеспечить охват услугами при ВИЧ на уровне, соответствующим достижению целей «90–90–90». Как и в большинстве стран, своевременная диагностика людей, живущих с ВИЧ, остается серьезной проблемой. Национальная стратегия Ботсваны для достижения первой цели «90» делает упор на высокоэффективные методы, такие как уведомление и тестирование партнеров, обеспечение беспрепятственного доступа к тестированию на ВИЧ для работников секс-бизнеса, а также включение тестирования на ВИЧ в работу противотуберкулезной службы(4). Обследование домохозяйств, проведенное в 2013–2015 годах, показало, что 70% людей, живущих с ВИЧ, имеют подавленную вирусную нагрузку (5). Последний готовый отчет Ботсваны, представленный в ЮНЭЙДС, даёт основание полагать, что 85% людей, живущих

с ВИЧ в Ботсване, знают свой ВИЧ-статус, более 90% тех, которые знают о своем статусе, имеют доступ к антиретровирусной терапии, и более 90% людей, получающих лечение, имеют подавленную вирусную нагрузку (Рисунок 3.10). Это означает, что 78% всех людей, живущих с ВИЧ в Ботсване, активность вируса подавлена.

В Камбодже цели «90–90–90» стали краеугольным камнем национальных мер в ответ на СПИД. Эта страна уверенно продвигается к достижению указанных целей к 2020 году. В 2016 году в стране была одобрена политика – лечить всех инфицированных ВИЧ. Цели «90–90–90» включены в национальную стратегию по борьбе с ВИЧ на 2016–2020 годы, а национальная система мониторинга и оценки отслеживает итоги и результаты каскада медицинской помощи при ВИЧ-инфекции (7).

При техническом содействии PEPFAR, ЮНЭЙДС и Всемирной организации здравоохранения в Камбодже реализуется комплексный проект по совершенствованию национальной информационной системы в области ВИЧ и созданию единой базы данных, связывающей в одну систему все имеющиеся данные по ВИЧ-инфекции (7). Эта усовершенствованная система обработки и хранения данных будет играть ключевую роль в выявлении и устранении пробелов в каскаде медицинской помощи при ВИЧ-инфекции на уровне провинций, а также обеспечении прогресса в достижении национальной цели по преодолению СПИДа в качестве угрозы общественному здравоохранению к 2025 году – на пять лет раньше, чем это определено в Повестке дня в области устойчивого развития до 2030 года. По национальным данным, 80% всех людей, живущих с ВИЧ в Камбодже, получают лечение, а 75% всех людей, живущих с ВИЧ, имеют подавленную вирусную нагрузку.

Другими странами, достигшими цели подавить вирусную нагрузку у 73% всех людей, живущих с ВИЧ, или близкими к достижению такой цели, являются: Австралия, Бельгия, Дания, Франция, Германия, Исландия, Италия, Кувейт, Люксембург, Нидерланды, Сингапур, Испания, Свазиленд, Швеция, Швейцария и Соединенное Королевства Великобритании и Северной Ирландии.²

ЦЕЛИ «90–90–90». БОТСВАНА

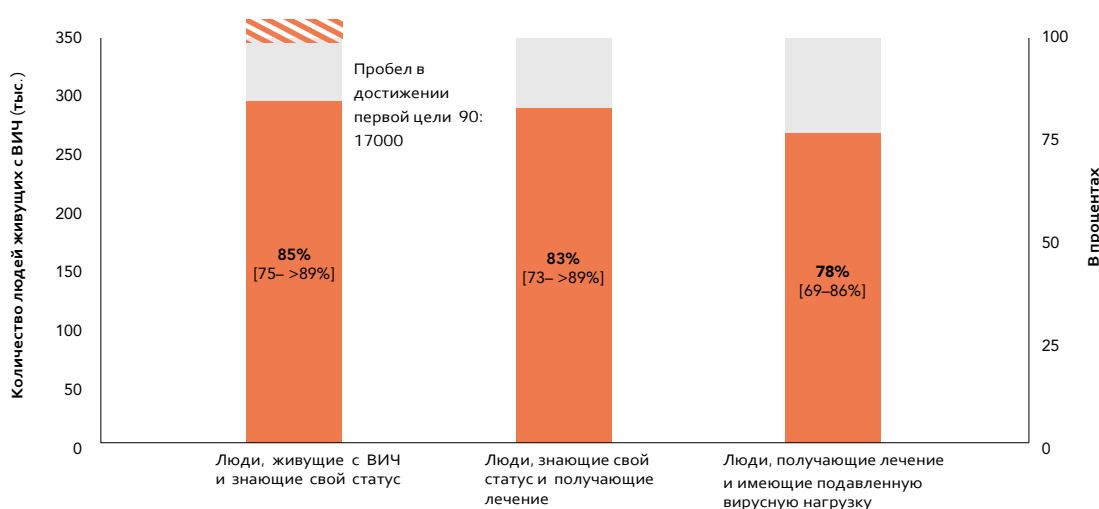


РИСУНОК 3.10. ЗНАНИЕ СВОЕГО ВИЧ СТАТУСА, ОХВАТ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИЕЙ И ПОДАВЛЕНИЕ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ СРЕДИ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ В БОТСВАНЕ, 2016 г.

Источник: специальный анализ ЮНЭЙДС, 2017 г.; см. приложение с подробным изложением использованных методов

²Согласно последним страновым данным, представленным в ЮНЭЙДС.

В ЧЁМ РАЗНИЦА?

КАК ИЗМЕРИТЬ ПРОГРЕСС В ДОСТИЖЕНИИ ЦЕЛЕЙ «90–90–90»?

Цели «90–90–90»

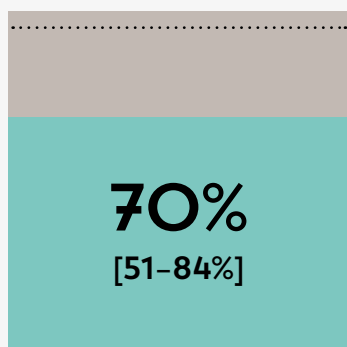
Для каждой из целей 90-90-90 есть свой знаменатель. Числовое значение первого «90» (70%) является знаменателем для второго числового значения «90», а второе числовое значение «90» (77%) – знаменателем для третьего числового значения «90».

Люди, живущие с ВИЧ и знающие свой статус

Люди, живущие с ВИЧ и знающие свой статус и получающие лечение

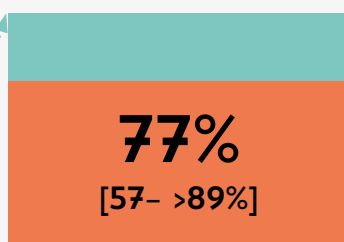
Люди, живущие с ВИЧ и имеющие подавленную вирусную нагрузку.

1-я цель «90»



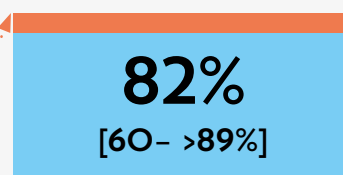
Более того, из трех человек, живущих с ВИЧ, двое знают свой статус. Это первый важный шаг перед назначением лечения.

2-я цель «90»



Это означает, что большинство людей, знающих свой статус, имеют доступ к лечению. В большинстве стран существует тесная связь между тестированием и лечением.

3-я цель «90»



Из получающих лечение 82% имеют подавленную вирусную нагрузку, что означает высокий показатель удержания на лечении и его лечение успешно. Это хорошая новость для получающих АРТ

Только двое из пяти людей, получающих лечение, имеют доступ к тестированию на вирусную нагрузку. Когда говорят, что кто-то достиг третьей цели «90», задайте вопрос: «Как насчёт вирусной нагрузки у получающих АРТ?»

Цели «90–90–90» и каскад медицинской помощи при ВИЧ-инфекции – это два взгляда на одни и те же данные. Цели играют важную роль в активизации действий по расширению доступа к лечению ВИЧ-инфекции. Полное достижение целей «90–90–90» означает подавление вирусной нагрузки у 73% всех людей, живущих с ВИЧ.

КАСКАД МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

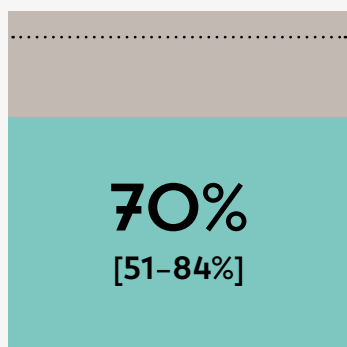
На всех этапах каскада знаменатель остаётся одним и тем же:
все люди, живущие с ВИЧ.

Люди, живущие с ВИЧ и
знающие свой статус

Люди, живущие с ВИЧ
и знающие свой статус
и получающие лечение

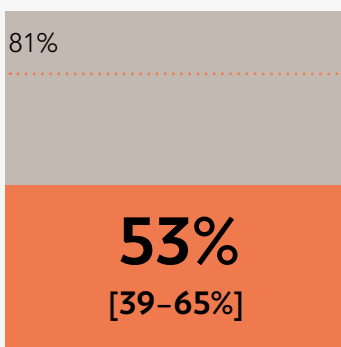
Люди, живущие с ВИЧ и
имеющие подавленную
вирусную нагрузку.

90%



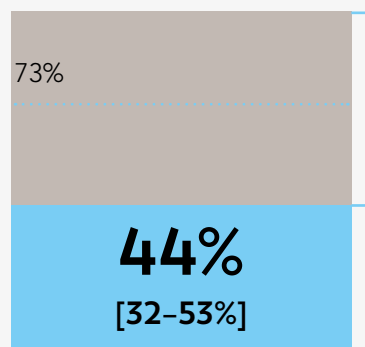
Процент людей, которые знают свой ВИЧ-статус, тот же, потому что знаменатель тот же.

Более двух третей людей, живущих с ВИЧ, знают свой ВИЧ-статус. Это самая большая проблема для многих стран на пути к достижению целей «90–90–90».



Этот показатель отражает количество людей на лечении – 19,5 млн человек. Проценты разные, потому что знаменатели разные.

Этот показатель означает, что почти половина людей, живущих с ВИЧ, не имеет доступа к лечению.



Количество людей, живущих с ВИЧ и имеющих подавленную вирусную нагрузку, остаётся тем же: 16 млн человек.

НЕ ЗАБЫВАЙТЕ О ПРОБЕЛАХ В ОХВАТЕ!!

Это люди, оставленные в 2016 году без внимания – их 20,7 млн человек, живущих с неподавленной вирусной нагрузкой

Этот показатель означает, что трое из пяти людей живут с неподавленной вирусной нагрузкой, а это угрожает их здоровью и ставит под угрозу заражения других людей.

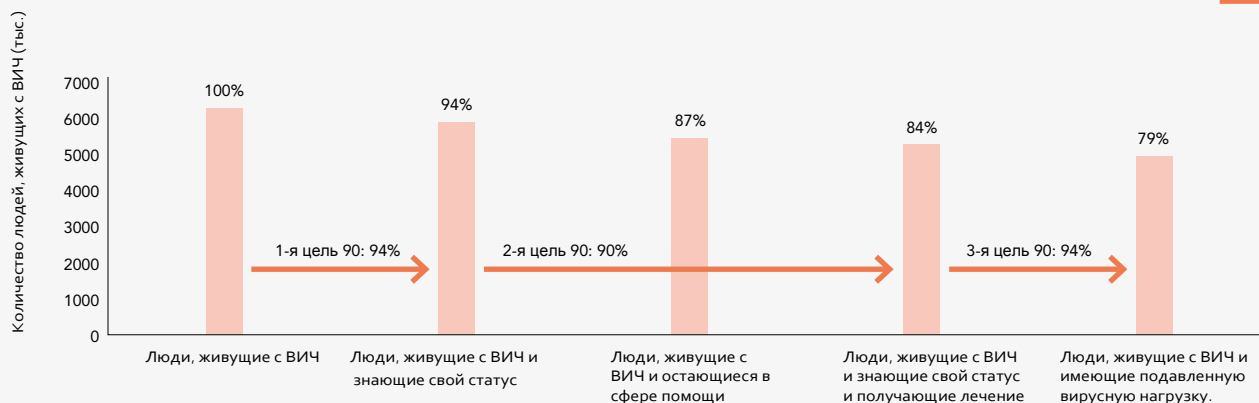


РИСУНОК 3.11. КАСКАД МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, 2015 г.

Источник: Голландский фонд мониторинга ВИЧ-инфекции, 2017 г

Амстердам был одним из первых городов, где удалось достичь и превысить цели «90–90–90». Здесь проживает более четверти всех людей, живущих с ВИЧ в Нидерландах. В Амстердаме у этих людей есть возможность воспользоваться всеми преимуществами доступной и надежной системы общественного здравоохранения.

Здесь существует широкий выбор доступных пунктов для тестирования на ВИЧ и программ, направленных на охрану сексуального здоровья, особенно для геев и других мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами.

Это уменьшило число людей, живущих с ВИЧ и не знающих свой ВИЧ-статус. Услуги по снижению вреда с высоким уровнем охвата среди людей, употребляющих инъекционные наркотики стали частью стратегии города по борьбе с ВИЧ. Люди с подтвержденным диагнозом ВИЧ-инфекция регистрируются в сети клинических центров, в которых опытные и высококвалифицированный специалисты поддерживают с ними тесную связь и обеспечивают универсальный доступ к терапии и помощи при ВИЧ-инфекции.

Участие сообществ играет ключевую роль в городской программе противодействия СПИДу. Помимо ведения разъяснительной работы и программ по повышению безопасности половых отношений, общественные организации оказывают поддержку людям, живущим с ВИЧ, на всех этапах каскада медицинской помощи при ВИЧ-инфекции.

Количество подтвержденных диагнозов ВИЧ-инфекция за год сократилось в городе почти наполовину, с 320 в 2010 году до 162 в 2015 году (8). Тем не менее, значительная часть новых случаев ВИЧ-инфекции каждый год приходится на людей с заболеванием на поздней стадии. В этой связи основная задача заключается в ранней диагностике и своевременной постановке на наблюдение всех диагностированных лиц с последующим лечением. В Амстердаме ширится инициатива по полной ликвидации передачи ВИЧ-инфекции. С этой целью разрабатываются и внедряются инновационные стратегии по расширению тестирования и безотлагательному лечению ВИЧ-инфекции, что позволяет городу еще более увеличить охват лечением и достичь высоких показателей в подавлении вирусной нагрузки (9).

Описание программы и данные были предоставлены ЮНЭЙДС Голландским фондом мониторинга ВИЧ-инфекции (<https://www.Hiv-monitoring.nl/index.php/nederlands/>)



ПРОГРЕСС И ПРОБЛЕМЫ НА ЭТАПАХ ЖИЗНЕННОГО ЦИКЛА

По мере прохождения людьми жизненного цикла происходят изменения в порядке тестирования и лечения в связи с ВИЧ, также, как меняются организации, оказывающие помощь, и барьеры на пути к получению услуг. Эти изменения касаются возраста, пола, гендерной идентичности и поведения, ассоциированного с более высоким риском заражения ВИЧ. Понимание этих перемен и создание благоприятной среды с должным уважением и защитой прав человека, незатруднённым доступом к услугам—это важные условия для устранения пробелов в каскаде медицинской помощи при ВИЧ-инфекции, достижения целей «90–90–90» к 2020 году и, в конечном итоге, охвата услугами всех людей, живущих с ВИЧ.

Дети, живущие с ВИЧ

Усилия по ликвидации передачи ВИЧ от матери ребенку (см. Главу 5) значительно сократили количество новорожденных детей, инфицированных ВИЧ. Диагностика и лечение тех, кто всё же заражается вирусом, остается одной из приоритетных задач. Широкое совместное исследование, охватывающее Африку, Америку и Азию, предполагает, что большая доля детей в возрасте до двух лет, живут с ВИЧ, и что почти две трети из них будут выявлены с опозданием и получат антиретровирусную терапию при прогрессирующем иммунодефиците (10). В итоге сохраняется высокая смертность среди этих детей.

Дети в возрасте до 18 месяцев, рожденные ВИЧ-инфицированными матерями, нуждаются в вирусологическом исследовании. Однако во многих странах это сопряжено с огромными трудностями, связанными с логистикой, поэтому прогресс, достигнутый в этой области, остаётся ограниченным. Доступ к педиатрической диагностике продолжает расширяться в ряде стран, включая Камерун, Кот-д'Ивуар и Эфиопию, где в прошлом охват был особенно низким (Рисунок 3.12). В 2016 году только три страны с тяжёлым бременем эпидемии (Южная Африка, Свазиленд и Зимбабве) сумели обеспечить вирусологическим тестированием не менее 70% младенцев, подверженных риску вертикальной передачи, в течение первых двух месяцев жизни.

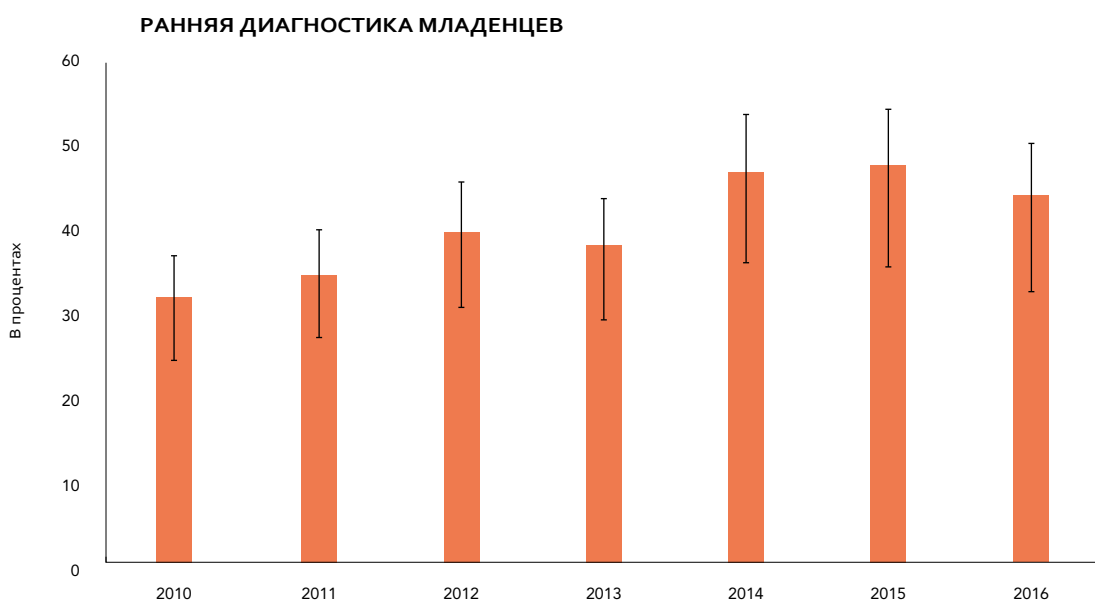


РИСУНОК 3.12. ДОЛЯ МЛАДЕНЦЕВ, ИМЕВШИХ РИСК ЗАРАЖЕНИЯ, С ПОДТВЕРЖДЕННЫМ ДИАГНОЗОМ ЧЕРЕЗ 2 МЕСЯЦА ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ, В 21 СТРАНЕ С ТЯЖЁЛЫМ БРЕМЕНЕМ ЭПИДЕМИИ, 2013 И 2016 ГГ.
Источник: Глобальный мониторинг эпидемии СПИДа, 2017 г.; оценка ЮНЭЙДС 2017 г.

По мере взросления дети становятся всё менее склонными поддерживать регулярную связь со службами здравоохранения. Значительное количество детей, заразившихся ВИЧ от матери, впервые обращаются за лечением уже подростками на фоне нарастающих проблем со здоровьем (11, 12). Стандартный подход к тестированию на ВИЧ по инициативе медицинского работника сталкивается с проблемами при попытке диагностировать детей, живущих с ВИЧ. Медицинские учреждения, где проводятся исследования на ВИЧ, редко имеют желательную обстановку для детей, а опекуны или воспитатели могут противиться тестированию на ВИЧ их детей. Страны все чаще стремятся идентифицировать детей, живущих с ВИЧ, с помощью индексного тестирования, которое проводится среди тех детей, чьи взрослые члены семьи или братья и сестры, прошедшие тестирование ранее, оказались ВИЧ-позитивными. Многие страны с высокой распространенностью ВИЧ проводят тестирование детей на ВИЧ в рамках программ иммунизации, а также в детских отделениях больниц или в рамках программ дополнительного питания как часть общинных услуг по уходу за детьми и других услуг в сфере охраны здоровья детей (13, 14).

В мире в 2016 году антиретровирусную терапию получали 919 000 [810 000–956 000] детей (в возрасте 0–14 лет), т.е. около 43% [30–54%] всех детей, живущих с ВИЧ. В последние годы темпы роста количества детей, получающих лечение, замедлились. В 2016 году ежегодный прирост составил 6%, тогда как ранее ежегодный рост охвата детей лечением превышал 10%. При нынешних темпах роста мир рискует не достичь цели в обеспечении антиретровирусной терапией 1,6 млн детей к 2018 году (Рисунок 3.13).

ЗАМЕДЛЕНИЕ РОСТА ОХВАТА ДЕТЕЙ ЛЕЧЕНИЕМ

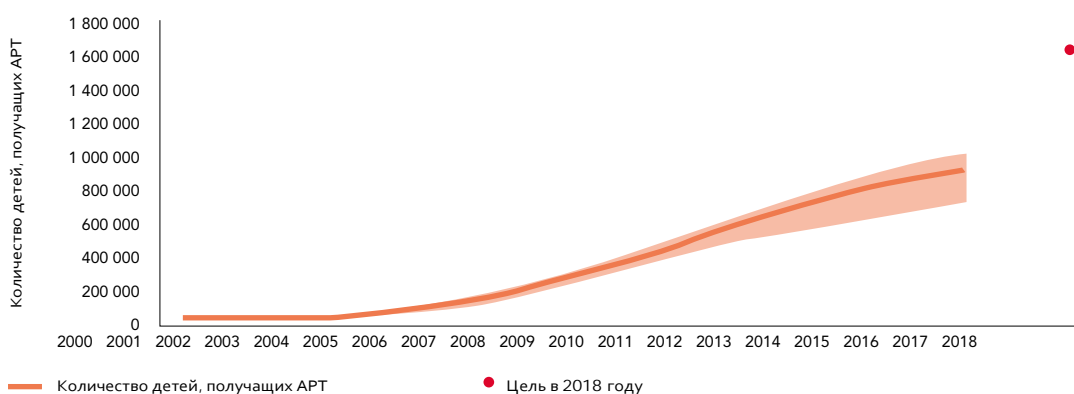


РИСУНОК 3.13. КОЛИЧЕСТВО ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 0–14 ЛЕТ, ПОЛУЧАЮЩИХ АРТ, ВО ВСЁМ МИРЕ, В ПЕРИОД С 2000 ПО 2016 ГГ. И ЦЕЛЬ К 2018 ГОДУ

Источник: Глобальный мониторинг эпидемии СПИДа, 2017 г.; оценка ЮНЭЙДС 2017 г.

За последние 10 лет количество детей, живущих с ВИЧ и достигших подросткового возраста, увеличилось в три раза благодаря расширению охвата педиатрическим лечением. Однако переход группы детей, находящихся на антиретровирусной терапии, из подросткового к зрелому возрасту может оказаться проблематичным. В глобальном масштабе ВИЧ оставалась седьмой по значимости причиной смерти среди детей в возрасте 10–14 лет в 2015 году, и девятой по значимости причиной смерти среди подростков в возрасте 10–19 лет в целом, несмотря на наличие эффективного лечения (15).

Все чаще национальные планы по борьбе с ВИЧ-инфекции отвечают особым потребностям подростков, живущих с ВИЧ, особенно когда необходимо поддержать желание подростка оставаться на попечении и придерживаться антиретровирусной терапии. В 2016 году около 60% (64 из 107) стран-респондентов заявляли о наличии такой стратегии или плана. В Восточной и Южной Африке 74% стран, представивших отчетность в 2016 году, указали, что у них есть стратегия или план, обеспечивающие удержание подростков, рожденных с ВИЧ, на лечении при переходе на учёт во взрослые медицинские учреждения. Вместе с тем, в большинстве (59%) этих стран существует порядок, требующий согласия родителей для получения доступа к лечению ВИЧ-инфекции детей моложе 18 лет.

ВИНДХУК

ПРИМЕР ГОРОДСКОЙ ПРОГРАММЫ

В Виндхуке, столице Намибии, проживает около 14% населения этой страны, составляющего 2,3 млн человек. Урбанизация привела к росту неофициальных поселений вокруг города, что затрудняет предоставление жителям критически важных услуг в области здравоохранения и ВИЧ. По данным национальной системы мониторинга лечения, в городе, по состоянию на конец марта 2017 года, антиретровирусную терапию получали 23 031 человек из общего количества 151 000 людей, живущих с ВИЧ, в этой стране. В 2016 году распространенность и заболеваемость ВИЧ среди людей в возрасте 15–49 лет в районе Хомас, где проживают более 90% жителей Виндхука с диагнозом ВИЧ-инфекция, оцениваются в 12% и 0,8% соответственно.

Виндхук одобрил Парижскую декларацию 2014 года по прекращению эпидемии СПИДа и разработал стратегический план, базирующийся на фактических данных, для осуществления этой инициативы. По имеющимся оценкам, в 2016 году в городе достигнут 95-процентный охват услугами по профилактике вертикальной передачи ВИЧ, а показатель передачи ВИЧ от матери ребенку составил менее 5% (2% среди новорожденных и 4% после 6 месяцев грудного вскармливания)

В 2016 году правительство Намибии при поддержке ЮНЭЙДС и Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ) провело оценку программы профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку. Одной из ключевых выявленных проблем оказалась низкая приверженность терапии у женщин, живущих в пригородных поселениях в связи с неосведомленностью, логистические трудности в организации доступа к медицинским учреждениям, а также стигма и дискриминация.

Под руководством министра здравоохранения и социальных служб, первой леди Намибии и мэра Виндхука было создано стратегическое партнерство в рамках кампании "Начни свободным, оставайся свободным, будь свободным от СПИДа" (Start Free, Stay Free, AIDS Free) для расширения доступа к услугам в связи с ВИЧ в самовольно застроенных пригородах. Кроме того, организация «Сеть здоровья женщин Намибии» (Namibia Women's Health Network) провела в этих неформальных поселениях кампанию «от двери к двери» для выявления беременных женщин и предоставления им пакета услуг, включающего консультирование, информационные материалы и направление в клиники с оказанием логистической поддержки. По данным этой организации, в апреле 2017 года была оказана помощь 100 обездоленным беременным женщинам, живущим с ВИЧ, в трех неформальных поселениях, с целью укрепления приверженности к программе профилактики передачи ВИЧ их младенцам. В 2017 году программа стала распространяться на другие поселения и отдаленные районы.



Молодые люди, живущие с ВИЧ

Наибольшему риску инфицирования ВИЧ по-прежнему подвергается молодежь в возрасте 15–24 лет. В африканских странах к югу от Сахары – это чаще всего молодые женщины. В других африканских странах большинство молодых людей, заражающихся ВИЧ, – это секс-работники; геи и другие мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами; люди, употребляющие инъекционные наркотики, и транссексуалы.

Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что значительная часть молодых людей, живущих с ВИЧ, остаётся не выявленной. Так, исследования PHIA по оценке воздействия эпидемии ВИЧ на различные группы населения, проведенные в Малави, Замбии и Зимбабве в 2015–2016 годах показали, что менее половины молодых людей в возрасте 15–24 лет, живущих с ВИЧ, знали свой ВИЧ-статус. Полученный показатель коррелировал с данными в других возрастных группах: 65% взрослых в возрасте 25–34 лет и 78% взрослых в возрасте 35–59 лет (Рисунок 3.14) (16).

ПРОБЕЛЫ В КАСКАДЕ ПОМОЩИ ДЛЯ МОЛОДЁЖИ

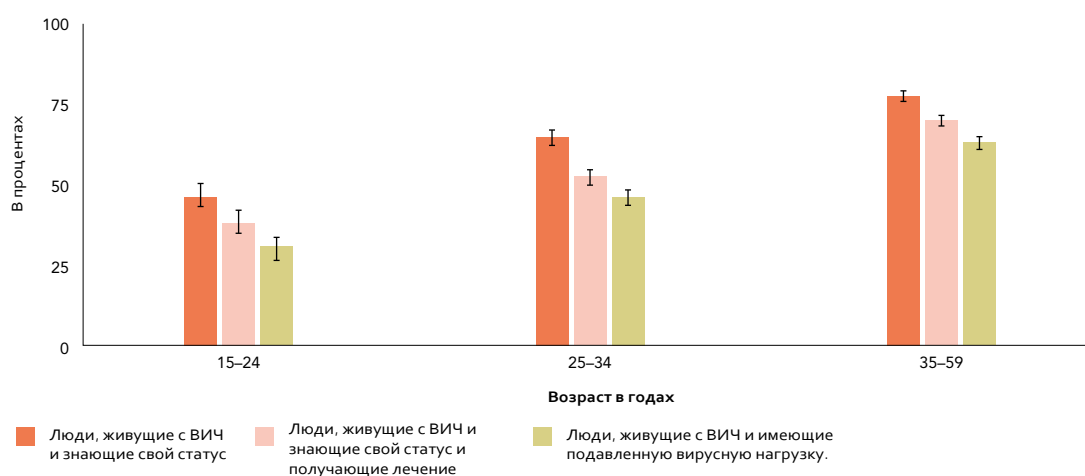


РИСУНОК 3.14. ЗНАНИЕ СВОЕГО ВИЧ СТАТУСА, ОХВАТ ЛЕЧЕНИЕМ И ПОДАВЛЕНИЕ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ. МАЛАВИ, ЗАМБИЯ И ЗИМБАБВЕ, ПО ВОЗРАСТНЫМ КАТЕГОРИЯМ, 2015–2016 гг.

Источник: Малави: исследования PHIA по оценке воздействия эпидемии ВИЧ на различные группы населения (MPHIA), 2015–2016 гг. Сводная таблица: предварительные выводы. Нью-Йорк: проект PHIA; декабрь 2016 г. Замбия: исследования по оценке воздействия эпидемии ВИЧ на различные группы населения (ZAMPHIA), 2015–2016. Сводная таблица: предварительные выводы. Нью-Йорк: проект PHIA; декабрь 2016 г. Зимбабве: исследования по оценке воздействия эпидемии ВИЧ на различные группы населения (ZIMPHIA), 2015–2016 гг. Сводная таблица: предварительные выводы. Нью-Йорк: проект PHIA; декабрь 2016 г.

Дезагрегированные по возрасту исходные данные, полученные в ходе двух исследований на уровне общин в Восточной и Южной Африке, указывают на значительные пробелы в знании своего ВИЧ-статуса. В 32 сельских общинах в Кении и Уганде, где проводился исследовательский проект в сфере охраны здоровья на уровне общин с целью устойчивого развития Восточной Африки SEARCH, уровень знания своего ВИЧ-статуса среди молодых людей в возрасте 15–24 лет, живущих с ВИЧ, равнялся 50% по сравнению с 67% у взрослых в возрасте 25 лет и старше (17). До начала проекта HPTN 071 (PopART), проводимого в Замбии, в ходе которого местному населению предлагался ряд услуг на базе общин, лишь 24% мужчин, живущих с ВИЧ, в возрасте 20–24 лет и 34% женщин, живущих с ВИЧ, в возрасте 20–24 лет имели представление о своём ВИЧ-статусе (18).

Охват лечением также варьируется по возрастным группам. Недавнее исследование, проведенное в Бангладеш, Индонезии, Лаосе, Непале, Пакистане, Филиппинах и Вьетнаме показало, что люди в возрасте до 25 лет наименее склонны начинать АРТ и постоянно получать лечение (19). В исследовании SEARCH базовый охват лечением молодых людей в возрасте 15–24 лет, получивших диагноз ВИЧ-инфекция, составлял 64% по сравнению с 81% людей более зрелого возраста – от 25 лет и старше, живущих с ВИЧ (17). Данные PHIA, вместе с тем, указывают на широкий охват лечением (82%) молодых людей в возрасте 15–24 лет, знающих своей ВИЧ-статус (16).

НИЗКИЙ УРОВЕНЬ ЗНАНИЯ СВОЕГО ВИЧ-СТАТУСА СРЕДИ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ

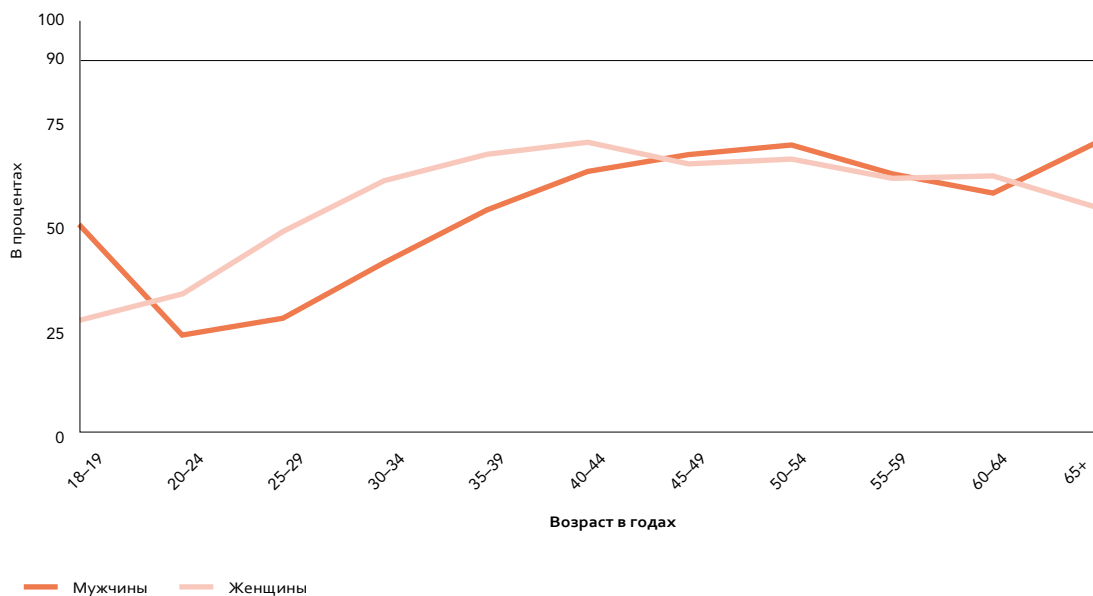


РИСУНОК 3.15. ПРОЕКТ HPTN 071 (POPART): ЗНАНИЕ СВОЕГО ВИЧ-СТАТУСА СРЕДИ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, ПО ВОЗРАСТНЫМ ГРУППАМ ДО НАЧАЛА ОКАЗАНИЯ УСЛУГ НА УРОВНЕ ОБЩИН; ЗАМБИЯ, НОЯБРЬ 2013 ГОДА – ИЮНЬ 2015 ГОДА

Источник: Hayes R, Floyd S, Schapp A, Shanaube K, Bock P, Sabapathy K et al. A universal testing and treatment intervention to improve HIV control: one-year results from intervention communities in Zambia in the HPTN 071 (PopART) cluster-randomised trial. *LoS Med.* 2017;15(5):e1002292.
 * Данные экстраполированы на всё взрослое население.

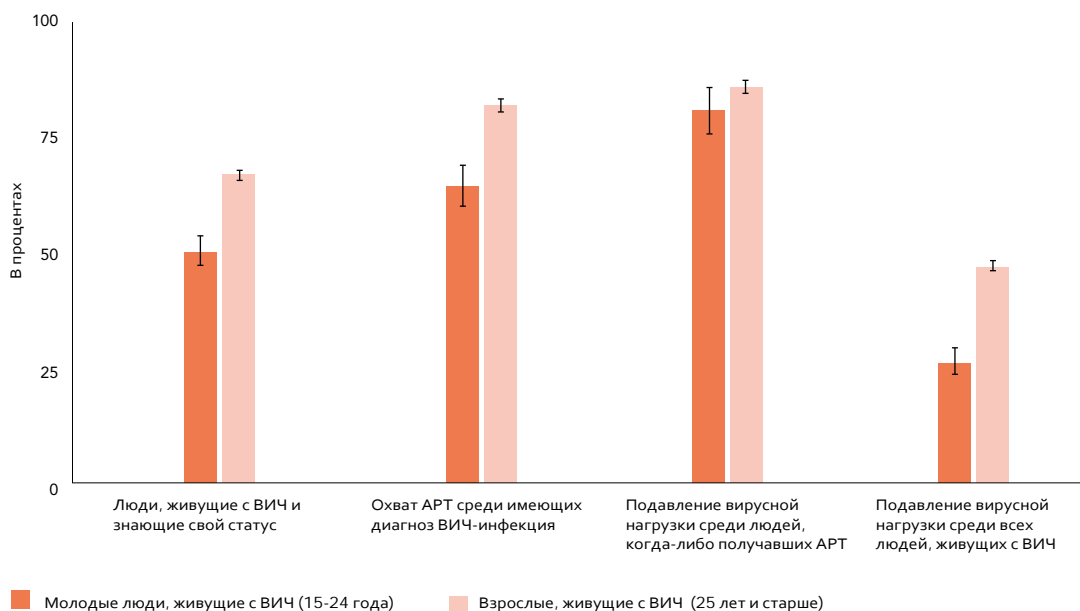


РИСУНОК 3.16. ИСХОДНЫЙ УРОВЕНЬ К ДОСТИЖЕНИЮ ЦЕЛЕЙ «90-90-90» СРЕДИ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, В ВОЗРАСТЕ 15 ЛЕТ И СТАРШЕ, ПО ВОЗРАСТНЫМ ГРУППАМ В 16 СЕЛЬСКИХ ОБЩИНАХ КЕНИИ И УГАНДЕ, ИЮНЬ 2013 г. – ИЮНЬ 2014 г.

Источник: Petersen M, Balzer L, Kwarisiima D, Sang N, Chamie G, Ayieko J et al. Ассоциация проведения универсального тестирования и лечения с диагностикой ВИЧ-инфекции, получением антиретровирусной терапии и подавлением вирусной нагрузки в Восточной Африке. *JAMA.* 2017;317(21):2196-2206.

Приверженность лечению среди молодых людей, как правило, ниже, а показатель неудачи терапии – сравнительно выше, особенно среди подростков, которые переходят из педиатрической системы помощи во взрослую сеть обслуживания. Исследования, проведенные в Кении, Уганде и Танзании, показывают, что молодые люди в возрасте от 15 до 19 лет чаще исчезают из поля зрения служб помощи, как до, так и после начала антиретровирусной терапии, чем дети в возрасте 10–14 лет или люди, живущие с ВИЧ, старше 20 лет. Исследования показывают, что среди причин отказа от медицинской помощи основными являются стигма и дискриминация, раскрытие информации, а также время, потраченное на поездки и ожидание в клиниках.

Данные трех исследований PHIA и данные на исходном уровне исследования SEARCH указывают на низкие знания своего ВИЧ-статуса среди молодых людей (в возрасте 15–24 лет), живущих с ВИЧ. Также в связи с пробелами на других этапах континуума медицинской помощи у данной группы населения отмечаются низкие показатели подавления вирусной нагрузки: 30% по данным исследований PHIA и 26% на исходном уровне в районах проведения проекта SEARCH (16, 17).

Мужчины и мальчики, живущие с ВИЧ

Последствия ВИЧ-инфекции для здоровья мужчин обычно хуже, чем у женщин. Данный гендерный разрыв объясняется рядом факторов: от более рискованного поведения до низкого охвата услугами медицинской помощи (22). Почти во всех регионах мужчины, живущие с ВИЧ, реже, чем женщины, проходят тестирование на ВИЧ или получают лечение (23), а те, кто всё же начинают АРТ, чаще оказываются на поздней стадии заболевания (24). В 2016 году глобальный охват лечением ВИЧ-инфекции составлял 60% [46–71%] взрослых женщин, живущих с ВИЧ, в возрасте 15 лет и старше, и 47% [35–57%] взрослых мужчин, живущих с ВИЧ. Охват терапией мужчин ниже, чем женщин, во всех регионах, кроме Западной и Центральной Европы и Северной Америки (Рисунок 3.17).

Мужчины, как правило, чаще, чем женщины, прерывают лечение и исчезают из поля зрения медиков (25–27). Например, в ЮАР, согласно оценкам, 51% женщин, живущих с ВИЧ, находятся на антиретровирусной терапии, в то время как у мужчин, живущих с ВИЧ, этот показатель составляет 37% (28). Вследствие этого мужчины чаще женщин умирают от связанных со СПИДом причин даже в странах Африки к югу от Сахары, где мужчины заражаются ВИЧ реже, чем женщины (29–31).

НИЗКИЙ ОХВАТ ЛЕЧЕНИЕМ МУЖЧИН

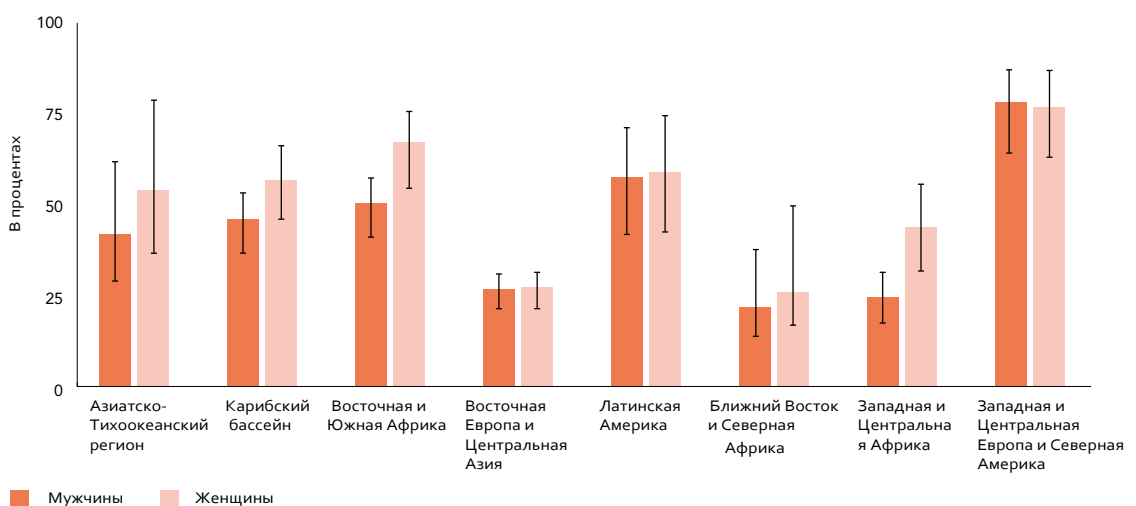


РИСУНОК 3.17. ОХВАТ АРТ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ (15 ЛЕТ И СТАРШЕ) ПО ПОЛУ И РЕГИОНУ, 2016 г.

Источник: Глобальный мониторинг эпидемии СПИДа, 2017 г. Оценка ЮНЭЙДС 2017 г..

Данные, собранные в ходе исследования PHIA, весьма показательны. По сравнению с женщинами того же возраста, взрослые мужчины (15–59 лет), живущие с ВИЧ, в Малави, Замбии и Зимбабве реже знали свой ВИЧ-статус и были менее склонны к лечению (32–34). Эти пробелы были больше в Малави и Зимбабве, где доля взрослых мужчин (в возрасте 15–59 лет), живущих с ВИЧ и имевших подавленную вирусную нагрузку, составляла 61% и 53% соответственно по сравнению с 73% и 64% женщин того же возраста (Рисунок 3.18) (16).

МУЖЧИНЫ РЕЖЕ ЖЕНЩИН ИМЕЮТ ПОДАВЛЕННУЮ ВИРУСНУЮ НАГРУЗКУ

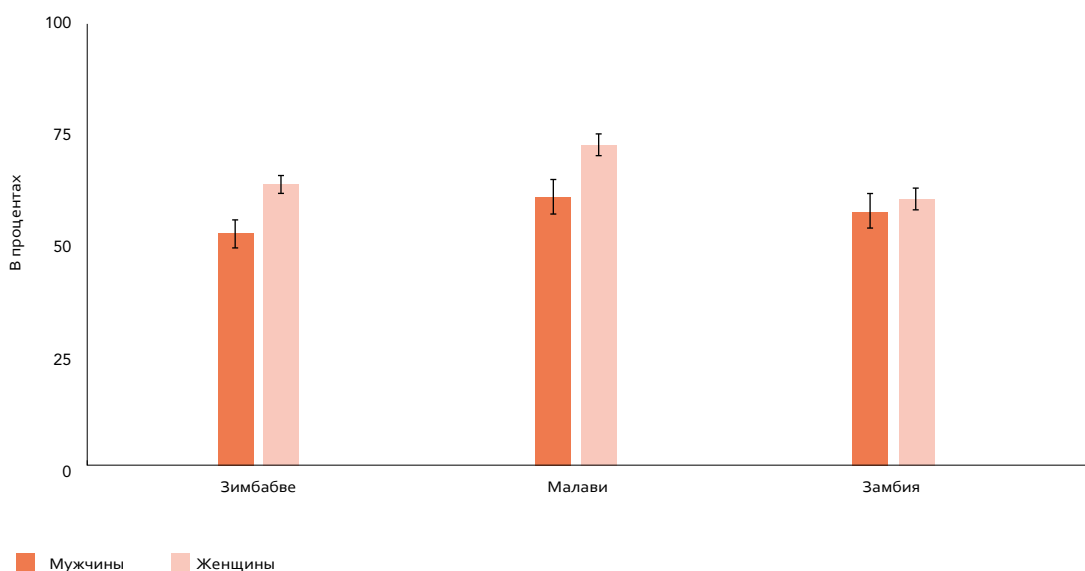


РИСУНОК 3.18. ДОЛЯ ВЗРОСЛЫХ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН (15–59 ЛЕТ), ЖИВУЩИХ С ВИЧ И ИМЕВШИХ ПОДАВЛЕННУЮ ВИРУСНУЮ НАГРУЗКУ, ЗИМБАБВЕ, МАЛАВИ, ЗАМБИЯ, 2015–2016 гг.

Источник: Malawi population-based HIV impact assessment (MPHIA), 2015–2016. Summary sheet: preliminary findings. New York: PHIA Project; December 2016. Zambia population-based HIV impact assessment (ZAMPHIA), 2015–2016. Summary sheet: preliminary findings. New York: PHIA Project; December 2016. Zimbabwe population-based HIV impact assessment (ZIMPHIA), 2015–2016. Summary sheet: preliminary findings. New York: PHIA Project; December 2016.

Преобладающие гендерные нормы усугубляют эти тенденции (см. вставку) во многих аспектах. Современные модели предоставления услуг часто закрепляют стереотипы, которые рассматривают здравоохранение как сферу женских забот и перелагают на женщин ответственность за здоровье мужчин (35). Лишь немногие программы лечения ВИЧ-инфекции нацелены на активизацию мер по расширению доступа мужчин к АРТ и включение их в систему оказания помощи.

Существует множество способов привлечения мужчин к тестированию на ВИЧ и взятия их на диспансерное наблюдение. Тестирование на рабочем месте, поиск и выявление нуждающихся в помощи мужчин в общинах увеличивают охват мужчин тестированием, а использование мобильных пунктов тестирования может привести к значительному увеличению количества мужчин, впервые проходящих исследования на ВИЧ (36). Необходимо более активно использовать программы профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку для привлечения партнеров-мужчин к услугам по тестированию, профилактике и лечению. Тестирование пар и «индексных партнеров», а также семейное тестирование являются эффективными методами выявления мужчин – партнеров ВИЧ-позитивных женщин, диагностированных на этапе дородовой помощи (37). Наконец, оповещение партнёров медработником и самотестирование на ВИЧ остаются перспективными вариантами для мужчин, которые не могут или не хотят воспользоваться существующими службами тестирования (38, 39).

ВРЕДНЫЕ ГЕНДЕРНЫЕ НОРМЫ НИКОГО НЕ ЩАДЯТ

Вредные мужские гендерные нормы не только пагубно отражаются на женщинах, но могут поставить под угрозу здоровье и благополучие мужчин. Например, исследования, проведенные в странах Африки к югу от Сахары, показывают, что мужчины приравнивают мужественность к доминированию над женщинами, обладанию несколькими половыми партнерами, отказу от использования презервативов и злоупотреблению алкоголем и наркотиками, чем подвергают себя и своих партнеров более высокому риску заражения ВИЧ (40–42). Кроме того, во всех регионах мужчины по сравнению с женщинами менее склонны пройти тестирование на ВИЧ или начать лечение ВИЧ-инфекции и оставаться приверженными к лечению (25-27, 43).

Господствующие гендерные нормы всячески поощряют подобные взгляды. Стремление мужчин не потерять мужественность в глазах окружающих является одной из причин не спешить со своевременным тестированием на ВИЧ, консультированием, лечением и другими услугами в сфере охраны здоровья (44). Более того, современные модели медицинской помощи также закрепляют стереотипы, в соответствии с которыми здравоохранение – это сфера женских забот. Усилия по популяризации медицинских услуг и более безопасного секса чаще ориентированы на женщин и девочек, что усугубляет представление о том, что здоровье – это «женский вопрос». Но существуют и другие подходы – женская организация Engender Health и Фонд ООН в области народонаселения (ЮНФПА) создали инструментарий для разработки программ по активному привлечению мужчин к вопросам сексуального и репродуктивного здоровья (45).

Растёт понимание того, что необходимо привлекать мужчин и мальчиков к изменению вредных гендерных норм и не забывать о гендерных особенностях эпидемии ВИЧ-инфекции. Опыт показывает, что мужчины и мальчики желают и способны отказаться от жёстких и дискриминационных гендерных ролей, отвергнуть вредные версии мужественности и принять нормы гендерного равенства. Несколько программ, таких как SASA!, по мобилизации общин в Уганде, Yaari Dosti в Индии, и несколько коллективных обучающих проектов Stepping Stones, доказывают возможность снижения риска в поведении мужчин, а также отказа от насилия в отношении интимного партнера (46–51).

Ключевые группы населения, живущие с ВИЧ

Представители ключевых групп населения – работники секс-бизнеса; геи и другие мужчины, имеющие секс с мужчинами; люди, употребляющие инъекционные наркотики; трансгендерные люди; заключенные; сексуальные партнеры выше перечисленных категорий людей составляют большинство новых случаев ВИЧ-инфекции за пределами африканских стран к югу от Сахары (см. Главу 2).

Ключевые группы сталкиваются барьерами, препятствующими именно этим категориям проходить тестирование на ВИЧ и лечение.

Широко распространёнными остаются стигма, карательное законодательство и практика злоупотреблений со стороны правоохранительных органов.

В подавляющем большинстве стран (84 из 110), представивших отчет, в 2016 году сохранялась криминализация определённых аспектов секс-бизнеса, а владение или потребление наркотиков влекло уголовное наказание в 78 странах³.

Десять стран сохраняли смертную казнь для лиц, осужденных за преступления, связанные с наркотиками, и еще 10 стран сообщали, что владение иглами или шприцами без рецепта врача может быть использовано в качестве доказательства употребления наркотиков и стать причиной ареста.⁴ В некоторых странах, в частности, на Филиппинах, борьба с наркотиками осуществляется все более жестоким образом, включая внесудебные убийства предполагаемых наркоторговцев и пользователей.

³ Владение наркотиками для личного использования считается уголовным преступлением в 34 странах; в 41 стране использование или употребление наркотиков влечет ответственность по закону; хранение наркотиков для личного использования не является уголовным преступлением в 12 странах. В трёх странах существует закон об обязательном лишении свободы за преступления, связанные с незаконным оборотом наркотиков.

⁴ Смертная казнь сохраняется в следующих 10 странах: Бангладеш, Китай, Кувейт, Ливия, Малайзия, Мьянма, Оман, Пакистан, Сингапур и Шри-Ланка. 10 стран, в которых наличие иглы или шприца без рецепта врача является потенциальными доказательствами употребления наркотиков или причиной ареста: Бурунди, Грузия, Гондурас, Маврикий, Намибия, Непал, Пакистан, Филиппины, ЮАР и Танзания

КРИМИНАЛИЗАЦИЯ КЛЮЧЕВЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ КАК БАРЬЕР ДЛЯ ТЕСТИРОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ



РИСУНОК 3.19. СТРАНЫ, ГДЕ СУЩЕСТВУЕТ КРИМИНАЛИЗАЦИЯ НЕКОТОРЫХ АСПЕКТОВ СЕКС-БИЗНЕСА, ОДНОПОЛЫХ ОТНОШЕНИЙ, А ТАКЖЕ ВЛАДЕНИЯ И УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ, 2016 г.

Источник: Национальные обязательства и политические инструменты, 2017 г.

В 2016 году в 44 из 100 стран, представивших доклады, (44%) существовала криминализация однополых сексуальных отношений, причем в некоторых юрисдикциях к нарушителям применялись очень суровые наказания: в двух странах вплоть до смертной казни, а пяти других странах минимальным наказанием являлось 14 лет лишения свободы. В последние годы в ряде стран наблюдается заметное ужесточение законодательства в отношении гомосексуализма (52). Например, после принятия закона о запрете однополых браков в Нигерии в 2014 году многие мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами в этой стране, сообщали о боязни обращаться за медицинской помощью (53).

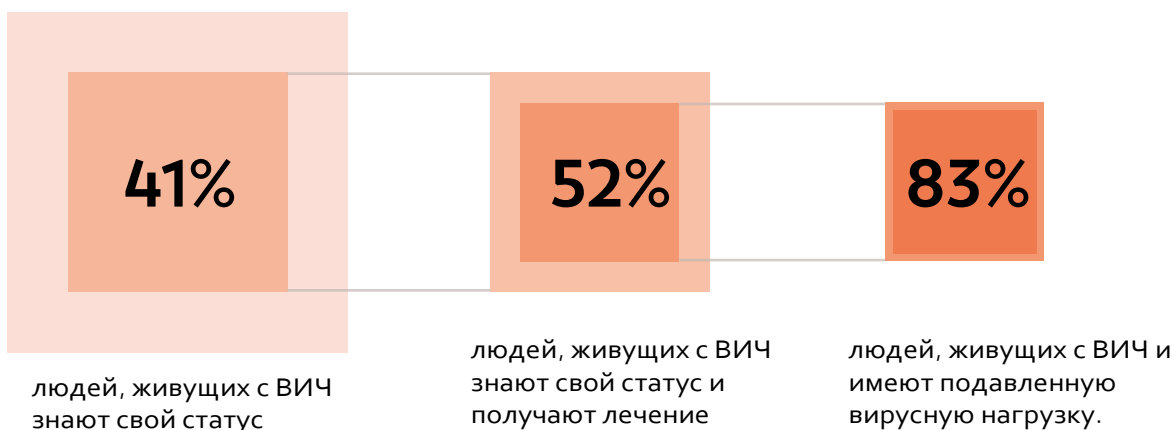
По-прежнему крайне ограничены данные по исходам каскада лечения в ключевых группах населения (54). Специальные исследования указывают на один или несколько значимых пробелов в каскаде лечения, вызывающих большую тревогу. В Индии обследование на основе выборки с учетом определенных признаков респондентов в 26 городах, показало, что уровень знания о своём ВИЧ-статусе составляет 41% среди людей, живущих с ВИЧ и употребляющих инъекционные наркотики. Из тех, кто знал свой ВИЧ-статус, только 52% получали АРТ, а из получающих лечение 83% имели подавленную вирусную нагрузку (55). Среди ВИЧ-положительных геев и других мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, которые также были включены в обследование, 30% знали свой ВИЧ-статус, 68% из тех, кто знал свой ВИЧ-статус, имели доступ к лечению, а 78% тех, кто получал лечение, имели подавленную вирусную нагрузку (55). В Москве аналогичный опрос среди геев и других мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, показал, что лишь 13% людей, живущих с ВИЧ, знали свой ВИЧ-статус, 36% из тех, кто знал свой ВИЧ-статус, имели доступ к антиретровирусной терапии, и 64% тех, кто получал лечение, имели подавленную вирусную нагрузку (56).

ВЫЗЫВАЮЩИЕ ТРЕВОГУ ПРОБЕЛЫ В КОНТИНУУМЕ ПОМОЩИ «90–90–90» КЛЮЧЕВЫМ ГРУППАМ

Геи и другие мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами, Москва



Люди употребляющие инъекционные наркотики, Индия



Геи и другие мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами, Индия

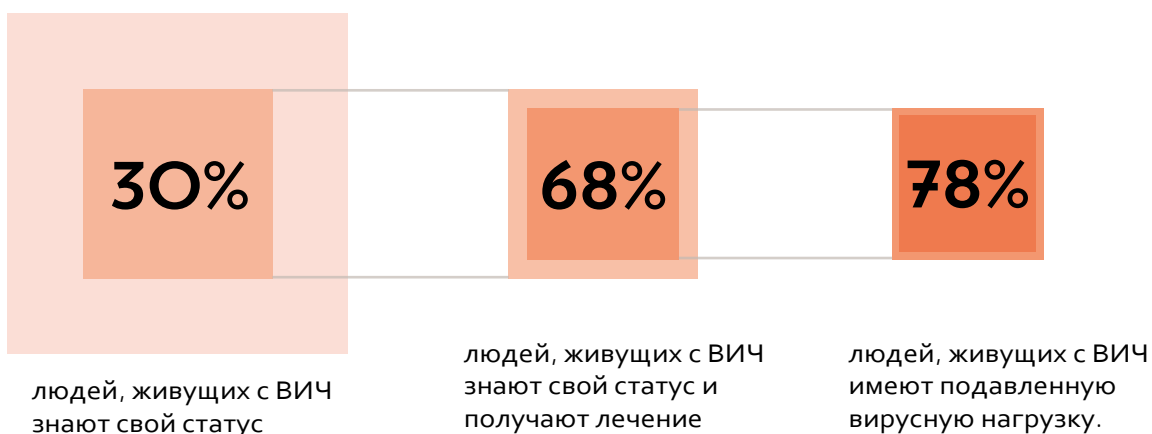


РИСУНОК 3.20. КОНТИНУУМ «90–90–90» И КЛЮЧЕВЫЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ В ИНДИИ И РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, 2013 г.

Источник: Mehta SH, Lucas GM, Solomon S, Srikrishnan AK, McFall AM, Dhingra Netal. HIV care continuum among men who have sex with men and persons who inject drugs in India: barriers to successful engagement. Clin Infect Dis. 2015 Dec 1;61(11):1732–41. Wirtz A, Zelaya C, Latkin C, Peryshkina A, Galai N, Mogilnyi V et al. The HIV care continuum among men who have sex with men in Moscow, Russia: a cross-sectional study of infection awareness and engagement in care. Sexually Transm Infect. 2016;92(2):161–167. doi:10.1136/sextrans-2015-052076.

БАНГКОК

ПРИМЕР ГОРОДСКОЙ ПРОГРАММЫ

Борьба со СПИДом в Таиланде на протяжении многих лет заслуживает высокой оценки. Тем не менее, по мере развития эпидемии ВИЧ для обеспечения успеха необходимо постоянно внедрять инновации. В Бангкоке проживает почти 9 миллионов человек, но почти треть населения не зарегистрированы в качестве жителей города и не обслуживаются в местных учреждениях здравоохранения. Это затрудняет доступ к услугам, включая тестирование и лечение, в этих службах. Для ликвидации подобных пробелов в 2004 году была создана неправительственная организация работников секс-бизнеса SWING.

В начале фонд SWING работал с мужчинами и трансгендерами, занятыми в секс-бизнесе, многие из которых переехали в столицу из провинции. Теперь организация помогает работникам секс-бизнеса, независимо от пола. Первым делом активисты SWING составили карту Бангкока с указанием мест, где собираются представители ключевых групп с тем, чтобы лучше понять, кому необходима помощь и на чем сосредоточить свои усилия. Каждый вечер группы активистов SWING идут по точкам продаж сексуальных услуг, предлагая консультации, информацию, презервативы и направления в медицинские учреждения. С 2012 года по март 2017 года услугами SWING воспользовались более 16 000 геев, других мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, транссексуалов и работников секс-бизнеса, а также более 1200 мигрантов.

У фонда SWING есть свои удобно расположенные центры, куда посетители приходят без приглашения. Здесь можно пройти тестирование на инфекции, передающиеся половым путем (ИППП) и ВИЧ, или получить консультацию. Результат тестирования будет известен в день обращения. Здесь также оказывают психосоциальную поддержку и дают направление в медицинские учреждения. SWING популяризирует доконтактную профилактику и самотестирование на ВИЧ с помощью «равных» консультантов. Здесь делают упор на поддержание связи с клиентами, у которых тест на ВИЧ оказался отрицательными. С этими людьми проводят обучение о снижении рисков при сексе, их поощряют использовать презервативы и регулярно тестироваться на ВИЧ.

Ключевым элементом успеха SWING, помимо приверженности персонала и добровольцев, остаются доверительные рабочие отношения с партнерами. Среди них – владельцы заведений коммерческого секса в тех районах города, которым фонд уделяет особое внимание, и государственные учреждения, включая столичную администрацию и полицию Бангкока.

Описание программы и данные были предоставлены в ЮНЭЙДС директором фонда Сурангом Джаньямом и Саманом Сумалу, сотрудником по мониторингу и оценке фонда SWING.



ПРОГРЕСС В ДОСТИЖЕНИИ ЦЕЛЕЙ «90–90–90» В РЕГИОНАХ

Прогресс в достижении целей «90–90–90» отличается по регионам. По состоянию на 2015 год, Западная и Центральная Европа и Северная Америка уже почти достигли глобальных целей в области тестирования и лечения. Среди других регионов, предоставивших достаточные данные за 2016 год, Латинская Америка и Восточная и Южная Африка демонстрируют успешное приближение к целевым показателям на всех этапах каскада помощи. Эти регионы находятся в пределах досягаемости целей «90–90–90». Если регион Карибского бассейна и Азиатско-Тихоокеанского регион удержат темп, показанный в последнее время, они смогут достичь целевых показателей.

Другие регионы имеют большие пробелы на одном или нескольких этапах континуума. Знание своего ВИЧ-статуса среди людей, живущих с ВИЧ, остаётся ниже 65% в Восточной Европе и Центральной Азии, на Ближнем Востоке и в Северной Африке, а также в Западной и Центральной Африке. Повсеместный опыт в достижении целей «90–90–90» подтверждает, что отставание в достижении первой цели «90», в сочетании с другими пробелами в континууме, ведут к низкому показателю подавления вирусной нагрузки среди всех людей, живущих с ВИЧ. В трех указанных регионах вирусная нагрузка подавлена не более чем у четверти всех людей, живущих с ВИЧ.

Подходы к достижению целей «90–90–90» и результаты этих усилий варьируются в зависимости от региона, что подчеркивает своеобразие проблем в различных эпидемических контекстах. Например, в Азии и Тихоокеанском регионе, где эпидемии распространяется преимущественно в ключевых группах населения, остаются относительно большие пробелы в знании своего ВИЧ-статуса (71% [47–>89%]) и охвате лечением тех, кто знает свой ВИЧ-статус (68% [44–>89%]), по сравнению с показателем подавления вирусной нагрузки у людей, получающих лечение (83% [55–>89%]). Напротив, в странах Карибского бассейна отмечен широкий охват лечением среди тех, кто знает свой ВИЧ-статус (81% [64–>89%]), но лишь две трети людей, получивших доступ к антиретровирусной терапии, имели подавленную вирусную нагрузку. Регионы Ближнего Востока и Северной Африки, Восточной Европы и Центральной Азии значительно отстают в достижении второй цели «90» (41% [26–71%] и 45% [35–52%] соответственно), что свидетельствует о том, что в обоих регионах диспансерное наблюдение за многими людьми с диагнозом ВИЧ-инфекция не осуществляется должным образом.

Изучение региональных моделей помогает в определении тех направлений работы, где необходимо активизировать усилия. Одновременно обращает на себя внимание неравномерность прогресса внутри каждого из регионов. Данный факт подчеркивает необходимость адаптации стратегий к конкретным национальным и местным особенностям (подробнее см. отдельные главы по восьми регионам).

ВАЖНОСТЬ ПОДАВЛЕНИЯ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ

Устойчивое расширение доступа к антиретровирусной терапии среди людей, живущих с ВИЧ, стало основной причиной глобального снижения смертности от СПИДа (см. главу 2). В странах с тяжелым бременем эпидемии ВИЧ отчетливо проявляется демографическое воздействие эпидемии и результат расширения охвата лечением в динамике. В 90-х годах и начале 2000-х годов растущая смертность от СПИДа в десяти наиболее пострадавших от эпидемии странах Восточной и Южной Африки привела к снижению ожидаемой продолжительности жизни с 55,0 лет в 1990 году до 48,9 года в 2006 году. Растущая доступность антиретровирусной терапии повернула вспять эту демографическую тенденцию, и ожидаемая продолжительность жизни начала неуклонно повышаться, достигнув 58,4 года в 2015 году (Рисунок 3.21).

РОСТ ОЖИДАЕМОЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ ВСЛЕД ЗА РАСШИРЕНИЕМ ДОСТУПНОСТИ АРТ

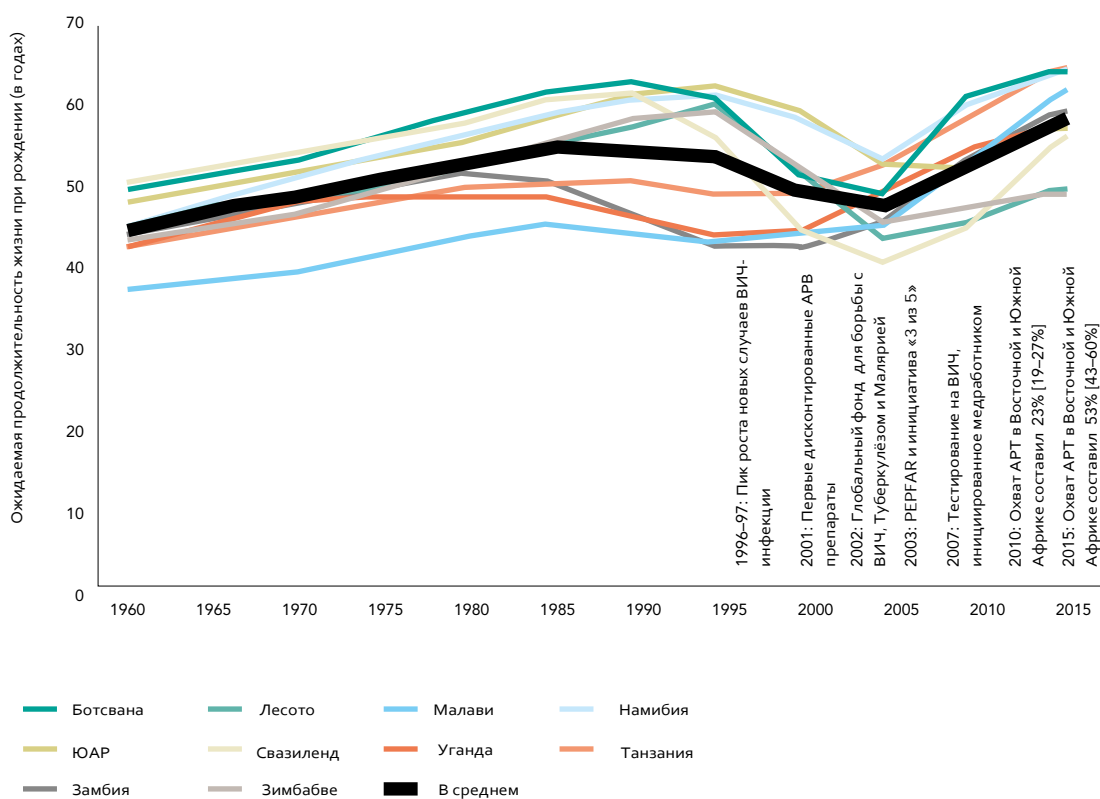


РИСУНОК 3.21. ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ В 10 СТРАНАХ В ВОСТОЧНОЙ И ЮЖНОЙ АФРИКЕ, 1960–2016 гг.

Источник: Анализ ЮНЭЙДС на основании данных Департамента ООН по экономическим и социальным вопросам, Отдел народонаселения, Перспективы мирового народонаселения: ред. 2015 год.

Расширение доступа к лечению и улучшение его результатов также ведёт к снижению заболеваемости, существенному улучшению качества жизни и снижению нагрузки на систему здравоохранения, поскольку меньшему количеству людей, живущих с ВИЧ, потребуется госпитализация (57). Например, в ЮАР среди людей, живущих с ВИЧ, уменьшилась доля жалующихся на боль с 69% до 17% после пяти лет антиретровирусной терапии; люди, получающие лечение, отмечали усталость почти в девять раз реже, чем в течение трех месяцев до начала лечения (58). С началом антиретровирусной терапии заметно увеличивается вероятность трудоустройства людей, живущих с ВИЧ. Значительно меньшее их число отмечает затруднения при выполнении работы (58). Подавление вирусной нагрузки до неопределяемого уровня у людей, живущих с ВИЧ, существенно снижает риск передачи ВИЧ-инфекции другим людям (59-61).

Связь между хорошими результатами лечения и сокращением количества новых случаев ВИЧ-инфекции подтверждается в различных странах. В Квазулу-Натале, ЮАР, когортное исследование показало, что начало антиретровирусной терапии ассоциируется с уменьшением заболеваемости ВИЧ-инфекцией на 77% с 2005 по 2013 год (62). В США количество новых случаев ВИЧ-инфекции с 2008 по 2014 год сократилось на 18%, что стало первым значимым снижением количества новых случаев инфицирования за два десятилетия (63); за тот же период показатели подавления вирусной нагрузки неуклонно улучшались (64). В Британской Колумбии, Канада, отмечено аналогичное снижение количества новых случаев ВИЧ-инфекции, что, по крайней мере, частично объясняется быстрым улучшением доступности антиретровирусной терапии и расширением программ снижения вреда (65-67). В Лондоне, Великобритания, резкое снижение количества новых случаев ВИЧ-инфекции, регистрируемых в клиниках, где устанавливается большинство диагнозов ВИЧ-инфекция в городе, связано с активным тестированием на ВИЧ и более быстрым началом лечения (см. Пример городской программы). В большинстве случаев расширение охвата лечением происходило параллельно с активизацией эффективных программ профилактики.

Становится ясно, что прогресс в достижении высоких показателей в подавлении вирусной нагрузки будет играть ключевую роль в прекращении эпидемии СПИДа в рамках комплексного подхода, который включает в себя ряд профилактических мероприятий. Моделирование показывает, что результатом ускорения мер по противодействию эпидемии и достижения целей «90-90-90» будет предотвращение почти 50% новых случаев ВИЧ-инфекции до 2030 года (71). Аналогичные прогнозы исследователей показали, что по сравнению с нынешними темпами противодействия, переход к достижению целей «90-90-90» в ЮАР предотвратило бы более 2 миллионов новых случаев ВИЧ-инфекции, спасло более 2,5 миллионов жизней и добавило бы населению более 13 миллионов лет жизни за десять лет (72). Моделирование эпидемии в Лесото указывает на то, что достижение целей «90-90-90» позволит сократить ежегодное количество новых случаев ВИЧ-инфекции в стране более чем на 75% к 2030 году, в то время как отказ от дальнейшего расширения охвата лечением приведет к увеличению заболеваемости ВИЧ-инфекцией и росту смертности от СПИДа (73).

ЛОНДОН

ПРИМЕР ГОРОДСКОЙ ПРОГРАММЫ

Клиника по адресу Дин-стрит 56 играет важнейшую роль в прекращении эпидемии СПИДа в столице Великобритании. В этой клинике, расположенной в центре Лондона, выписывают более четверти всех рецептов в Англии на препараты для доконтактной профилактики, здесь диагностирован каждый четвертый случай ВИЧ-инфекции в Лондоне в 2016 году (68). Последние данные свидетельствуют, что клиника на Дин-стрит – это пример медицинского учреждения, способного обеспечить резкое снижение передачи ВИЧ путем проведения эффективной антиретровирусной терапии в сочетании с широким применением доконтактной профилактики.

В последние годы клиника делает упор на периодическое тестирование на ВИЧ среди клиентов, имеющих высокий риск заражения (например, с ректальными ИППП), и сокращению времени между постановкой диагноза ВИЧ-инфекция и началом лечения. В 2010-2011 гг. медианное время между постановкой диагноза и началом лечения для людей которые сероконвертировали в Великобритании составляло 1,4 года.

Клиника на Дин-стрит 56 сократила этот разрыв до 26 дней, а в 2016 году ввела усовершенствования и новые процедуры, которые позволили сократить этот разрыв ещё больше – до семи дней после постановка диагноза (69).

По данным Национальной службы здравоохранения Англии, клиника на Дин-стрит 56 входит в небольшое число лондонских клиник, в которых с недавнего времени резко сократилось количество регистрируемых новых случаев ВИЧ-инфекции среди геев и других мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами (Рисунок 3.22). Снижение этих показателей в клиниках обуславливает общее снижение количества новых случаев ВИЧ-инфекции среди геев и других мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами в Англии. Данная тенденция сопровождается ежегодным повышением медианного уровня CD4-клеток при диагнозе, что указывает на более раннее выявление ВИЧ-инфекции у геев и других мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами (70).

Данные свидетельствуют о том, что клиника на Дин-стрит 56 и другие клиники, добившиеся падения уровня заболеваемости, снизили риск дальнейшей передачи ВИЧ среди своих клиентов.

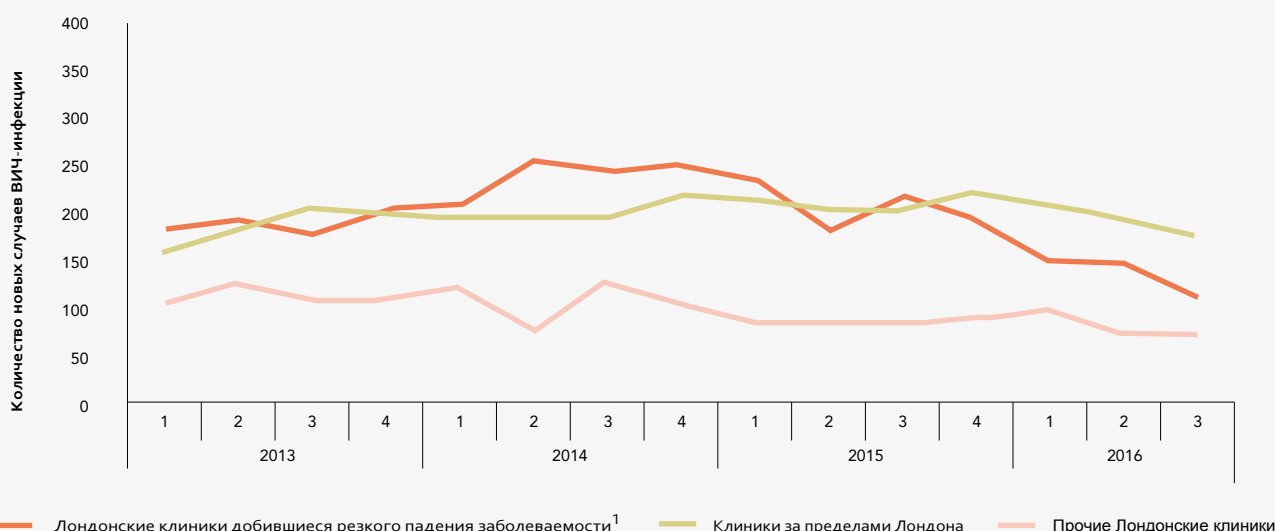


РИСУНОК 3.22. НОВЫЕ СЛУЧАИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ГЕЕВ И ДРУГИХ МУЖЧИН, ИМЕЮЩИХ ПОЛОВЫЕ КОНТАКТЫ С МУЖЧИНАМИ, ПОСЕЩАЮЩИХ КЛИНИКИ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ В АНГЛИИ, ВЕЛИКОБРИТАНИЯ, 2013–2016 гг.

Источник: Brown, AE, et al. Fall in new HIV diagnoses among men who have sex with men (MSM) at selected London sexual health clinics since early 2015; testing or treatment or pre-exposure prophylaxis (PrEP)? Журнал Eurosurveillance, Том 22, Выпуск 25, 22 июня 2017 г.

¹ Клиники, в которых отмечено резкое снижение количества новых случаев ВИЧ-инфекции – как минимум на 20% при их кумулятивном числе более 40 в период с октября 2014 года по сентябрь 2015 года и с октября 2015 года по сентябрь 2016 года. Количество ежеквартальных посещений варьировались от 19 780 до 22 493 в клиниках сексуального здоровья в Лондоне, добившихся резкого снижения заболеваемости ВИЧ-инфекцией, с 8270 по 9815 в других лондонских клиниках сексуального здоровья и от 24 215 до 29 174 в клиниках сексуального здоровья за пределами Лондона в период 2015–2016 гг.

Учёные разработали коэффициент контагиозности для измерения риска передачи ВИЧ-инфекции по формуле: количество клиентов, которые имеют риск передачи ВИЧ (оценочное число мужчин с вирусной нагрузкой более 200 клеток/мкл), делённое на число клиентов, которым грозит заражение ВИЧ (ВИЧ-отрицательные мужчины, у которых были диагностированы ИППП в течение последнего года).

Коэффициент контагиозности в клиниках, добившихся резкого падения заболеваемости в 2015 году, составил 0,49 по сравнению с 1,66 в других лондонских клиниках и 1,73 в клиниках за пределами Лондона (70).



БИБЛИОГРАФИЯ

1. Auld A, Shiraishi RW, Oboho I, Ross C, Bateganya M, Pelletier V et al. Trends in prevalence of advanced HIV disease at antiretroviral therapy enrolment—10 countries, 2004–2015. *MMWR*. 2017;66(21):558–563.
2. Landmark HIV diagnostic access programme will save US\$ 150M and help achieve global goals on HIV (press release). 25 September 2014. In: UNAIDS [website]. Geneva: UNAIDS; 2017 (<http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2014/september/20140925prviralload>, accessed on 22 June 2017).
3. Personal communication with Katie Pollak, Clinton Health Access Initiative (CHAI), 6 May 2017.
4. McGovern S, Phillips H, Mosime W, Nkomo B, Avalos A, Mmatli E et al. Results of testing cost-yield prioritization model for test and treat in Botswana. 21st International AIDS Conference, 18–22 July 2016, Durban.
5. Gaolathe T, Wirth KE, Holme MP, Makhema J, Moyo S, Chakalisa U et al. Botswana's progress toward achieving the 2020 UNAIDS 90-90-90 antiretroviral therapy and virological suppression goals: a population-based survey. *Lancet HIV*. 2016;3 (5):e221–e230.
6. Health sector strategic plan for HIV/AIDS & STI prevention and control 2016–2020 (HSSP-HIV). Phnom Penh: National Centre for HIV/AIDS, Dermatology and STD (NCHADS), Ministry of Health; 2016.
7. Presentation of Dr Ly Penh Sun, Director of National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STD (NCHADS). UNAIDS STAC Meeting, 9–10 April 2017.
8. Amsterdam. In: Fast-Track Cities Global Web Portal [website]. International Association of Providers of AIDS Care; n.d. (<http://www.fast-trackcities.org/data-visualization/amsterdam>).
9. Join forces for a future with no new HIV infections. In: H-Team [website]. H-Team; 2016 (<http://hteam.nl/en/>).
10. Koller M, Patel K, Chi BH, Wools-Kaloustian K, Dicko F, Chochephaibulkit K et al. Immunodeficiency in children starting antiretroviral therapy in low-, middle- and high-income countries. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2015;68(1):62–72.
11. Bakanda C, Birungi J, Mwisigwa R, Nachega JB, Chan K, Palmer A et al. Survival of HIV-infected adolescents on antiretroviral therapy in Uganda: findings from a nationally representative cohort in Uganda. *PLoS One*. 2011;6(4):e19261.
12. Evans D, Menezes C, Mahomed K, Macdonald P, Untiedt S, Levin L et al. Treatment outcomes of HIV-infected adolescents attending public-sector HIV clinics across Gauteng and Mpumalanga, South Africa. *AIDS Res Hum Retroviruses*. 2013;29(6):892–900.
13. Fayorsey RN, Saito S, Carter R, Gusmao E, Frederix K, Koech-Keter E et al. Decentralization of pediatric HIV care and treatment in five sub-Saharan African countries. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2013;62:e124–e130.
14. Penazzato M, Davies M-A, Apollo T, Negussie E, Ford N. Task shifting for the delivery of pediatric antiretroviral treatment: a systematic review. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2014;65:414–422.
15. Global health estimates 2015: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2015. Geneva: World Health Organization; 2016.
16. Personal communication, Population-based HIV Impact Assessments (PHIA) project teams for Malawi, Zambia and Zimbabwe, 31 May 2017.
17. Petersen M, Balzer L, Kwarsiima D, Sang N, Chamie G, Ayieko J et al. Association of implementation of a universal testing and treatment intervention with HIV diagnosis, receipt of antiretroviral therapy, and viral suppression in East Africa. *JAMA*. 2017;317(21):2196–2206.
18. Data points provided in personal communication with Sian Floyd, London School of Tropical Medicine and Hygiene, PopART study team, 11 June 2017.
19. Koirala S, Deuba K, Nampaisan O, Marrone G, Ekström AM for the CAT-S group. Facilitators and barriers for retention in HIV care between testing and treatment in Asia: a study in Bangladesh, Indonesia, Lao, Nepal, Pakistan, Philippines and Vietnam. *PLoS One*. 2017;12(5):e0176914.
20. Hudelson C, Cluver L. Factors associated with adherence to antiretroviral therapy among adolescents living with HIV/AIDS in low- and middle-income countries: a systematic review. *AIDS Care*. 2015;27(7):805–16.
21. Nabukeera-Barungi N, Elyanu P, Asire B, Katurbee C, Lukabwe I, Namusoke E et al. Adherence to antiretroviral therapy and retention in care for adolescents living with HIV from 10 districts in Uganda. *BMC Infect Dis*. 2015;15:520.

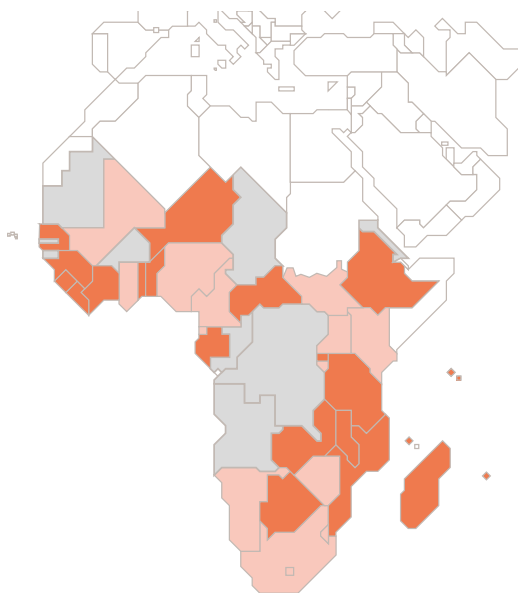
22. Baker P, Dworkin SL, Tong S, Banks I, Shand T, Yarney G. The men's health gap: men must be included in the global health equity agenda. *Bull World Health Organ*. 2014;92:618–620 doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.132795>.
23. Gari S, Martin-Hilber A, Malungo JR, Musheke M, Merten S. Sex differentials in the uptake of antiretroviral treatment in Zambia. *AIDS Care*. 2014;26(10):1258–1262.
24. Cornell M, Schomaker M, Garone DB, Giddy J, Hoffmann CJ, Lessells R et al. Gender differences in survival among adult patients starting antiretroviral therapy in South Africa: a multicentre cohort study. *PLoS Med*. 2012;9(9):e1001304.
25. Kranzer K, Lewis JJ, Ford N, Zeinecker J, Orrell C, Lawn SD et al. Treatment interruption in a primary care antiretroviral therapy program in South Africa: cohort analysis of trends and risk factors. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2010;55(3):e17–23.
26. Ochieng-Ooko V, Ochieng D, Sidle JE, Holdsworth M, Wools-Kaloustian K, Siika AM et al. Influence of gender on loss to follow-up in a large HIV treatment programme in western Kenya. *Bull World Health Organ*. 2010;88(9):681–688.
27. Cornell M, McIntyre J, Myer L. Men and antiretroviral therapy in Africa: our blind spot. *Trop Med Int Health*. 2011;16(7):828–829.
28. MacLeod WB, Fraser N, Bor J, Shubber Z, Carmona S, Pillay Y et al. Analysis of age- and sex-specific HIV care cascades in South Africa suggests unequal progress towards UNAIDS 90–90–90 targets. 21 st International AIDS Conference, 18–22 July 2016, Durban. Abstract TUPDC0102.
29. Beckham SW, Beyrer C, Luckow P, Doherty M, Negussie EK, Baral SD. Marked sex differences in all-cause mortality on antiretroviral therapy in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *J Int AIDS Soc*. 2016;19(1):21106.
30. Druyts E, Dybul M, Kanters S, Nachega J, Birungi J, Ford N et al. Male sex and the risk of mortality among individuals enrolled in antiretroviral therapy programs in Africa: a systematic review and meta-analysis. *AIDS*. 2013;27(3):417–425.
31. Centers for Disease Control and Prevention. Differences between HIV-infected men and women in antiretroviral therapy outcomes: six African countries, 2004–2012. *MMWR*. 2013;62(47):946–952.
32. Malawi population-based HIV impact assessment (MPHIA), 2015–2016. Summary sheet: preliminary findings. New York: PHIA Project; December 2016.
33. Zambia population-based HIV impact assessment (ZAMPHIA), 2015–2016. Summary sheet: preliminary findings. New York: PHIA Project; December 2016.
34. Zimbabwe population-based HIV impact assessment (ZIMPHIA), 2015–2016. Summary sheet: preliminary findings. New York: PHIA Project; December 2016.
35. Keeton C. Changing men's behaviour can improve women's health. *Bull World Health Organ*. 2007;85(7).
36. Mabuto T, Latka MH, Kuwane B, Churchyard GJ, Charalambous S, Hoffmann CJ. Four models of HIV counselling and testing: utilization and test results in South Africa. *PLoS One*. 2014;9(7):e102267.
37. Farquhar C, Krakowiak D, Kinuthia J, Oscoti A, Asila V, Gone MA et al. Male partner home HIV testing vs clinic invitation in pregnancy: a randomized trial. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), 22–25 February 2016, Boston. Abstract 49.
38. Guidelines on HIV self-testing and partner notification. Geneva: World Health Organization; 2016.
39. Hensen B, Taoka S, Lewis JJ, Weiss HA, Hargreaves J. Systematic review of strategies to increase men's HIV-testing in sub-Saharan Africa. *AIDS*. 2014;28(14):2133–2145.
40. Hunter M. Cultural politics and masculinities: multiple-partners in historical perspective in KwaZulu-Natal. *Cult Health Sex*. 2005;7(3):209–223.
41. Jewkes R, Morrell R. Gender and sexuality: emerging perspectives from the heterosexual epidemic in South Africa and implications for HIV risk and prevention. *J Int AIDS Soc*. 2010;13(1):6.
42. Peacock D, Redpath J, Weston M, Evans K, Daub A, Grieg A. Literature review on men, gender, health, and HIV and AIDS in South Africa. Cape Town: Sonke Gender Justice Network; 2008.
43. Koole O, Tsui S, Wabwire-Mangen F, Kwesigabo G, Menten J, Mulenga M et al. Retention and risk factors for attrition among adults in antiretroviral treatment programmes in Tanzania, Uganda and Zambia. 2014;19(12):1397–1410.
44. Global update on the health sector response to HIV, 2014. Geneva: World Health Organization; 2014.
45. EngenderHealth, United Nations Population Fund. Engaging men in sexual and reproductive health and rights, including family planning: why using a gender lens matters. New York: United Nations Population Fund; 2012 (<https://www.EngenderHealth.org/pubs/gender/gender-toolkit/toolkit.html#introduction>).

46. Kyegombe N, Abramsky T, Devries KM, Starmann E, Michau L, Nakuki J et al. The impact of SASA!, a community mobilization intervention, on reported HIV-related risk behaviours and relationship dynamics in Kampala, Uganda. *J Int AIDS Soc.* 2014;17(1):19232.
47. SASA! In: Raising Voices [website] (<http://raisingvoices.org/sasa/>).
48. Peacock D, Levack A. The men as partners programme in South Africa: reaching men to end gender-based violence and promote sexual and reproductive health. *Int J Mens Health.* 2004;3:173–188.
49. Verma R, Pulerwitz J, Mahendra VS, Khandekar S, Singh AK, Das SS et al. Promoting gender equity as a strategy to reduce HIV risk and gender based violence among young men in India. Washington, DC: Population Council; 2008.
50. Jewkes R, Gibbs A, Jama-Shai N, Willan S, Misselhorn A, Mushinga M et al. Stepping Stones and Creating Futures intervention: shortened interrupted time series evaluation of a behavioural and structural health promotion and violence prevention intervention for young people in informal settlements in Durban, South Africa. *BMC Public Health.* 2014;14:1325.
51. Jewkes R. Impact of Stepping Stones on incidence of HIV and HSV-2 and sexual behaviour in rural South Africa: cluster randomised controlled trial. *BMJ.* 2008;337:a506
52. Beyrer C, Baral SD, Collins C, Richardson ET, Sullivan PS, Sanchez J et al. The global response to HIV in men who have sex with men. *Lancet.* 2016;388(10040):198–206.
53. Schwartz SR, Nowak RG, Orazulike I, Keshinro B, Ake J, Kennedy S et al. The immediate effect of the Same-Sex Marriage Prohibition Act on stigma, discrimination, and engagement on HIV prevention and treatment services in men who have sex with men in Nigeria: analysis of prospective data from the TRUST cohort. *Lancet HIV.* 2015;2(7):e299–e306.
54. Gupta S, Granich R. National HIV care continua for key populations: 2010 to 2016. *J IAPAC.* 2017;16(2):125–132.
55. Mehta SH, Lucas GM, Solomon S, Srikrishnan AK, McFall AM, Dhingra N et al. HIV care continuum among men who have sex with men and persons who inject drugs in India: barriers to successful engagement. *Clin Infect Dis.* 2015;61(11):1732–41
56. Wirtz A, Zelaya C, Latkin C, Peryshkina A, Galai N, Mogilnyi V et al. The HIV care continuum among men who have sex with men in Moscow, Russia: a cross-sectional study of infection awareness and engagement in care. *Sexually Transm Infect.* 2016;92(2):161–167. doi:10.1136/sextrans-2015-052076.
57. Lifson A, Grund B. Increased quality of life with immediate ART initiation: results from the START Trial (#475). Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), 22–25 February 2016, Boston.
58. Rosen S, Larson B, Rohr J, Sanne I, Mongwenyana C, Brennan AT et al. Effect of antiretroviral therapy on patients' economic well being: five-year follow-up. *AIDS.* 2014;28:417–424.
59. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med.* 2011;365:493–505.
60. Baeten JM, Donnell D, Ndase P, Mugo NR, Campbell JD, Wangisi J et al. Antiretroviral prophylaxis for HIV prevention in heterosexual men and women. *N Engl J Med.* 2012;367:399–410.
61. Thigpen MC, Kebaabetswe PM, Paxton LA, Smith DK, Rose CE, Segolodi TM et al. Antiretroviral preexposure prophylaxis for heterosexual HIV transmission in Botswana. *N Engl J Med.* 2012;367:423–434.
62. Oldenberg C, Bärnighausen T, Tanser F, De Gruttola V, Seage GR, Mimiaga M et al. Antiretroviral therapy and HIV acquisition in a South African population-based cohort (#167). Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), 22–25 February 2016, Boston.
63. HIV incidence: estimated annual infections in the U.S., 2008–2014. Atlanta (Ga): United States Centers for Disease Control and Prevention (CDC); 2017.
64. Bradley H, Mattson C, Beer L, Huang P, Shouse RL. Increased HIV viral suppression among US adults receiving medical care, 2009–2013. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), 22–25 February 2016, Boston.
65. Hogg RS, Nosyk B, Harrigan PR, Lima VD, Chan K, Heath K et al. Rates of new infections in British Columbia continue to decline at a faster rate than in other Canadian regions. *HIV Med.* 2013 Oct; 14(9):581–582. doi 10.1111/hiv.12079
66. Fraser H, Mukandavire C, Martin NK, Hickman M, Cohen MS, Miller WC et al. HIV treatment as prevention among people who inject drugs: a re-evaluation of the evidence. *Int J Epidemiol.* 2017;46(2):1–13 doi: 10.1093/ije/dyw180.
67. Nosyk B, Zang X, Min JE, Krebs E, Lima VD, Milloy M-J et al. Relative effects of antiretroviral therapy and harm reduction initiatives on HIV incidence in British Columbia, Canada, 1996–2013: a modelling study. *Lancet HIV.* 2017;4:e303–10 [http:// dx.doi.org/ 10.1016/S2352-3018\(17\)30045-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2352-3018(17)30045-0).
68. Nwokolo N, Whitlock G, McOwan A. Not just PrEP: other reasons for London's HIV decline. *Lancet HIV.* 2017. doi [http:// dx.doi.org/10.1016/S2352-3018\(17\)30044-9](http://dx.doi.org/10.1016/S2352-3018(17)30044-9).

69. Whitlock G, Blackwell S, Carbonell M, Patel S, Suchak T, Mohabeer M et al. Rapid initiation of antiretroviral treatment in newly diagnosed HIV: experience of a central London clinic. 23rd Annual Conference of the British HIV Association (BHIVA), 4–7 April 2017, Liverpool.
70. Delpech V, Desai M. Towards elimination of HIV amongst gay and bisexual men in the United Kingdom. 23rd Annual Conference of the British HIV Association (BHIVA), 4–7 April 2017, Liverpool.
71. Stover J, Bollinger L, Izazola JA, Loures L, DeLay P, Ghys PD et al. What Is required to end the AIDS epidemic as a public health threat by 2030? The cost and impact of the Fast-Track approach. PLoS ONE. 2016;11(5):e0154893. doi:10.1371/journal.pone.0154893.
72. Walensky RP, Borre ED, Bekker L-G, Resch SC, Hyle EP, Wood R et al. The anticipated clinical and economic effects of 90–90–90 in South Africa. *Ann Intern Med*. 2016;165(5):325–333.
73. Stover J. Assessing the Impact of 90–90–90. Presentation to the meeting of the 90–90–90 Scientific and Technical Treatment Advisory Committee. 9 April 2017.

4. Сокращение отставания

ПОЛИТИКА В ОТНОШЕНИИ ЛЕЧЕНИЯ НА БАЗЕ ОБЩИН



■ Да ■ Нет ■ Нет данных

РИСУНОК 4.1. СТРАНЫ, НАЦИОНАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА КОТОРЫХ НАПРАВЛЕНА НА ШИРОКОЕ ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ АРТ НА БАЗЕ ОБЩИН; АФРИКАНСКИЕ СТРАНЫ У ЮГУ ОТ САХАРЫ, 2016 г.

Ключевой характеристикой дифференцированного подхода к лечению является расширение услуг на базе общины, а не упор на госпитализацию или высокоспециализированную медицинскую помощь. В 2016 году в 25 из 118 стран, представивших отчетность, реализовывалась национальная политика, направленная на предоставление антиретровирусной терапии в общинных пунктах. В это число вошло 40% стран Восточной и Южной Африки.

Источник: Национальные обязательства и политические инструменты, 2017 г.

Кампания по достижению целей "90–90–90" стимулировало волну инноваций, исходящих как от низовых организаций, так и ведущих мировых научных лабораторий. Наборы для тестирования на ВИЧ стали проще и удобнее в использовании, антиретровирусные препараты становятся все более доступными, пролонгированными, эффективными, легче переносимыми и применимыми. Результаты исследования на вирусную нагрузку теперь можно получить в местном пункте медицинской помощи. В то же время стратегии, направленные на то, чтобы побудить людей узнать свой ВИЧ-статус, начать антиретровирусную терапию и достичь долговременного подавления вируса, стали все более совершенными и универсальными. Концепция дифференцированной помощи возникла благодаря новаторским усилиям, направленным на привлечение общин к предоставлению в сельских поселениях качественных услуг на дому. Всё большее число стран использует модель дифференцированной помощи для создания общинных систем предоставления услуг в рамках каскада и реального достижения целей "90–90–90".

СТРАНЫ, ВНЕДРЯЮЩИЕ ГЛОБАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ ЛЕЧИТЬ ВСЕХ

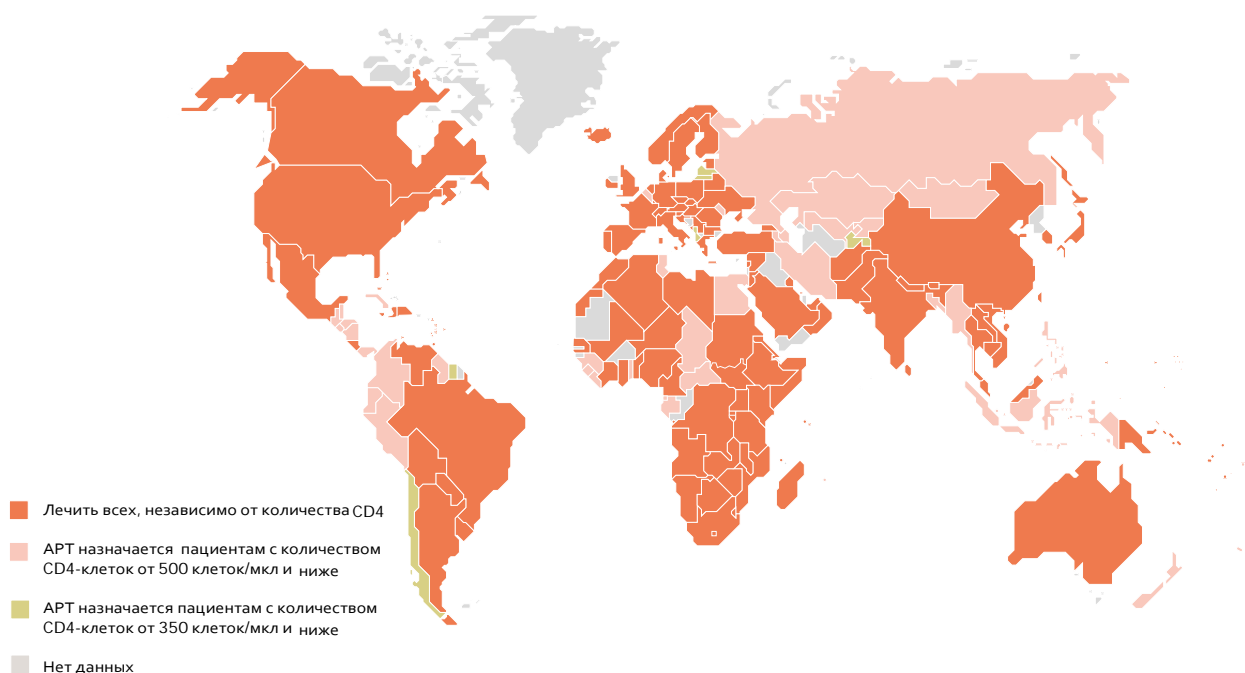


РИСУНОК 4.2. НАЦИОНАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К НАЧАЛУ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ЛЮДЯМ, ЖИВУЩИМ С ВИЧ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ CD4-КЛЕТОК, УТВЕРЖДЕННЫЕ МИНИСТЕРСТВАМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО СТРАНАМ, ВО ВСЁМ МИРЕ, ПО СОСТОЯНИЮ НА СЕРЕДИНУ 2017 Г.

На основании быстро растущего объема данных, ясно подтверждающих профилактический и терапевтический эффект раннего начала антиретровирусной терапии, Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) в 2015 году рекомендовала назначать антиретровирусную терапию всем людям, живущим с ВИЧ, при любом количестве CD4-клеток. Среди 194 стран, представивших доклады в ВОЗ и ЮНЭЙДС, 123 страны, в том числе 29 из 35 стран, взявшие на себя обязательства по ускорению мер противодействия ВИЧ, включили этот подход в свои национальные рекомендации по лечению ВИЧ-инфекции. Среди остальных стран, представивших отчетность, восемь стран продолжают ограничивать лечение людей, живущих с ВИЧ, назначая АРТ только тем пациентам, у которых количество CD4-клеток составляет 350 клеток/мкл или ниже.

Источник: Всемирная Организация Здравоохранения, 2017 г.

НАПРАВЛЕНИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ ПО РЕЗУЛЬТАТУ САМОТЕСТИРОВАНИЯ НА ВИЧ

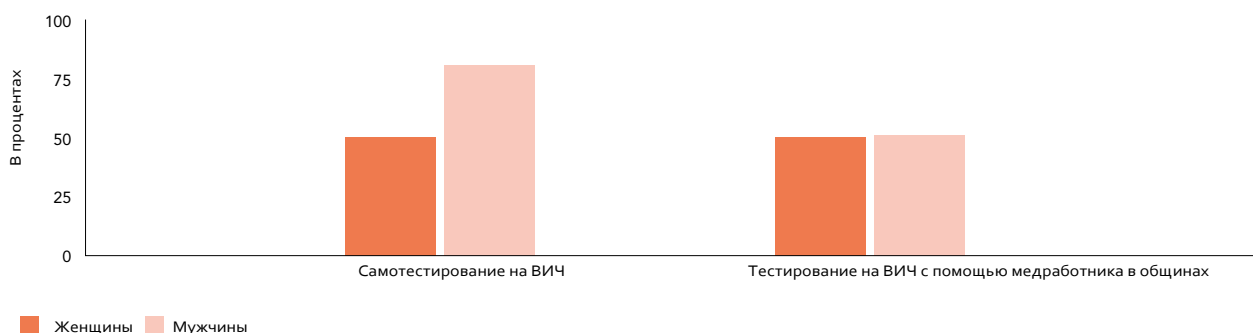


РИСУНОК 4.3. ДОЛЯ ПОЛУЧАЮЩИХ АРТ ПОСЛЕ РЕАКТИВНОГО РЕЗУЛЬТАТА САМОТЕСТИРОВАНИЯ НА ВИЧ, ЗИМБАБВЕ, 2016–2017 гг.*

Самотестирование на ВИЧ, которое позволяет пользователям самостоятельно узнать свой ВИЧ-статус частным образом, может сыграть ключевую роль в достижении первой цели "90". Однако результат самотестирования не является диагнозом, поэтому важно иметь возможность направить человека с реактивным результатом самотестирования для подтверждения диагноза и начала лечения ВИЧ-инфекции. Проект по поддержке самотестирования в Африке (STAR) под эгидой ЮНИТЭЙД, под руководством организации "Международные услуги населению" (PSI) в партнерстве со Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ), решает эту проблему. В течение первого года проекта в Зимбабве 80% мужчин, имевших реактивный результат самотестирования, начали лечение ВИЧ-инфекции в отличие от 51% мужчин, имевших реактивный результат самотестирования, проведенного с помощью медработника в общине. Среди женщин доля имевших реактивный результат самотестирования на ВИЧ и начавших лечение, была эквивалентна среднему показателю между двумя этими вариантами тестирования.

Источник: проект STAR, 2017 г..

* Доля людей, взятых на наблюдение по результатам самотестирования на ВИЧ, исходя из общего количества реактивных результатов самотестирования на ВИЧ по сравнению с общим количеством людей, имевших реактивный результат теста, которые в дальнейшем были направлены в медицинские учреждения для подтверждения диагноза и лечения. Март 2016 г. – май 2017 г. Сравнительные данные основаны на программных данных PSI, Зимбабве, за период с января по октябрь 2016 года.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ: КЛИЕНТООРИЕНТИРОВАННЫЙ ПУТЬ К ЦЕЛЯМ "90–90–90"

Более века назад первопроходцы розничной торговли обнаружили, что повышение качества и укрепление доверия среди клиентов увеличивают продажи. Ориентированный на клиента подход, основанный на лозунге «клиент всегда прав», с акцентом на удовлетворение потребностей клиентов вскоре стал отраслевой нормой (1).

Точно так же растет признание того факта, что некачественное медицинское обслуживание препятствует достижению глобальных целей в области здравоохранения: при неудовлетворительном качестве медицинской помощи увеличение доступности медицинских услуг приводит к результатам лечения, не соответствующим ожиданиям, а неудовлетворенные люди с меньшей вероятностью будут поддерживать государственное финансирование здравоохранения (2). Таким образом, в основе концепции дифференцированной помощи лежит улучшение качества услуг при ВИЧ и их соответствие различным потребностям людей, подверженных риску заражения или живущих с ВИЧ.

Дифференцированная помощь – это клиентоориентированный подход, который упрощает и адаптирует услуги при ВИЧ на всех уровнях каскада лечения с тем, чтобы лучше удовлетворять потребности людей, живущих с ВИЧ, и повышать эффективность работы системы здравоохранения (3). Дифференцированная помощь исходит из таких принципов, как упрощение, перераспределение обязанностей и децентрализация, что способствует более эффективному распределению ресурсов, более широкому доступу к услугам для малообеспеченных групп населения и предоставлению услуг, содействующих улучшению медицинской помощи и качества жизни. Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции, опубликованное ВОЗ в 2016 году, включает рекомендации по оказанию услуг в рамках дифференцированной помощи (4).

Дифференцированная помощь также основывается на соблюдении прав человека, что способствует снижению стигмы и дискриминации, даже если права этих людей законами не признаются (5). Консолидированное руководство ВОЗ, касающиеся пациентоориентированного мониторинга ВИЧ-инфекции и эпиднадзора, фокусируется на человеке, нуждающемся в помощи и его данных в связи с ВИЧ-инфекцией, а не на предоставлении отдельных услуг. Руководство также обращает внимание на вопросы безопасности и конфиденциальности данных (6).

Значительная часть знаний о дифференцированной помощи в связи с ВИЧ была взята из новаторских моделей обслуживания, разработанных общинами. Например, распространение антиретровирусных препаратов внутри общины оказалось весьма эффективным для расширения охвата лечением ВИЧ-инфекции и улучшения результатов лечения. В Уганде «Организация поддержки при СПИДе» (TASO) привозит лекарства в местные деревни или города, тем самым взяв на себя часть забот пациентов, связанных с получением препаратов, способствуя этим удержанию пациентов на лечении (7). Аналогичные результаты были получены в Малави, где были созданы общинные группы лечения, что сократило количество посещений медицинских учреждений для получения антиретровирусных препаратов на 59% без единого сообщения о краже или потере лекарств (8).

Ключевой характеристикой большинства подходов к дифференцированной помощи является большая её доступность в общинах, вне рамок стационарной и высокоспециализированной медицинской помощи. В 2016 году в 25 из 118 стран, представивших отчетность, были внедрены национальные правила, поощряющие предоставление антиретровирусной терапии в общинах. В это число вошло 40% африканских стран к югу от Сахары (Рисунок 4.1). В 2017 году результаты последних двух текущих клинических исследований, проводимых при поддержке Чрезвычайного плана президента США для оказания помощи в связи со СПИДом (PEPFAR) – «Устойчивое развитие Восточной Африке в сфере общественного здравоохранения» (SEARCH) и HPTN 071 (PopART) продемонстрировали возможности общинных подходов в достижении впечатляющих успехов на всех этапах континуума «90–90–90».

После всего лишь двух лет работы по предоставлению услуг в рамках проекта SEARCH исследователи добились целей «90–90–90» в сельских общинах в Кении и Уганде, (см. Главу 1). Аналогичным образом, два раунда программы по предоставлению услуг на уровне общин в Замбии в рамках исследования HPTN 071 (PopART)* повысили знания о своём ВИЧ-статусе и охват антиретровирусной терапией до уровней, которые почти достигают первой и второй цели «90» (см. Вставку).

Расширение услуг на уровне общин с привлечением их членов

Непосредственное участие общинных организаций и общинных работников здравоохранения в противодействии СПИДу является залогом успешного и справедливого предоставления услуг в связи с ВИЧ системой общественного здравоохранения (14, 15). В ходе исследования SEARCH избранные сельские старосты успешно спланировали и провели шестидневную многопрофильную кампанию по охране здоровья с предоставлением услуг в местной клинике, что позволило охватить более половины жителей сельской общины в Уганде (16). Помимо расширения доступа к услугам по профилактике и тестированию на ВИЧ, постановки на учет и лечению недавно выявленных ВИЧ-инфицированных, общинные организации предоставляют широкие медицинские и другие услуги, включая занятия по повышению правовой грамотности, юридическую и социальную помощь (17, 18).

Кроме того, такие инновационные модели обслуживания повышают эффективность программ, позволяя им достигать лучших результатов при том же уровне финансовых и людских ресурсов. Например, в Замбии переход к более широкому использованию общинной системы предоставления услуг помогли снизить затраты на программы лечения на 32% на одного пациента по сравнению с системой обслуживания на базе медицинских учреждений (19).

Важная причина инвестирования в развитие обслуживания на уровне общин заключается в том, что слишком много людей, живущих с ВИЧ, особенно в сельской местности, не имеют удобного варианта получения услуг при ВИЧ. Для людей, живущих вдалеке от пунктов, где они могут пройти тестирование на ВИЧ и узнать свой статус, такое намерение приводит к косвенным затратам, что становится сдерживающим фактором для тестирования на ВИЧ (20). Например, исследования в Южной Африке показали, что использование услуг в связи с ВИЧ снижается по мере увеличения расстояния до ближайшего медицинского учреждения (21). Аналогичный вывод дал опрос, проведенный в Йоханнесбурге, где респонденты указали, что вряд ли воспользуются услугами экспресс-тестирования на ВИЧ, если ближайший пункт с такими услугами расположен далее 30 километров от их дома (22).

¹ «PopART» – это сокращение от английского «Population Effects of Antiretroviral Therapy to Reduce HIV Transmission.» («Влияние антиретровирусной терапии на население в связи со снижением передачи ВИЧ»)

ИССЛЕДОВАНИЕ HPTN 071 (PopART): БЫСТРЫЙ ПРОГРЕСС В ДОСТИЖЕНИИ ПЕРВЫХ ДВУХ ЦЕЛЕЙ "90" ПУТЁМ ПРИМЕНЕНИЯ ОБЩИННО-ОРИЕНТИРОВАННОГО ПОДХОДА

Исследование HPTN 071 (PopART) – кластерное рандомизированное исследование, проводимое в 21 городской общине в ЮАР и Замбии с общим населением около 1 миллиона человек. Согласно протоколу исследования, две трети общин имели местные пункты услуг в связи с ВИЧ, в которых работали общинные работники, обученные оказывать помощь при ВИЧ. Данные общинные работники проводят ежегодные кампании комплексной профилактики ВИЧ, которые включают добровольное тестирование на ВИЧ и консультирование на дому; они также помогают в получении лечения и удержании на лечении всех людей, живущих с ВИЧ, в этих общинах. Кроме этого, общинные работники, оказывающие услуги при ВИЧ-инфекции, занимаются распространением презервативов, скринингом на туберкулез и инфекции, передаваемые половым путем, популяризацией добровольного медицинского мужского обрезания для ВИЧ-отрицательных мужчин, а также услугами для женщин, живущих с ВИЧ, по предотвращению передачи ВИЧ от матери ребенку (9).

После первого этапа кампании по предоставлению услуг в четырех общинах Замбии, уровень знания своего ВИЧ-статуса вырос с 52% до 78% среди мужчин, живущих с ВИЧ, и с 56% до 87% среди женщин, живущих с ВИЧ. Доля людей, получивших доступ к антиретровирусной терапии, увеличилась с 54% до 74% среди мужчин и с 53% до 73% среди женщин (9).

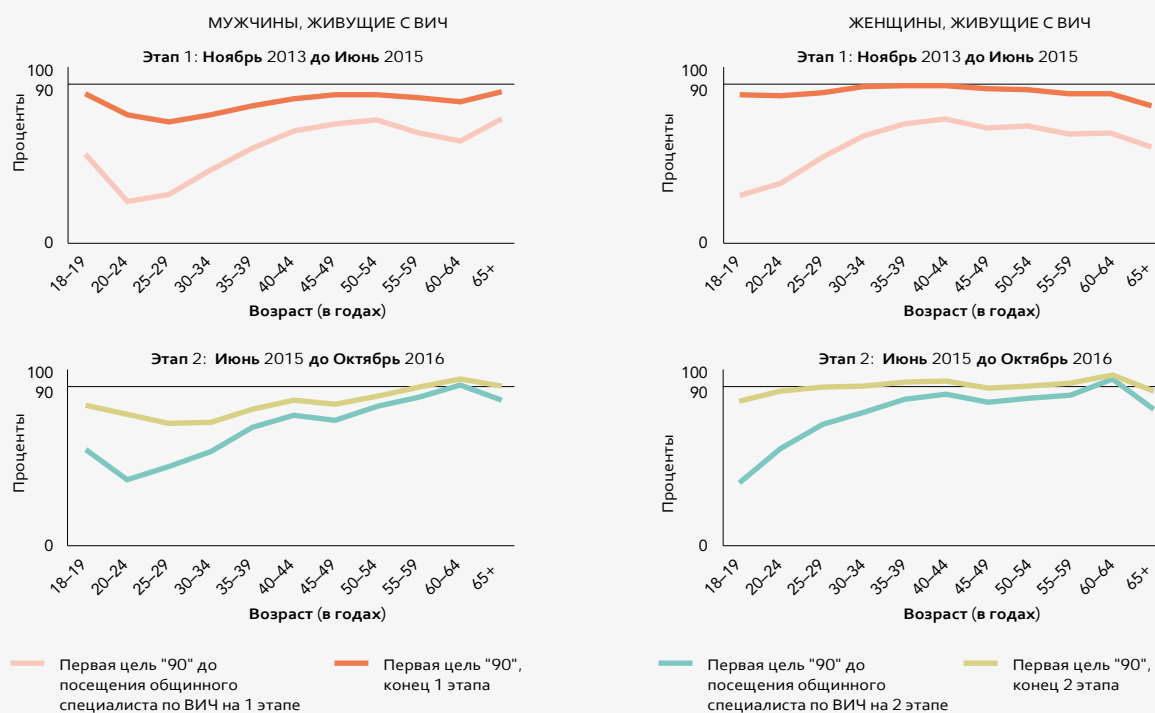
На фоне этих впечатляющих успехов необходимо особо отметить, что общинные службы сумели сократить значительный пробел в знании своего ВИЧ-статуса среди молодых людей, живущих с ВИЧ. Например, знание своего ВИЧ-статуса среди молодежи в возрасте 20–24 лет, живущих с ВИЧ, стремительно возросло: от 24% до 73% среди мужчин и от 34% до 84% среди женщин (10). Также увеличился охват антиретровирусной терапией в этой группе: с 22% до 50% среди мужчин и с 26% до 56% среди женщин. Хотя это увеличение было значительным, уровень охвата по-прежнему оставался существенно ниже, чем среди мужчин в возрасте 40 лет и старше – 80%, или охват лечением женщин в возрасте 35 лет и старше (10).

Результаты первого годового этапа проекта выявили общую проблему, присущую общинным подходам к тестированию и лечению ВИЧ-инфекции: позднее начало лечения после постановки диагноза ВИЧ-инфекция. В клинике, находящейся в непосредственной близости с лечебным учреждением, предоставляющим АРТ, очень просто незамедлительно взять на наблюдение пациента в день постановки диагноза. Но если тестирование на ВИЧ происходит в общине, диагноз ставится чаще всего на большом удалении от лечебного учреждения. В результате около 40% людей с диагнозом ВИЧ-инфекция, выявленных на первом этапе исследования в Замбии, сообщили, что они начали лечение в течение шести месяцев после направления в лечебное учреждение, а медианное время при этом составило 11 месяцев.

Однако в ходе второго годового этапа проекта были внесены коррективы, способствующие значительному прогрессу: уровень знаний своего ВИЧ-статуса среди людей, живущих с ВИЧ, увеличился до 78% среди мужчин и 90% среди женщин (11). Общинные службы помощи при ВИЧ-инфекции начали уделять повышенное внимание связям с лечебным учреждением, в том числе проверять начало лечения своих клиентов с диагнозом ВИЧ-инфекция и улучшать координацию работы с клиниками, предоставляющими лечение (12). В результате около 60% людей с диагнозом ВИЧ-инфекция сообщили, что они начали лечение в течение шести месяцев после направления, а медианное время сократилось до четырех месяцев (13). Оценочное количество людей, получивших доступ к антиретровирусной терапии, увеличилось до 80% как у мужчин, так и у женщин. Вместе с тем, охват лечением оказался ниже среди тех, кто принял участие со второго этапа проекта, что подчеркивает важность ежегодных посещений городских общин, отличающихся высокими темпами мобильности и миграции (11).

ИССЛЕДОВАНИЕ HPTN 071 (POPART): ДОСТИЖЕНИЕ ПЕРВОЙ ЦЕЛИ «90»

ЗНАНИЕ СВОЕГО ВИЧ-СТАТУСА ДО И ПОСЛЕ ПОЯВЛЕНИЯ УСЛУГ НА БАЗЕ ОБЩИНЫ



ИССЛЕДОВАНИЕ HPTN 071 (POPART): ДОСТИЖЕНИЕ ВТОРОЙ ЦЕЛИ «90»

ОХВАТ АРТ ДО И ПОСЛЕ ПОЯВЛЕНИЯ УСЛУГ НА БАЗЕ ОБЩИНЫ

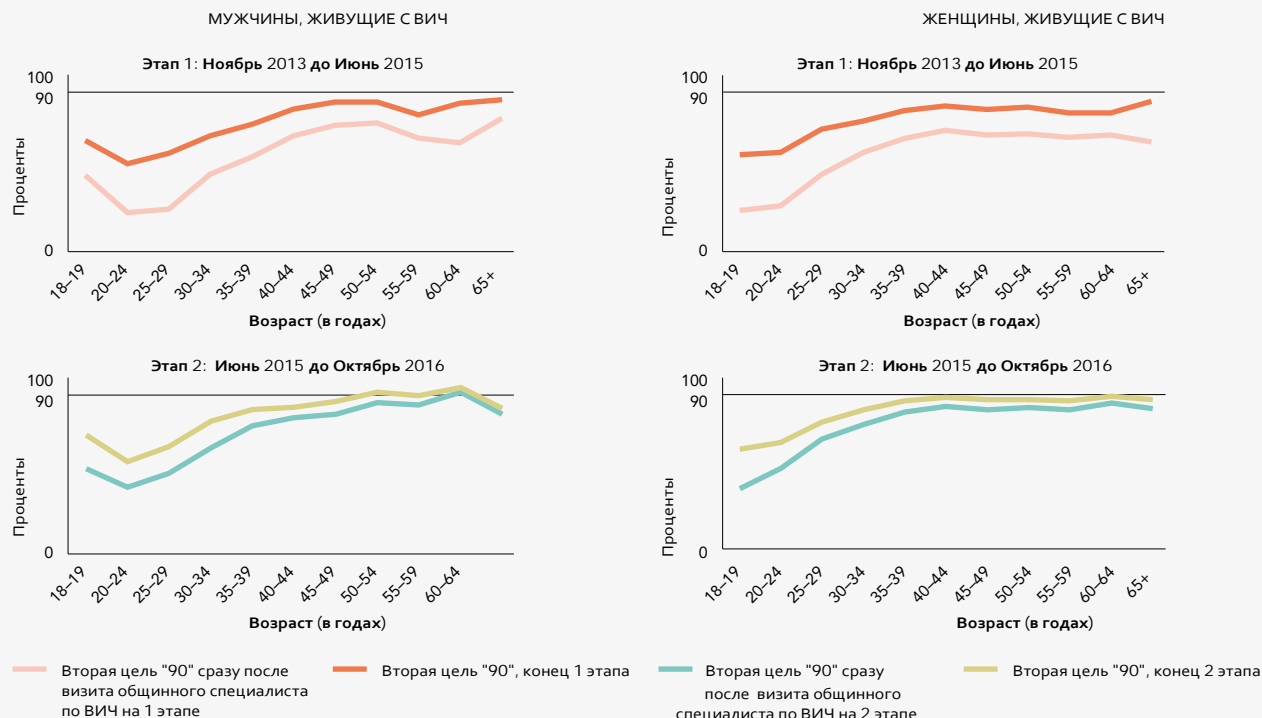


РИСУНОК 4.4. ЗНАНИЕ СВОЕГО ВИЧ-СТАТУСА И ОХВАТ АРТ, ПО ВОЗРАСТНЫМ ГРУППАМ И ПОЛУ, ИССЛЕДОВАНИЕ HPTN 071 (POPART) В ОБЩИНАХ ДО И ПОСЛЕ ДВУХ ЭТАПОВ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ, ЗАМБИЯ, 2013-2016 гг.

Источник: HayesR, FloydS, SchaapA, ShanaubeK, BockP, SabapathyKetal. A universal testing and treatment intervention to improve HIV control: one-year results from intervention communities in Zambia in the HPTN 071 (PopART) cluster-randomised trial. PLoS Med. 2017;15(5):e1002292. HayesR, FloydS, SchaapA, ShanaubeK, Bock P, Griffith Setal. Reaching «90–90–90». Findings after two years of HPTN 071 (PopART) intervention in Zambia. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), 13–16 February 2017, Seattle. Poster Number 1011.

Общинные организации играют важную роль в предоставлении основных услуг в связи с ВИЧ ключевым группам населения (23–26). Установлено, что программы профилактики, основанные на активном участии общины, несмотря на особенности стран и различия эпидемиологической обстановки, снижают риск заражения ВИЧ среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, работников секс-бизнеса и их клиентов, а также геев и других мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами (26–32). Во многих странах общинные и неправительственные организации являются единственными группами, способными эффективно охватить маргинализированные ключевые группы населения услугами при ВИЧ, включая распространение презервативов и средств доконтактной профилактики, популяризацию добровольного медицинского мужского обрезания, тестирования на ВИЧ и лечения. В знак признания первостепенной роли, которую играют общины, а также исходя из глобальной приверженности пациентоориентированным системам здравоохранения, Политическая декларация Организации Объединенных Наций 2016 года по прекращению СПИДа установила конкретную цель по расширению услуг, предоставляемых с участием общин, объём которых должен составить не менее 30% всех предоставляемых услуг при ВИЧ к 2030 году.

Для достижения этой цели потребуется интегрировать мероприятия общин и сообществ в национальные планы и бюджеты по противодействию СПИДу. Общинные организации и организации сообществ не должны рассматриваться в качестве существующей на деньги спонсоров альтернативы системе общественного здравоохранения, неадекватно обеспеченной ресурсами. Напротив, работая рядом и совместно с учреждениями общественного здравоохранения, эти организации достигают наилучших результатов. Структурная поддержка со стороны системы общественного здравоохранения, включая обучение, финансирование и надзор, важны для усиления воздействия, улучшения качества и стабильности оказания услуг, предоставляемых с участием сообществ. Капиталовложения в предоставление услуг на уровне общин повышают охват, влияние и эффективность данных услуг, существенно влияют на достижение целей «90–90–90». В частности, общинные работники здравоохранения обладают уникальной способностью устанавливать контакт с труднодоступными клиентами. К примеру, в 2015 году тестирование на уровне сообществ в Китае составило лишь 0,7% всех проведенных исследований на ВИЧ, однако благодаря им было выявлено 30% новых случаев ВИЧ-инфекции (33).

Финансирование услуг, предоставляемых с участием сообществ, расширяется, однако эти механизмы необходимо совершенствовать. Из 108 стран, представивших отчетность в 2016 году, 68 констатировали, что законы, политика или нормативно-правовые акты этих стран позволяют общинным и другим организациям гражданского общества получать финансирование от международных доноров. Однако лишь 41 страна сообщила о существовании социальных контрактов или других механизмов, которые позволяют общественным организациям получать финансирование из внутренних источников для предоставления услуг на уровне сообществ.

МЕЛЬБУРН

ПРИМЕР ГОРОДСКОЙ ПРОГРАММЫ

Австралийский город Мельбурн присоединился к инициативе городов по ускорению мер противодействия СПИДу (Fast-Track Cities) в декабре 2015 года в рамках обязательства штата Виктория достичь целей «90–90–90» к 2020 году. Через год было объявлено, что штат Виктория достиг целевых показателей: среди людей, живущих с ВИЧ в штате, 90% были диагностированы, 84% получали антиретровирусную терапию, а 78% имели подавленную вирусную нагрузку.

Успех Мельбуерна обусловлен энергичными мерами противодействия ВИЧ, осуществляемыми в штате Виктория на протяжении десятилетий. Как и национальные программы противодействия эпидемии в Австралии, меры в ответ на ВИЧ в штате разрабатываются и осуществляются в сотрудничестве с затронутыми сообществами, клиницистами и исследователями. Данная модель противодействия поддерживает современные гибкие подходы, такие как таргетированное тестирование на ВИЧ, осуществляемое как в местных пунктах первичной медицинской помощи, так и в сообществах, и способна быстро внедрять новые достижения науки и технологии.

Проект PRONTO!, проводимый на базе сообщества методом "равный равному", является примером такого успешного подхода. Созданный в 2013 году Советом по борьбе со СПИДом штата Виктория с участием партнеров, проект обеспечивает проведение бесплатного экспресс-тестирования (15-минутные тесты) на ВИЧ, а также хламидиоз, гонорею и сифилис. Участники проекта оказывают помощь в получении других услуг, включая доконтактную профилактику. Более 5500 человек воспользовались услугами "PRONTO!".

Другим новшеством, используемым в Мельбурне, является услуга "тестируйся и иди" (Test and Go) – экспресс-тестирование на ВИЧ и нарушения сексуального здоровья, проводимое младшим медицинским персоналом среди геев и других мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами. Проводятся кампании по мобилизации сообщества для популяризации частого тестирования. В целях проекта используются социально-маркетинговые акции с широким освещением в СМИ, а также кампания "Австралийская драма" (Drama Down Under).

Описание программы и данные были предоставлены в ЮНЭЙДС Андреа Фишер, Институт инфекций и иммунитета Питера Доэрты, 5 мая 2017 года.



ДОСТИЖЕНИЕ ПЕРВОЙ ЦЕЛИ «90»

Отмечен значительный прогресс в достижении первой цели «90»: в 2016 году в мире более двух третей людей, живущих с ВИЧ, знали свой ВИЧ-статус. Сокращение разрыва между достигнутым уровнем и целью требует уделять первоочередное внимание тестированию на ВИЧ и использованию всего арсенала современных технологий и инновационных стратегий в предоставлении услуг.

Самотестирование на ВИЧ

Самотестирование на ВИЧ, позволяющее пользователям самостоятельно узнать свой ВИЧ-статус в частном порядке, остаётся недостаточно используемым методом тестирования, который мог бы сыграть решающую роль в достижении первой цели «90». Быстрое распространение и поощрение самотестирования является одной из нескольких стратегий для перемещения тестирования из компетенции медицинских учреждений в сферу ответственности сообществ.

Исследования показали, что самотестирование на ВИЧ является весьма приемлемым и простым в использовании методом, поощряющим самостоятельность и гарантирующим конфиденциальность, что часто упоминается в качестве его наиболее привлекательных преимуществ (34, 35). Самотестирование способно со временем значительно расширить применение тестирования на ВИЧ среди групп населения, включая мужчин, молодежь и ключевые группы, которые в настоящее время находятся вне зоны досягаемости официальных служб тестирования, и тем самым повысить эффективность этих служб путем снижения нагрузки на медицинские учреждения и медработников (36, 37).

Простота и безусловная конфиденциальность как неотъемлемая часть самотестирования, позволяет применить ряд новых и потенциально недорогих моделей распространения, в том числе, через агентов внутри местных сообществ. Самотестирование может также стимулировать спрос среди ВИЧ-отрицательных пользователей на различные услуги, связанные с профилактикой ВИЧ-инфекции, такие как добровольное медицинское мужское обрезание. В Зимбабве недавно подготовленные прогнозные модели показали, что достижение первой цели «90» в этой стране потребует внедрения на базе общин тестирования на ВИЧ, ориентированного на молодежь, взрослых мужчин и работниц секс-бизнеса (38). В Ботсване национальная стратегия по достижению первой цели «90» предусматривает, что почти половина всех тестов на ВИЧ в этой стране в 2020 году будет самотестированием (39).

В 2016 году ВОЗ официально рекомендовала внедрение и расширение масштабов самотестирования на ВИЧ (40). В настоящее время на мировом рынке находятся четыре платформы для самотестирования на ВИЧ, одобренные строгим регулирующим органом; одновременно в разработке находится ряд новых продуктов (41). По состоянию на июль 2017 года, в 40 странах проводилась политика, поддерживающая самотестирование на ВИЧ, при этом 13 стран сообщают, что они активно проводят самотестирование на ВИЧ; еще 48 стран сообщили, что они разрабатывают национальную политику в области самотестирования на ВИЧ (41). Города, включившиеся в инициативу по ускорению мер противодействия СПИДу (Fast-Track Cities) также получили настоятельную рекомендацию ВОЗ обеспечить широкую доступность сертифицированных и недорогих наборов для самотестирования на ВИЧ, уделяя особого внимания уязвимым группам населения (42). Есть основания полагать, что при наличии соответствующей политической поддержки и мероприятий по формированию рынка, наборы для самотестирования на ВИЧ могут быстро занять значительную долю рынка тестирования на ВИЧ с потенциальным ежегодным объемом в 25 миллионов единиц (36).

Реализация потенциала самотестирования на ВИЧ требует создания конкурентного рынка с разнообразными формами сбыта и маркетингом продукции, имеющей гарантии качества и цену, которую готовы платить люди с риском заражения ВИЧ. В настоящее время существует значительный разброс цен на наборы для самотестирования, что создаёт определенную проблему: по состоянию на июнь 2017 года цены на сертифицированные комплекты в странах с высоким уровнем дохода варьировались от 8 до 48 долл. США, хотя для учреждений здравоохранения, особенно в странах с низким и средним уровнем дохода, предлагаемые цены ниже. (43). Можно ожидать стабилизацию и понижение цен на наборы для самотестирования по мере роста этого рынка в странах с низким и средним уровнем дохода.

Проект, поддержанный ЮНИТЭЙД, по популяризации самотестирования (STAR), возглавляемый глобальной некоммерческой организацией Population Services International, (PSI) в партнерстве с ВОЗ работает над развитием рынка самотестирования на ВИЧ.² В рамках проекта было распространено около 380 000 наборов для самотестирования на ВИЧ в 27 районах Малави, Замбии и Зимбабве в течение 12-месячного первого этапа четырехлетнего проекта. Стратегии, используемые в проекте, включают: распределение «от двери до двери» через непрофессиональных местных сбытовых агентов, работающих в местных сообществах; распределение по принципу «равный равному» для работниц секс-бизнеса; распределение на рабочем месте, ориентированное на мужчин; самотестирования на ВИЧ для создания спроса при добровольном медицинском мужском обрезании, и распределение учреждениями здравоохранения, параллельно с усилиями по поиску сексуальных партнеров беременных женщин; людей, живущих с ВИЧ; других приоритетных групп. Все наборы распространяются бесплатно.

Первые результаты проекта STAR подтверждают эффективный охват самотестированием многих людей, не желающих проходить тестирование на ВИЧ в медицинских учреждениях. Среди прошедших самотестирование многие тестировались на ВИЧ первый раз в жизни. Доля таких людей составила 26% в Малави, 21% в Замбии и 23% в Зимбабве (44).

Предварительные результаты также показывают, что самотестирование помогает ликвидировать пробелы, связанные со знанием своего ВИЧ-статуса среди молодежи и мужчин: в течение первого года молодые люди (в возрасте 16–24 лет) составляли 26% прошедших самотестирование в Малави, 21% – в Замбии и 28% – в Зимбабве. В районах осуществления проекта охват тестированием среди этой группы увеличился на 24% в Малави, 17% в Замбии и 39% в Зимбабве (Рисунок 4.5) (44). Мужчины (в возрасте 16–65 лет) составили 49% прошедших самотестирования в Малави, 51% в Замбии и 44% в Зимбабве, а охват тестированием среди мужчин в районах проекта увеличился на 24% в Малави, 21% в Замбии и 28% в Зимбабве (44).

ОХВАТ САМОТЕСТИРОВАНИЕМ СРЕДИ МУЖЧИН И МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ

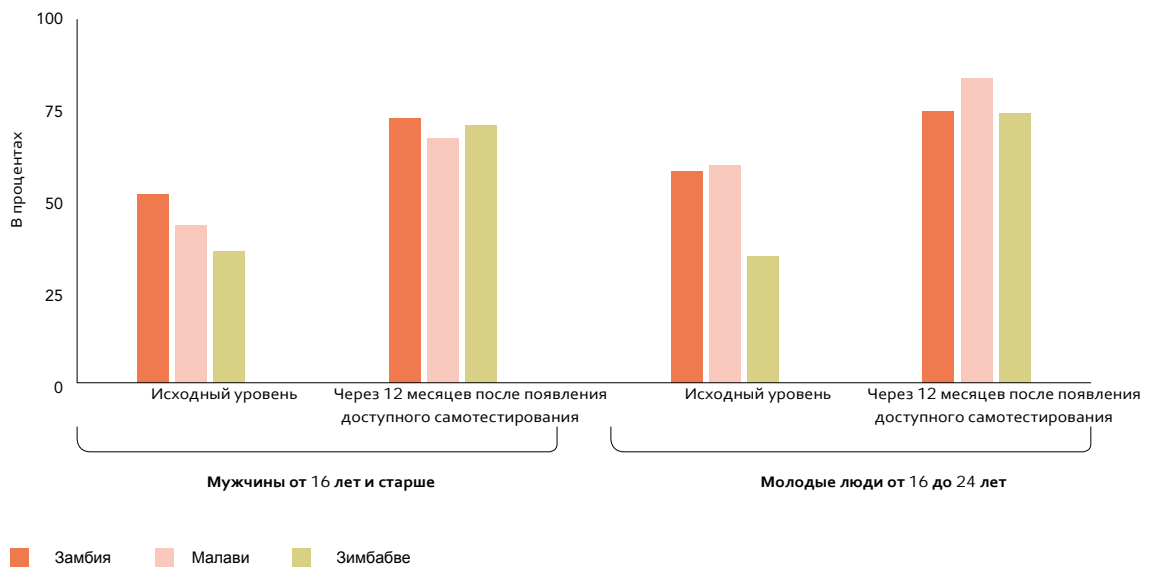


РИСУНОК 4.5. ОХВАТ ТЕСТИРОВАНИЕМ, МУЖЧИНЫ (16–65 ЛЕТ) И МОЛОДЫЕ ЛЮДИ (16–24 ЛЕТ), ИСХОДНЫЙ УРОВЕНЬ И ЧЕРЕЗ 12 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ПОЯВЛЕНИЯ ДОСТУПНОГО САМОТЕСТИРОВАНИЯ, ПРОЕКТ STAR ПО ИЗУЧЕНИЮ ВОПРОСОВ САМОТЕСТИРОВАНИЯ, МАЛАВИ, ЗИМБАБВЕ И ЗАМБИЯ, 2016–2017 гг.

Источник: проект STAR, 2017 г

² Консорциум STAR включает ЮНИТЭЙД, PSI, ВОЗ, Лондонскую школу гигиены и тропической медицины, Ливерпульскую школу тропической медицины и Университетский колледж Лондона.

Проект STAR также нацелен на решение общей проблемы, связанной с самотестированием на ВИЧ: направление на исследование для подтверждения диагноза и лечения ВИЧ-инфекции. В рекомендациях ВОЗ в отношении самотестирования прямо указано, что реактивный (положительный) результат самотестирования всегда требует дополнительного тестирования и подтверждения результата, которые выполняются квалифицированным лаборантом в соответствии с утверждённым национальным порядком тестирования. Участники проекта STAR в ходе мероприятий по самотестированию доводят до пользователей информацию, которая также указана в наборах для самотестирования, а затем проверяют, понимают ли пользователи, что самотестирование не дает окончательного диагноза ВИЧ-инфекция (40). В дополнение к этой информации, в комплектах самотестирования, распространяемых участниками проекта STAR, находятся карточки-направления для прохождения подтверждающего исследования, в которых указано имя контактного лица в местном медицинском учреждении. Местные дистрибьюторы наборов также проходят обучение с тем, чтобы они могли ободрить, поддержать и направить своих клиентов в медицинское учреждение. Проект осуществляется с применением финансового стимулирования, а также дополнительными посещениями клиентов на дому после тестирования. В течение первого года проекта STAR 80% мужчин в Зимбабве, имевших реактивный результат самотестирования, начали лечение ВИЧ-инфекции, в то время как среди мужчин, имевших положительный результат лабораторного обследования на ВИЧ или проходивших тестирование на уровне общины, лишь 51% начали получать лечение (44). Среди женщин, имевших реактивный результат, доля начавших лечение ВИЧ-инфекции была эквивалентна промежуточному показателю между двумя указанными методами.

Оповещение партнёра медработником

Начиная с 2012 года, ВОЗ рекомендует проводить тестирование пар и партнеров, а также поддерживать их в решении раскрыть свой статус. Тем не менее, во многих странах этой рекомендация зачастую не уделяют должного внимания в рамках политики по борьбе со СПИДом, и она не получает широкого распространения (40).

Оповещение партнёра через медицинского работника является эффективным подходом, при котором прошедший специальное обучение медицинский работник, с согласия клиентов, недавно получивших диагноз ВИЧ-инфекция, оказывает помощь в раскрытии их статуса или анонимном уведомлении их партнеров о потенциальном риске заражения. Затем партнерам предлагается тестирование на ВИЧ (40). Большой объём доказательств свидетельствует о том, что оповещение партнёра медработником приводит к более частому использованию услуг по тестированию на ВИЧ среди партнеров ВИЧ-положительных лиц; этот метод также приводит к повышению процента выявленных ВИЧ-инфицированных людей и более частому взятию на наблюдение партнёров ВИЧ-положительных лиц (40).

Подтвержденные случаи общественного вреда и сообщения о других негативных последствиях уведомления партнеров ВИЧ-позитивных лиц с использованием пассивных методов оповещения или с привлечением медработника остаются редкими (40). Тем не менее, при проведении программ должны приниматься меры для обеспечения того, чтобы услуги по оповещению партнёров всегда были добровольными, а информация направлялась только партнёрам людей, живущих с ВИЧ. Оповещение партнёров не должно проводиться в рамках уголовного преследования, через представителей правоохранительных органов или работников служб, не связанных со здравоохранением. Странам следует пересмотреть свои законы и политику с тем, чтобы создать более благоприятную среду для людей, живущих с ВИЧ: например, желательно пересмотреть обязательные или принудительные методы оповещения партнёров, которые могут стигматизировать, криминализовать или дискриминировать представителей ключевых групп населения и людей, живущих с ВИЧ (40).

Ранняя диагностика ВИЧ-инфекции у младенцев

Существуют данные, что постановка на учёт младенцев, имеющих риск заражения ВИЧ-инфекцией, во время визита на 6-й неделе жизни для иммунизации и чёткое информирование матерей в дородовой период о необходимости тестировать младенца повышает эффективность ранней диагностики у младенцев (45). Такие страны, как Ботсвана, Намибия и ЮАР, внедрили эффективные процедуры наблюдения за младенцами, имеющими риск заражения ВИЧ, до установления окончательного диагноза в возрасте 18 месяцев. Было показано, что использование персонализированных телефонных текстовых сообщений матерям увеличивает спрос на услуги в связи с ВИЧ и удержание на лечении младенцев, имевших риск заражения ВИЧ-инфекцией (46).

Появление раннего младенческого диагностического тестирования в медицинских пунктах по месту жительства может существенно увеличить своевременную диагностику ВИЧ-инфицированных младенцев и укрепить связь с педиатрической терапией. Результаты исследований, получаемые в день обращения и немедленное начало лечения уменьшают вероятность неявки для последующего наблюдения и помогают сохранить младенцев на терапии. В Мозамбике младенцам, которые были диагностированы в пунктах оказания медицинской помощи по месту жительства, в семь раз чаще назначалась антиретровирусная терапия, чем тем, кто был диагностирован с помощью стандартного лабораторного теста; они также раньше начали лечение и с большей вероятностью появлялись для последующего наблюдения (47). В Малави более 90% младенцам, диагностированным в пунктах оказания медицинской помощи по месту жительства, назначалась антиретровирусная терапия в течение 12 месяцев жизни, в то время как лишь половине (46%) младенцев этой категории было назначено лечение после направления образцов крови в централизованные лаборатории (48). Время от взятия образца крови до начала лечения в этих случаях составляло менее одного дня при постановке диагноза в пунктах медицинской помощи по месту жительства по сравнению с 40 днями при постановке диагноза в обычном порядке (48).

С 2014 по 2017 год закупка диагностических тестов для ранней детской диагностики в местных пунктах медицинской помощи увеличилась в 21 раз по мере того, как всё больше стран переходили от пилотных проектов к массовому внедрению. При этом тестирование в пунктах оказания медицинской помощи по месту жительства всё ещё остаётся небольшой частью исследований на ВИЧ у младенцев (49). Более высокая стоимость тестов в пунктах оказания медицинской помощи по месту жительства может препятствовать расширению масштаба этой практики. Однако, принимая во внимание гораздо большую долю младенцев, живущих с ВИЧ, и успешно получающих антиретровирусную терапию после тестирования в местных пунктах медицинской помощи, фактические затраты могут быть равными или ниже, чем при обычном порядке тестирования в централизованных лабораториях (49).

Другой возможностью ускорить прогресс в ранней младенческой диагностике является введение в практику вирусологического тестирования при рождении (50). В странах, где роды в основном принимаются с участием квалифицированного медперсонала, добавление вирусологического тестирования при рождении к существующему алгоритму тестирования может обеспечить более раннее и широкое предоставление услуг по тестированию на ВИЧ для матерей и детей, которые впоследствии могут не вернуться в медицинское учреждение (51). Однако активное наблюдение за младенцами, прошедшими тестирование, а также отправление сообщений, приглашающих на повторное тестирование через шесть недель, что гарантировано приведет к росту количества тестов, потребует решить ряд практических вопросов, таких как укомплектованность дополнительным персоналом. Важно также наращивать общий объем потребляемых услуг в связи с ВИЧ, укрепить удержание в системе оказания помощи и связей внутри каскада – от послеродового тестирования до лечения – с тем, чтобы получить ожидаемый эффект. После того, как в 2015 году в ЮАР было введено вирусологическое тестирование при рождении и через 10 недель после рождения для всех младенцев, имевших риск заражения, число детей, прошедших вирусологическое исследование в течение семи дней после рождения, увеличилось в 15 раз всего за три месяца, а число детей с установленным диагнозом ВИЧ-инфекция выросло более чем в шесть раз (52). В ряде стран, включая Гану, Кению, Намибию, Свазиленд и Зимбабве, в настоящее время идут пилотные проекты по вирусологическому тестированию при рождении, в ходе которых собирается информация для последующего внедрения этой практики в национальном масштабе.

ДОСТИЖЕНИЕ ВТОРОЙ ЦЕЛИ «90»

В 2016 году более половины всех людей, живущих с ВИЧ (53% [39–65%]), имели доступ к антиретровирусной терапии. Мир должен поддерживать нынешние темпы расширения доступности антиретровирусной терапии, чтобы достичь второй цели «90», и тогда не менее 30 миллионов человек получит доступ к лечению к 2020 году. Принятие подхода лечить всех и, вместе с увеличением инвестиций, реализация стратегий на уровне общин будут иметь решающее значение для успеха. Необходимо безотлагательно внедрять проверенные модели по включению вновь выявленных инфицированных в программы лечения, совершенствовать работу клиник для повышения эффективности, расширять возможности клиентов и быстрее назначать им лечение. Следует также учитывать уроки и впечатляющие результаты, достигнутые в ходе проектов SEARCH и HPTN 071 (PopART), включая стратегически важное решение использовать обученных общинных медико-санитарных работников, а также применять целостный подход, который учитывает не только ВИЧ, но и все потребности клиента, связанные с его здоровьем.

Внедрение наилучшей практики по скорейшему началу лечения

Результаты недавних клинических испытаний указывают на то, что многие люди с установленным диагнозом ВИЧ-инфекция долго не могут получить лечение и услуги в связи с ВИЧ (11, 21). Вмешательства, упрощающие предоставление лечения (например, оказание клинической помощи в том же медицинском учреждении и в тот же день, когда получены результаты тестирования) или связанные с комплексной помощью (например, по поводу ВИЧ-инфекции и туберкулеза), обычно приводят к сокращению разрыва между постановкой диагноза и началом лечения (53). Результаты исследования в сельских районах Кении, опубликованные в 2017 году, показали, что проведение тестирования на уровень CD4-клеток в местных пунктах медицинской помощи непрофессиональным персоналом, наряду с тестированием на ВИЧ и консультированием, значительно сократило время между постановкой диагноза и началом лечения. Так, 58% людей начали лечение в течение 6 месяцев после получения положительного результата тестирования в местных пунктах, а среди тех, кто получил результат исследования на уровень CD4-клеток в лабораториях, лишь 34% начали лечение в течение того же срока (54).

Растущий объем данных из различных стран и эпидемических контекстов, включая Канаду, Гаити, Соединенные Штаты Америки и Южную Африку (55-58), показывает, что начало антиретровирусной терапии в тот же день, когда поставлен диагноз, сокращает пробелы в континууме «90–90–90». Начало лечения ВИЧ-инфекции в день постановки диагноза – наиболее осуществимая задача в клинических условиях, где лабораторное и лечебное отделения находятся рядом. Для других программ тестирования, таких как тестирование на базе общины, начало лечения ВИЧ-инфекции в день постановки диагноза требует упрощения порядка выдачи направлений, помощи в поиске нужного адреса и прочных связей между СПИД-сервисными организациями и лечебными учреждениями.

Быстрое внедрение новых и улучшенных антиретровирусных препаратов

Последние несколько лет доказали превосходство новых антиретровирусных препаратов над теми, которые используются в настоящее время. Особый оптимизм связан с появлением долутегавира – ингибитора интегразы, который быстрее подавляет вирусную нагрузку, имеет меньше побочных эффектов и реже вызывает резистентность (59). Кроме того, препарат имеет намного меньшую дозировку (50 мг по сравнению с 600 мг для эфавиренца), что означает, что долутегавир может оказаться намного дешевле в производстве, что приведёт к снижению затрат на лечение и большей устойчивости лечебных программ (60, 61). Согласно «Инициативе Клинтон по расширению доступа к услугам здравоохранению» (The Clinton Health Access Initiative), быстрое производство долутегавира и других новых антиретровирусных препаратов и включение их в схемы первого ряда могут почти в два раза снизить среднюю стоимость терапии первого ряда с использованием комбинированных препаратов с фиксированными дозировками (62). В 2016 году в Ботсване утверждено применение комбинированного препарата с фиксированной дозировкой, который включает долутегавир, в качестве терапии первого ряда (63).

Появление лопинавира, бустированного ритонавиром (LPV/r) в гранулах, в настоящее время позволило улучшить лечение детей грудного и раннего возраста. Камерун, Демократическая Республика Конго, Индия и Уганда развернули национальные программы по применению этого препарата, а Малави, Нигерия, Свазиленд и Зимбабве в настоящее время проводят пилотное использование этой лекарственной формы (64). «Инициатива педиатрического лечения ВИЧ-инфекции» (The Paediatric HIV Treatment Initiative) нацелена на ускорение разработки и внедрения других антиретровирусных препаратов в детских дозировках, соответствующих возрасту, в диспергируемых педиатрических таблетках (включая долутегавир). Ожидается, что ряд таких препаратов будет представлен для регистрации регуляторными органами в 2019 году (64).

Устойчивые усилия по обеспечению доступности антиретровирусных препаратов

Несмотря на значительный прогресс в улучшении доступа к препаратам для людей, живущих с ВИЧ, недостаточная доступность и низкая ценовая приемлемость основных лекарств в странах с низким и средним уровнем дохода, включая лекарства, необходимые для лечения связанных с ВИЧ коинфекций и сопутствующих заболеваний, остаются основными барьерами. Действия, направленные на поиск компромисса между правами на интеллектуальную собственность, инновациями и общественным здравоохранением, жизненно важны для

устранения рыночных сбоев в развитии и производстве лекарственных средств, неудовлетворёнными потребностями в исследованиях и разработках, и ценообразовании. Это особенно справедливо в свете концентрации производства нелицензионных медицинских препаратов в Индии и зависимости глобальной борьбы со СПИДом от индийской промышленности, которая в 2015 году поставила почти 90% антиретровирусных препаратов в страны с низким и средним уровнем дохода (65). В 2016 году Группа высокого уровня Генерального секретаря Организации Объединенных Наций по доступу к лекарственным средствам рекомендовала продолжать усилия по содействию использованию существующих гибких возможностей, предусмотренных Соглашением ВТО по торговым аспектам интеллектуальной собственности (ТРИПС), и усилению политической поддержки в поиске новых моделей финансирования исследований и разработок, которые бы устранили связь между инновациями и конечной ценой на продукты здравоохранения (66).

ДОСТИЖЕНИЕ ТРЕТЬЕЙ ЦЕЛИ «90»

По имеющимся оценкам, в 2016 году во всем мире 44% [32–53%] людей, живущих с ВИЧ, имели подавленную вирусную нагрузку. И хотя большинство людей, получающих антиретровирусную терапию, имеют отличные клинические результаты, существуют другие возможности для существенного ускорения в подавлении вирусной нагрузки. Крайне важно, чтобы программы лечения сопровождались мероприятиями и методикой, которые поддерживают приверженность к лечению и уменьшают число пациентов, потерянных для последующего наблюдения. Доступность тестирования на вирусную нагрузку для каждого человека, получающего лечение, позволит более точно отслеживать как индивидуальные показатели вирусной нагрузки, так и данные по сообществу.

Улучшить удержание на лечении

Прерывание терапии, или потеря пациента для наблюдения, является основной причиной, из-за которой не удается достичь подавления вирусной нагрузки или поддержать подавление ВИЧ у людей, получающих антиретровирусную терапию. Программы лечения должны сопровождаться уже проверенными стратегиями по удержанию пациента на лечении и мероприятиями на уровне сообществ по усилению приверженности (4). Работа внутри общин с привлечением «равных» консультантов и обученных общинных медико-санитарных работников, как правило, достигают показателей по удержанию на лечении и эффективности лечения, сопоставимые с показателями официальных медицинских учреждений или даже превышающие их, что ещё более подчеркивает необходимость увеличения объёма общинных услуг (15, 67–69). Включение активных опытных пациентов («экспертов») в многопрофильную клиническую группу, работавшую в одном из районов Уганды, позволило успешно вернуть на наблюдение и лечение 79% людей, живущих с ВИЧ, ранее потерянных для наблюдения (70). Текстовые сообщения на мобильный телефон (СМС) также являются приемлемыми и доступными средствами улучшения приверженности (71).

Есть свидетельства того, что использование групп поддержки с участием «равных» консультантов, хорошо подготовленных и участливых работников здравоохранения, а также сокращение времени ожидания в клиниках способствуют удержанию в системе оказания помощи подростков и молодых людей, живущих с ВИЧ. В исследовании, проведенном в 10 районах Уганды, эти стратегии были важными факторами в достижении приверженности на уровне 95%, удерживая в системе помощи девять из десяти подростков в возрасте 10–19 лет (72). Другие исследования подтверждают, что подростки и молодые люди с меньшей вероятностью исчезают из поля зрения медиков, если они посещают клиники, имеющие группы поддержки или предоставляют услуги в области сексуального и репродуктивного здоровья (73, 74).

Также многообещающей является модель общинной когортной помощи, когда подросткам и молодым людям предлагается ряд услуг как членам отдельной группы в общинном пункте помощи. Эта модель прошла тестирование на Гаити. Её результатом стало более раннее начало антиретровирусной терапии, а показатель удержания на лечении был значительно выше, чем в обычных медицинских учреждениях (75). Использование мобильных технологий, социального маркетинга и поддержки социальных сетей может улучшить приверженность к лечению у молодых людей, принадлежащих к ключевым группам населения (76).

Расширение тестирования на вирусную нагрузку

Тесты на вирусную нагрузку являются предпочтительным методом мониторинга доступа к антиретровирусной терапии. ВОЗ рекомендует проводить тестирования на вирусную нагрузку в течение шести месяцев после начала антиретровирусной терапии, затем через 12 месяцев, и затем, по крайней мере, каждые 12 месяцев. Целью тестирования является выявление терапевтической неудачи и смены схемы лечения для подавления вирусной нагрузки (4).

Основываясь на опросах в семи клинических центрах в Восточной и Южной Африке, организация «Врачи без границ» (MSF) предложила подход для более широкого и регулярного тестирования на вирусную нагрузку. Эти меры включают в себя назначения координаторов по вирусной нагрузке, задача которых состоит в выявлении тех, кто нуждается в тестировании на вирусную нагрузку; проведение оценки системы для выявления пациентов, нуждающихся в тестировании; проведении реформ клинической деятельности, например, внедрение сортировки пациентов и увеличение их потока (77).

Для эффективного расширения масштабов тестирования на вирусную нагрузку необходимы инициативы по обучению пациентов, кампании активизации спроса, возможность получения результатов исследований в течение одного дня, присутствие в пунктах проведения тестирования врачей, имеющих полномочия назначить новую схему лечения до того, как у пациентов появятся симптомы терапевтической неудачи (77). Обеспечение пунктов помощи современными технологиями создают дополнительный потенциал для расширения тестирования на вирусную нагрузку (4). Тестирование в местном пункте медицинской помощи помогает избежать задержек в получении результатов тестирования. Эта практика также позволяет клиницистам быстрее выявлять и устранять проблемы с приверженностью к лечению и терапевтические неудачи. Особое внимание было уделено тестам с использованием оборудования GeneXpert, широкой платформе для выявления туберкулеза и лекарственной устойчивости к рифампину у больных туберкулезом. Недавние оценки показали, что платформа GeneXpert для исследования вирусной нагрузки при ВИЧ дает результаты, сравнимые со стандартными исследованиями на вирусную нагрузку, проводимыми в централизованных лабораториях (78). В нескольких африканских странах проводятся пилотные проекты по использованию анализатора GeneXpert для определения вирусной нагрузки при ВИЧ и ранней детской диагностики, или планируется внедрение этой системы.

УСТРАНЕНИЕ СТИГМЫ И ДИСКРИМИНАЦИИ

Наивысший достижимый уровень здоровья – это фундаментальное право каждого человека (79). Несмотря на это, стигма и дискриминация по-прежнему наносят вред общественному здравоохранению в целом и мерам противодействия СПИДу в частности (80, 81). Стигма и дискриминация в медицинских учреждениях препятствуют получению услуг, включая тестирование на ВИЧ и лечение, которые могут защитить здоровье и благополучие людей (82, 83).

Достижение целей «90–90–90» и, в конечном итоге, прекращение эпидемии СПИДа требует целенаправленных усилий для устранения стигмы, дискриминации и нарушений прав человека на всех уровнях, создания правовой среды, обеспечивающей защиту граждан и расширяющей их права и возможности, а также прочное верховенство закона. Организации, предоставляющие услуги, должны знать свои обязанности и стремиться к преодолению дискриминации и стигмы; ключевые группы населения и люди, живущие с ВИЧ, должны знать свои права и обладать навыками и знаниями для обеспечения соблюдения этих прав; правовые структуры (включая суды), надзорные органы, омбудсмены, судьи и полиция должны быть доступны и функционировать без дискриминации или стигмы; юридические услуги, такие как помощь адвокатов, услуги среднего юридического персонала и услуги бесплатной юридической помощи необходимы для получения консультаций, а также доступного и приемлемого по стоимости представительства интересов.

С растущим признанием верховенства закона как решающего фактора в обеспечении здоровья, и с включением доступа к правосудию в качестве одной из Целей устойчивого развития произошла значительная активизация мер по предотвращению дискриминации ключевых групп населения и людей, живущих с ВИЧ (84, 85). Некоторые страны ввели законы, которые напрямую защищают людей от дискриминации по признаку сексуальной ориентации, гендерной идентичности или ВИЧ-статуса, как в области здравоохранения, так и в более широком плане (86). Например, Таиланд входит в число многих стран с четкой политикой и национальной стратегией по борьбе со СПИДом, устанавливающей снижение стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ в качестве одной из основных целей, и уделяющей особое внимание уменьшению дискриминации ключевых групп населения и людей, живущих с ВИЧ (87).

Вместе с тем в ряде стран существует значительный разрыв между законом и его реализацией. В 2016 году 93 страны сообщили о наличии механизмов правовой ответственности для борьбы с дискриминацией и нарушениями прав человека в медицинских учреждениях, но в одной трети (30 из 93) этих стран гражданское общество и неправительственные партнеры сообщали, что в 2016 году данные механизмы не работали. В более чем 75% (70 из 93) отчитавшихся стран ограниченные знания и осведомленность о том, как получить доступ к механизмам правовой ответственности, снижало эффективность этих новаций, а стоимость обращения к этим механизмам для людей из маргинальных и затронутых эпидемией групп служила препятствием почти в 41% (38 из 93) этих стран.

Обучение и повышение осведомленности персонала, работающего в учреждениях, предоставляющих услуги, имеют решающее значение для снижения дискриминационных взглядов и поведения. В странах расширяются программы обучения для государственных служащих и медицинского персонала с целью снижения стигмы и дискриминации в медицинских учреждениях. Почти все страны, представившие отчетность в 2016 году (101 из 108), указали, что у них есть учебные программы для медицинских работников по законодательству в области прав человека и ликвидации дискриминации в отношении людей, живущих с ВИЧ (Рисунок 4.6). Однако почти в половине из этих стран (46 из 101) такие мероприятия были либо ограниченными по масштабу, либо единичными.

ОБУЧЕНИЕ ПО СНИЖЕНИЮ СТИГМЫ И ДИСКРИМИНАЦИИ

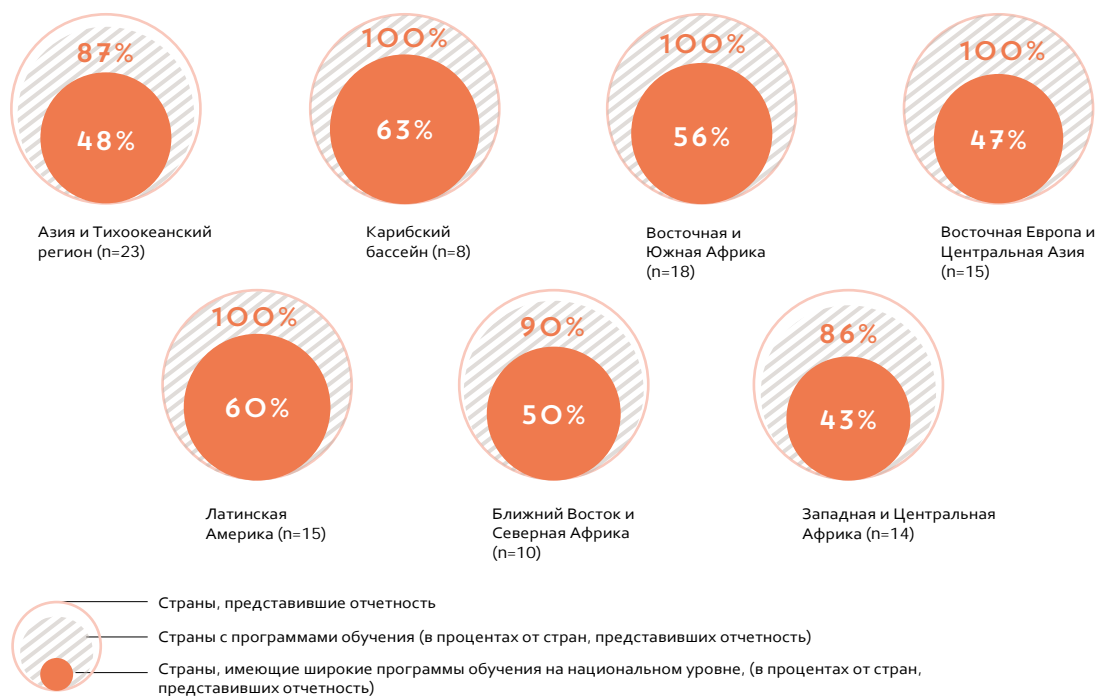


РИСУНОК 4.6. ПРОЦЕНТ СТРАН С УЧЕБНЫМИ ПРОГРАММАМИ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПО ВОПРОСАМ ПРАВ ЧЕЛОВЕКА И НЕДИСКРИМИНАЦИИ, НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЙ БАЗЕ, КАК ЭТО ПРИМЕНИМО К ВИЧ, ПО РЕГИОНАМ, 2016 г.



РИСУНОК 4.7. ПРОЦЕНТ СТРАН, В КОТОРЫХ ПРОВОДИЛИСЬ ПРОГРАММЫ ОБУЧЕНИЯ И/ИЛИ ПРОГРАММЫ НАРАЩИВАНИЯ ПОТЕНЦИАЛА В СВЯЗИ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ ДЛЯ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, И КЛЮЧЕВЫХ ГРУПП В ПОСЛЕДНИЕ ДВА ГОДА, ПО РЕГИОНАМ, 2016 г.

Источник: «Национальные обязательства и политические инструменты», 2017 г

Искоренение стигмы и дискриминации также во многом зависит от того, насколько носители прав знают и умеют отстаивать эти права в учреждениях и организациях, предоставляющих услуги. Это особенно актуально для людей, которые могут подвергаться нарушениям прав человека. В 2016 году в 96 странах проводились хотя бы некоторое обучение в области ВИЧ и прав человека, но в 15 странах такое обучение не проводилось. Более 70% стран из всех регионов указали в своих отчетах, что они обеспечили обучение или курсы по созданию потенциала, связанные с вопросами прав человека для людей, живущих с ВИЧ, и ключевых групп населения за предыдущие два года (Рисунок 4.7). В Восточной и Южной Африке, Латинской Америке и в странах Карибского бассейна по меньшей мере 40% стран, представивших отчетность, указали, что такие программы были проведены в национальном масштабе.

Доступные процедуры и государственные институты (такие как омбудсмены и трибуналы), четкий порядок и механизм контроля и борьбы со злоупотреблениями, а также юридическая помощь или бесплатные юридические услуги, обуславливают соблюдение законов о защите прав и обеспечении возмещения ущерба в случае нарушения прав людей. В 2016 году были установлены процедуры подачи жалоб на дискриминацию или нарушения прав в медицинских учреждениях в 78 странах, 39 из них сообщили о наличии механизмов возмещения ущерба.

Партнёрские отношения между медицинскими организациями, юристами и сотрудниками правоохранительных органов помогают улучшить доступ людей к правосудию (88). Например, Кенийская ассоциация хосписов и паллиативной помощи занимается обучением медицинских работников оказанию юридической помощи, подготавливая их к роли помощников юристов, способных выявить правовую сторону вопроса, предоставить юридическую консультацию и направить людей для получения бесплатной юридической помощи (89). В Южной Африке работники секс-бизнеса проходят подготовку в качестве помощников юристов, а в Гамбии работают мобильные пункты юридической помощи со средним юридическим персоналом (89, 90).

Новые коммуникационные технологии открыли впечатляющие возможности. Например, в Бурунди, Кот-д'Ивуаре, Гаити и Малави обмен текстовыми сообщениями используется для оценки опыта людей в медицинских учреждениях; такая практика оказалась эффективной для удержания на лечении ВИЧ-инфекции (91). Те же технологии могут использоваться для информирования о случаях дискриминации и их документирования. В Гане открыт веб-сайт для сбора жалоб в виде текстовых сообщений, касающихся дискриминации людей, живущих с ВИЧ, и ключевых групп населения (92). Виртуальные юридические консультации предлагаются в Украине (93), а недавно созданная в Уганде компания юридической помощи Barefoot Law предоставляет юридические консультации через различные платформы социальных сетей (94). В Мали ассоциация Deme-So открыла телефонные линии, которые связывают сеть юридических консультантов, общающихся с использованием бесплатных текстовых сообщений (95).

iMonitor+ – это ещё один интересный цифровой инструмент, который был разработан благодаря государственно-частному партнёрству в Таиланде. Созданный на основе приложения для смартфонов, этот инструмент позволяет пользователям получать и отправлять информацию по таким темам, как дефицит лекарств, осложнения при ВИЧ-инфекции, или впечатления от посещения медицинских учреждений. В Кении и Южной Африке с помощью iMonitor+ можно получить доступ к юридическим услугам. Этим приложением также пользуются в Ботсване, Индонезии, Таиланде и на Филиппинах (96).

КЕЙПТАУН

ПРИМЕР ГОРОДСКОЙ ПРОГРАММЫ

Укрепление и защита прав работников секс-бизнеса, подвергающихся полицейским преследованиям, – этими задачами занимается женский юридический центр (WLC) в Кейптауне, некоммерческая финансируемая из независимых источников правовая организация, поощряющая права секс-работников в ЮАР. Центр тесно сотрудничает с организацией "Целевая группа по образованию секс-работников и их правовой защите" (SWEAT) и национальным движением секс-работников Южной Африки «Сисонке».

Центр WLC начал с проведения еженедельных семинаров для работников секс-бизнеса по вопросам прав человека и законодательства в области секс-бизнеса. Стала очевидной необходимость оказания практической помощи, и вскоре WLC занялся обучением четырех работников секс-бизнеса в качестве общинных консультантов по юридическим вопросам. Теперь они сопровождают команду SWEAT при обходе популярных точек продажи секс-услуг в Кейптауне, где они предоставляют секс-работникам любого пола информацию и советы, сопровождают их в медицинские клиники или суды, а также помогают составлять ходатайства об освобождении под залог.

Центр WLC выпустил брошюры и информационную карту для работников секс-бизнеса, разъясняющую их права в случае ареста или задержания. Каждый год центр реагирует более чем на 120 обращений, связанных с секс-бизнесом. В центре отмечают заметные улучшения в поведении и отношении полиции к секс-работникам. Сочетая традиционные услуги с активным выявлением тех, нуждающихся в поддержке, центру WLC удаётся вести свою правовую деятельность с опорой на самих работников секс-бизнеса, предоставляя им конкретные средства борьбы с нарушением их прав.

Краткая аннотация документа: «Привлечение правосудия к охране здоровья: влияние проектов по расширению прав и возможностей на общественное здравоохранение» Нью-Йорк: Фонды открытого общества; (https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/bringing-justice-health-20130923_0.pdf; no состоянию на 5 июля 2017 г.)



БИБЛИОГРАФИЯ

1. McBain H. Are customers always right? *The Rotarian*. November 1944:32–33.
2. Akachi Y, Kruk ME. Quality of care: measuring a neglected driver of improved health. *Bull World Health Organ*; (http://www.who.int/bulletin/online_first/BLT.16.180190.pdf, accessed 5 July 2017).
3. Grimsrud A, Bygrave H, Doherty M, Ehrenkranz P, Ellman T, Ferris R et al. Reimagining HIV service delivery: the role of differentiated care from prevention to suppression. *J Int AIDS Soc*. 2016;19:21484.
4. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2016.
5. Agenda for zero discrimination in health care. Geneva: UNAIDS; 2016.
6. Consolidated guidelines on person-centred HIV patient monitoring and case surveillance. Geneva: World Health Organization; 2017.
7. Barr D, Odetoynbo M, Mworeko L, Greenberg J. The leadership of communities in HIV service delivery. *AIDS*. 2015;29(Supp. 2):S121–S127.
8. The role of communities in ending AIDS: background note. In: 38th UNAIDS Programme Coordinating Board Meeting. Geneva: UNAIDS; 2016.
9. Hayes R, Floyd S, Schaap A, Shanaube K, Bock P, Sabapathy K et al. A universal testing and treatment intervention to improve HIV control: one-year results from intervention communities in Zambia in the HPTN 071 (PopART) cluster-randomised trial. *PLoS Med*. 2017;15(5):e1002292.
10. Personal communication, Sian Floyd, London School of Tropical Medicine and Hygiene, PopART study team, 11 June 2017.
11. Hayes R, Floyd S, Schaap A, Shanaube K, Bock P, Griffith S et al. Reaching 90–90–90? Findings after two years of HPTN 071 (PopART) intervention in Zambia. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), 13–16 February 2017, Seattle. Poster Number 1011.
12. Floyd S, Phiri M, Schaap A, Macleod D, Shanaube K, Griffith S et al. ART coverage after two years of a UTT intervention in Zambia: findings from HPTN 071. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), 13–16 February 2017, Seattle. Poster Number 1010.
13. Hayes R, Fidler S. HPTN 071 (PopART): population effects of antiretroviral therapy to reduce HIV transmission. Presentation to UNAIDS and World Health Organization staff. Geneva, Switzerland, 2 May 2017.
14. Rodriguez-Garcia R, Bonnel R, Wilson D, N’Jie N. Investing in communities achieves results: findings from an evaluation of community responses to HIV and AIDS. Washington DC: World Bank; 2013.
15. Community-based antiretroviral therapy delivery: experiences of Médecins Sans Frontières. Geneva: UNAIDS and Médecins Sans Frontières; 2015.
16. Kabami J, Chamie G, Kwarisiima D, Biira E, Ssebutinde P, Petersen M et al. Evaluating the feasibility and uptake of a community-led HIV testing and multi-disease health campaign in rural Uganda. *J Int AIDS Soc*. 2017 Mar 29;20(1):1–8. doi 10.7448/IAS.20.1.21514.
17. Bemelmans M, Baert S, Goemaere E, Wilkinson L, Vandendyck M, van Cutsem et al. Community-supported models of care for people on HIV treatment in sub-Saharan Africa. *Trop Med Int Health*. 2014;19(8):968–977.
18. Grimwood A, Fatti G, Mothibi E, Malahlela M, Shea J, Eley B. Community adherence support improves programme retention in children on antiretroviral treatment: a multicentre cohort study in South Africa. *J Int AIDS Soc*. 2012;15(2):17381.
19. Data-driven programming in PEPFAR: Population and location. Presented by Debbie Birx, United States President’s Emergency Plan for AIDS Relief, COP opening plenary. Johannesburg, South Africa. May 2016.
20. Musheke M, Ntalasha H, Gari S, Mckenzie O, Bond V, Martin-Hilber A et al. A systematic review of qualitative findings on factors enabling and deterring uptake of HIV testing in sub-Saharan Africa. *BMC Pub Health*. 2013;13:220.
21. Plazy M, El Farouki K, Iwuji C, Okesola N, Orne-Gliemann J, Larmarange J et al. Access to HIV care in the context of universal test and treat: challenges within the ANRS 12249 TasP cluster-randomized trial in rural South Africa. *J Int AIDS Soc*. 2016;19:20913.

22. Tshuma N, Muloongo K, Setswe G, Chimoyi L, Sarfo B, Burger D et al. Potential barriers to rapid testing for human immunodeficiency virus among a commuter population in Johannesburg, South Africa. *HIV AIDS (Auckl)*, 2015;7:11–19.
23. Beattie TS, Mohan HL, Bhattacharjee P, Chandrashekar S, Isac S, Wheeler T et al. Community mobilization and empowerment of female sex workers in Karnataka State, South India: associations with HIV and sexually transmitted infection risk. *Am J Public Health*. 2014;104(8):1516–1525.
24. Kerrigan D, Kennedy CE, Morgan-Thomas R, Resa-Paul S, Mwangi P, Win KT et al. A community empowerment approach to the HIV response among sex workers: effectiveness, challenges and considerations for implementation and scale-up. *Lancet*. 2015;385(9963):172–185.
25. Mise à jour de profile épidémiologique: R D Congo, 2015. Kinshasa: Ministry of Health, National AIDS Programme; 2014.
26. Johnson WD, Diaz RM, Flanders WD, Goodman M, Hill AN, Holtgrave D et al. Behavioral interventions to reduce risk for sexual transmission of HIV among men who have sex with men. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(3):CD001230.
27. Ainsworth M, Beyrer C, Soucat A. AIDS and public policy: the lessons and challenges of “success” in Thailand. *Health Policy*. 2003;64:13–37.
28. Kerrigan D, Moreno L, Rosario S, Gomez B, Jerez H, Barrington C, et al. Environmental-structural interventions to reduce HIV/STI risk among female sex workers in the Dominican Republic. *Am J Public Health*. 2006;96:120–125.
29. Mabuchi S, Singh S, Bishnu R, Bennett S. Management characteristics of successful public health programs: ‘Avahan’ HIV prevention program in India. *Int J Health Plann Manage*. 2013;28:333–345.
30. Ramanathan S, Deshpande S, Gautam A, Pardeshi DB, Ramakrishnan L, Goswami P, Adhikary R et al. Increase in condom use and decline in prevalence of sexually transmitted infections among high-risk men who have sex with men and transgender persons in Maharashtra, India: Avahan, the India AIDS Initiative. *BMC Public Health*. 2014;14:784.
31. Evidence for action: effectiveness of community-based outreach in preventing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva: World Health Organization; 2004 (http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/evidenceforactioncommunityfinal.pdf, accessed 6 April 2016).
32. Boisvert RA, Martin LM, Grosek M, Clarie AJ. Effectiveness of a peer-support community in addiction recovery: participation as intervention. *Occup Ther Int*. 2008;15:205–20.
33. UNAIDS PCB field visit to China. UNAIDS: Geneva, 2016.
34. Brown W 3rd, Carballo-Diéguez A, John RM, Schnall R. Information, motivation and behavioral skills of high-risk young adults to use the HIV self-test. *AIDS & Behavior*. 2016;20:2000–2009.
35. Choko AT, MacPherson P, Webb EL, Willey BA, Feasy H, Sambakunsi R et al. Uptake, accuracy, safety and linkage into care over two years of promoting annual self-testing for HIV in Blantyre, Malawi: a community-based prospective study. *PLoS Med*. 2015;12(9):e1001873.
36. Expanding access to HIV self-testing: a market development approach. Washington, DC: Population Services International; 2016.
37. Hatzold K, Mutseta M, Sibanda E, Gudukeya S, Tumushime M, Lopez C et al. Closing the HIV testing gap: facility-based integration of HIV self-testing, a way to improve testing coverage, yield and efficiency of client-initiated HIV testing services in Zimbabwe. 9th International AIDS Society Conference, 23–26 July 2017, Paris.
38. Mugurungi O. Zimbabwe progress towards 90–90–90 targets. Presentation to UNAIDS Scientific and Technical Advisory Committee for 90–90–90 meeting, Geneva, 7 April 2017.
39. HIV testing strategy for achieving treat all targets in Botswana. 2016, Botswana HIV Test and Treatment Task Force, HIV testing subcommittee.
40. Guidelines on HIV self-testing and partner notification. Geneva: World Health Organization; 2016.
41. World Health Organization, 2017.
42. Recommendations for the rapid expansion of HIV self-testing in Fast-Track cities. Washington DC: International Association of Providers of AIDS Care; 2017.
43. Personal communication, Cheryl Johnson, World Health Organization, 24 June 2017.
44. Personal communication, Cheryl Johnson, World Health Organization, 16 May 2017.

45. Woldesenbet SA, Jackson D, Goga AE, Crowley S, Doherty T, Mogashoa MM et al. Missed opportunities for early infant HIV diagnosis: results of a national study in South Africa. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2015;68(3):e26–32.
46. Finocchiaro-Kessler S, Gautney BJ, Khamadi S, Okoth V, Goggin K, Spinler JK et al. If you text them, they will come: using the HIV infant tracking system to improve early infant diagnosis quality and retention in Kenya. *AIDS*. 2014;28 Suppl 3:S313–S321.
47. Jani I, Meggi B, Loquiha O, Tobaiwa O, Mudenyanga C, Mutsaka D et al. Effect of point-of-care testing on antiretroviral therapy initiation rates in infants. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), 13–16 February 2017, Seattle. Abstract 26.
48. Mwenda R. Impact of POC EID: pilot experiences in Malawi. African Society for Laboratory Medicine Conference, 3–8 December 2016, Cape Town.
49. Personal communication, Katie Pollak, Clinton Health Access Initiative, 6 May 2017.
50. Kuhn L, Technau K, Strehlau R, Shiau S, Patel F, Sherman GG et al. Treatment of acute infection in neonates. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), 13–16 February 2017, Seattle. Abstract 27.
51. Francke JA, Penazzato M, Hou T, Abrams EJ, MacLean RL, Myer L et al. Clinical impact and cost-effectiveness of diagnosing HIV infection during early infancy in South Africa: test timing and frequency. *J Infect Dis*. 2016;214(9):1319–1328.
52. Mazzanderani A, Kufa-Chekezha, T, Sherman G. Introduction of birth testing into the South African national consolidated guidelines. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), 22–25 February 2016, Boston.
53. Fox MP, Rosen S, Geldsetzer P, Bärnighausen T, Negussie E, Beanland R. Interventions to improve the rate or timing of initiation of antiretroviral therapy for HIV in sub-Saharan Africa: meta-analyses of effectiveness. *J Int AIDS Soc*. 2016;19:20888.
54. Desai MA, Okall DO, Rose CE, Ndivo R, Oyaro B, Otieno FO et al. Effect of point-of-care CD4 cell count results on linkage to care and antiretroviral initiation during a home-based HIV testing campaign: a non-blinded, cluster-randomised trial. *Lancet HIV*. 2017; published online 31 May 2017 ([http://dx.doi.org/10.1016/S2352-3018\(17\)30091-7](http://dx.doi.org/10.1016/S2352-3018(17)30091-7)).
55. Rosen S, Maskew M, Fox MP, Nyoni C, Mongwenyana C, Maletse G et al. Initiating antiretroviral therapy for HIV at a patient's first clinic visit: the RapIT randomized controlled trial. *PLoS Med*. 2016;13(5):e1002015.
56. Koenig S, Dorvil N, Severe P, Riviere C, Faustin M, Perodin C et al. Same-day HIV testing and antiretroviral initiation results in higher rates of treatment initiation and retention in care. International AIDS Conference, 18–22 July 2016, Durban.
57. Pilcher CD, Opsina-Norvell C, Dasgupta A, Jones D, Hartogensis W, Torres S et al. The effect of same-day observed initiation of antiretroviral therapy on HIV viral load and treatment outcomes in a US public health setting. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2017;74(1):44–51.
58. Thumath M, Moore D, Hull M, Brownrigg B, Sandstra I, Ogilvie G et al. Implementation of a rapid referral pathway to HIV treatment for gay men and MSM diagnosed with acute HIV-infection in sexual health clinics in British Columbia. 8th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention, 19–22 July 2015, Vancouver.
59. Walmsley S, Baumgarten A, Berenguer J, Felizarta F, Florence E, Khuong-Josses MA et al. Brief report: dolutegravir plus abacavir/lamivudine for the treatment of HIV-1 infection in antiretroviral therapy-naïve patients: week 96 and week 144 results from the SINGLE randomized clinical trial. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2015; 70:515–519.
60. Prabhu VR, Wong C, Jenkins S, Nizami S, Catlin K, Domanico P et al. New ARVs could represent over USD 3 billion in cost savings through 2025. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), 22–25 February 2016, Boston. Abstract 1050.
61. Clayden P. Fit for purpose: antiretroviral treatment optimization. In: Benzacar A, editor. Pipeline report. London and New York: HIV i-Base and Treatment Action Group; 2015.
62. Ripin D, Prabhu V. A cost-savings analysis of a candidate universal antiretroviral regimen. *Curr Opin HIV AIDS*. 2017;12(4):403–407.
63. Botswana gets GSK's modern HIV drug in largest ever Africa deal. In: Reuters [website]. 3 June 2016 (<http://www.reuters.com/article/us-gsk-aids-idUSKCN0YPONF>; accessed 6 July 2017).
64. Personal communication, Martina Penazzato, World Health Organization, 1 July 2017.
65. ARV market report: the state of the antiretroviral drug market in low- and middle-income countries, 2015–2020. Clinton Health Access Initiative; 2016.

66. United Nations Secretary-General's High-Level Panel on Access to Medicines report: promoting innovation and access to health technologies. New York: United Nations; September, 2016 (<http://www.unsgaccessmeds.org/final-report/>).
67. Nachega JB, Adetokunboh O, Uthman OA, Knowlton AW, Altice FL, Schechter M et al. Community-based interventions to improve and sustain antiretroviral therapy adherence, retention in HIV care and clinical outcomes in low- and middle-income countries for achieving the UNAIDS 90–90–90 targets. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2016;13(5):241–255.
68. Sharp J, Wilkinson L, Cox V, Cragg C, van Cutsem G, Grimsrud A. Outcomes of patients enrolled in ART adherence clubs after viral resuppression. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), 22–25 February 2016, Boston. Abstract 1031.
69. Bango F, Ashmore J, Wilkinson L, van Cutsem, Cleary S. Adherence clubs for long-term provision of anti-retroviral therapy: a cost-effectiveness and access analysis from Khayelitsha, South Africa. *Trop Med Int Health.* 2016;21:1115–1123.
70. Improving retention of clients on antiretroviral therapy through expert patient: involving people living with HIV in Alebtong District, Northern Uganda. Kampala: United States Agency for International Development, Government of Uganda; 2017.
71. Finitsis DJ, Pellowski JA, Johnson BT. Text message intervention designs to promote adherence to antiretroviral therapy (ART): a meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One.* 2014 Feb 5;9(2):e88166.
72. Nabukeera-Barungi N, Elyanu P, Asire B, Katureebe C, Lukabwe I, Namusoke E et al. Adherence to antiretroviral therapy and retention in care for adolescents living with HIV from 10 districts in Uganda. *BMC Infect Dis.* 2015;15:520.
73. Lamb MR, Fayorsey R, Nuwagaba-Birbonwoha H, Viola V, Mutabazi V, Alwar T et al. High attrition before and after antiretroviral therapy initiation among youth (15–24 years of age) enrolled in HIV care. *AIDS.* 2014;28(4):559–568.
74. MacPherson P, Munthali C, Ferguson J, Armstrong A, Kranzer K, Ferrand RA et al. Service delivery interventions to improve adolescents' linkage, retention and adherence to antiretroviral therapy and HIV care. *Trop Med Int Health.* 2015;20(8):1015–32.
75. Reif L, Bertrand R, Rivera V, Joseph B, Anglade B, Pape JW et al. A novel model of community cohort care for HIV-infected adolescents improves outcomes. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), 13–16 February 2017, Seattle. Poster 835.
76. Lall P, Lim SH, Khairuddin N, Kamarulzaman A. Review: an urgent need for research on factors impacting adherence to and retention in care among HIV-positive youth and adolescents from key populations. *J Int AIDS Soc.* 2015;18(2 Suppl 1):19393.
77. Making viral load routine: successes and challenges in the implementation of routine HIV viral load monitoring. Geneva: Médecins Sans Frontières; 2016.
78. Ndlovu Z, Mtapuri-Zinyowera S, Metcalf C, Farjado E, Kao K, Rumaney M et al. Laboratory evaluation of the GeneXpert HIV-1 viral load assay in Zimbabwe (#512). Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), 22–25 February 2016, Boston.
79. Supplement to Constitution of the World Health Organization, 45th edition. October 2006.
80. State-sponsored homophobia. A world survey of laws: criminalization, protection and recognition of same-sex love. Brussels: International Lesbian and Gay Association; 2013.
81. Chiu J, Burris S. Punitive drug laws and the risk environment for injecting drug users: understanding the connections. New York: Technical Advisory Group of the Global Commission on HIV and the Law; 2011.
82. Feyissa GT, Abebe L, Girma E, Mirkuzie W. Stigma and discrimination against people living with HIV by healthcare providers, Southwest Ethiopia. *BMC Public Health.* 2012;12(2):522.
83. Logie CH, Newman PA, Weaver J, Rongkraphon S, Tepjan S. HIV-Related stigma and HIV prevention uptake among young men who have sex with men and transgender women in Thailand. *AIDS Patient Care STDS.* 2016;30(2):92–100.
84. Pinzon-Rondon AM, Attaran A, Botero JC, Ruiz-Sternberg AM. Association of rule of law and health outcomes: an ecological study. *BMJ Open.* 2015;5(10):e007004.
85. Horton R. The rule of law—an invisible determinant of health. *Lancet.* 2016;387(10025):1260.
86. Eba PM. HIV-specific legislation in sub-Saharan Africa: a comprehensive human rights analysis. *AHRLJ.* 2015;15:224–262.
87. National strategy on HIV prevention and alleviation. Bangkok: National AIDS Committee; 2012.

88. Urada LA, Simmons J, Wong B, Tsuyuki K, Condino-Enrera G, Hernandez LI et al. A human rights-focused HIV intervention for sex workers in metro Manila, Philippines: evaluation of effects in a quantitative pilot study. *Int J Public Health*. 2016;61(8):945–957.
89. Bringing justice to health. The impact of legal empowerment projects on public health. New York: Open Society Foundations; 2013 (https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/bringing-justice-health-20130923_0.pdf).
90. Mobile legal aid clinic report. Banjul: National Agency for Legal Aid; 2014 (<http://www.undp.org/content/dam/gambia/docs/NewDocs/Final%20MOBILE%20LEGAL%20AID%20CLINIC%20REPORT-NALA-UNDP%202014.pdf>).
91. Eveslage B. Zero Discrimination Day: linkages uses SMS to collect feedback on health services for continuous program improvement. In: LINKAGES Project [website]. 1 March 2017. LINKAGES; 2017 (<https://linkagesproject.wordpress.com/2017/03/01/zero-discrimination-day-linkages-uses-sms-to-collect-feedback-on-health-services-for-continuous-program-improvement/>).
92. Addressing the human rights needs of persons living with HIV and key populations in Ghana. In: Commonwealth Forum of National Human Rights [website]. 25 February 2016. Commonwealth Forum of National Human Rights Institutions; 2016 (<http://cfnhri.org/spotlight/addressing-the-human-rights-needs-of-persons-living-with-hiv-in-ghana>).
93. Delivering Community Justice Services at Scale: Community Law Centres in Ukraine, Open Society Justice Initiative
94. Fallon A. Ugandan lawyer revolutionises access to justice with just an iPhone and Facebook. In: Inter Press Service (IPS) News Agency [website]. 29 May 2014. IPS; 2017 (<http://www.ipsnews.net/2014/05/ugandan-lawyer-revolutionises-access-justice-iphone-facebook/>).
95. How access to justice can reduce poverty. Accompanying note to the conference organized by Avocats Sans Frontières. Brussels: Avocats Sans Frontières (<http://www.asf.be/wp-content/uploads/2013/03/Access-to-justice-and-poverty-reduction.pdf>).
96. Yadav V. iMonitor+: innovation and mobile technologies to tackle public health challenges. *Global Health and Diplomacy*. 2016 (http://onlinedigeditions.com/article/iMonitor%2B%3A_Innovation_And_Mobile_Technologies_To_Tackle_Public_Health_Challenges/2590273/339758/article.html).

5. Цели «90–90–90» достижимы при комплексном подходе

Устойчивая и эффективная антиретровирусная терапия воздействует как на отдельных людей, живущих с ВИЧ, так и население в целом, снижая риск передачи ВИЧ в обществе, а также индивидуальный риск, связанный с ухудшением здоровья и смертью от болезней, обусловленных СПИДом. Тот факт, что на конец 2016 года в мире более половины людей, живущих с ВИЧ, не имело подавленной вирусной нагрузки, усиливает необходимость широкомасштабного внедрения континуума медицинской помощи при ВИЧ. Необходимо активизировать усилия с тем, чтобы ликвидировать пробелы в охвате услугами в связи с ВИЧ, вовлечь в противодействие эпидемии женщин и девочек, молодёжь и ключевые группы населения, расширить их права, возможности и способность к действиям, обеспечив соблюдение и защиту прав человека.

ДОСТИЖЕНИЕ ИСТОРИЧЕСКОГО РУБЕЖА В ЛИКВИДАЦИИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ ОТ МАТЕРИ РЕБЕНКУ

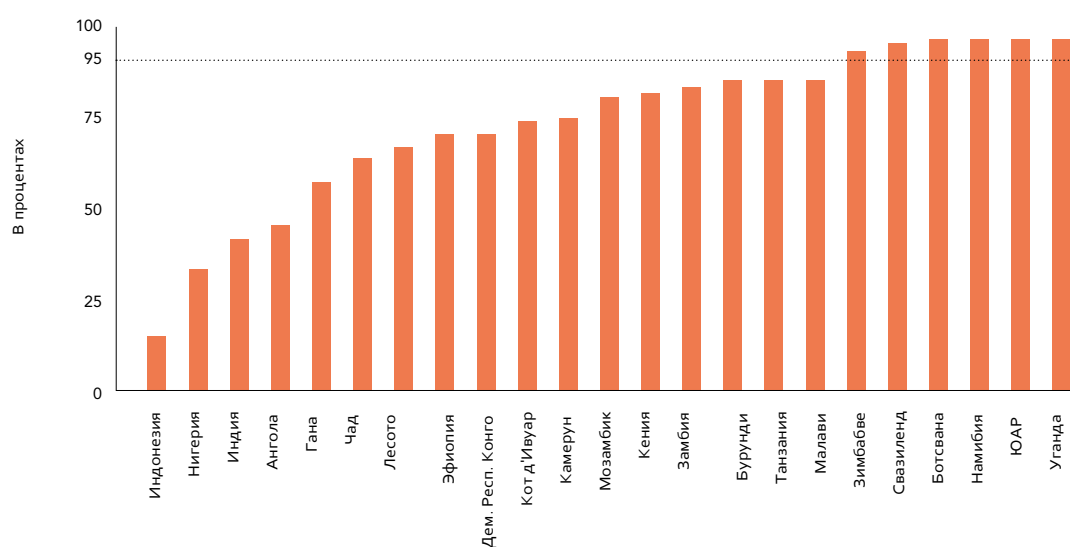


РИСУНОК 5.1. ПРОЦЕНТ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, ПОЛУЧАЮЩИХ АРТ* ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ПЕРЕДАЧИ ВИРУСА ОТ МАТЕРИ РЕБЕНКУ, 23 ПРИОРИТЕТНЫХ СТРАНЫ**, 2016 г.

Источник: оценка ЮНЭЙДС 2017 г.

* Профилактика или пожизненная терапия.

** Приоритетные страны – участницы проекта Start Free Stay Free AIDS Free.

ЛИКВИДИРОВАТЬ ПЕРЕДАЧУ ВИЧ ОТ МАТЕРИ РЕБЁНКУ

Один из самых больших успехов в борьбе со СПИДом достигнут на самом раннем этапе жизни человека – благодаря программам по ликвидации передачи ВИЧ от матерей ребёнку, которые продолжают расти в масштабах и улучшаться качественно. Особенно впечатляющими оказались достижения в 23 приоритетных странах проекта Start Free Stay Free AIDS Free, в которых живут 88% ВИЧ-позитивных беременных. Некоторым из этих стран удалось снизить показатель передачи ВИЧ от матери ребёнку до уровня менее 5%, включая период грудного вскармливания (1). Всё большее количество стран с относительно низким уровнем распространённости ВИЧ признаны или близки к признанию как страны, ликвидировавшие передачу ВИЧ и врождённого сифилиса от матери ребёнку.

Важной вехой на пути к ликвидации передачи ВИЧ от матери ребёнку является диагностика и пожизненное предоставление антиретровирусной терапии, по крайней мере, 95% беременных женщин и кормящих матерей, живущих с ВИЧ. Пять приоритетных стран уже достигли 95-процентного охвата по состоянию на 2016 год: Ботсвана, Намибия, Южная Африка, Свазиленд и Уганда (Рисунок 5.1).

Чтобы устранить остающиеся пробелы, необходимо решить ряд проблем. Текущие программы не охватывают многих матерей, которые приобретают ВИЧ во время беременности, в послеродовой период или во время грудного вскармливания. Некоторые беременные женщины, которые знают, что живут с ВИЧ, неохотно принимают антиретровирусные препараты, а другие прекращают лечение после родов. Регулярный и неоднократный добровольный скрининг на ВИЧ по инициативе медработника во всем мире должен стать частью базового пакета услуг до беременности, во время беременности и в послеродовой период во всех странах с генерализованными эпидемиями ВИЧ, и обязательной услугой для женщин, принадлежащих к ключевым группам населения (2).

Тестирование партнёров помогает выявлять женщин в серодискордантных парах, подвергающихся высокому риску заражения ВИЧ. Наконец, для максимизации преимуществ пожизненной антиретровирусной терапии женщинам требуется более эффективное консультирование и подготовка к началу АРТ; женщины также нуждаются во вспомогательных услугах на уровне семьи, общины и лечебных учреждений, нацеленных на укреплении приверженности к лечению. Дети, рожденные от матерей, живущих с ВИЧ, нуждаются в ранней диагностике, а при установлении положительного ВИЧ-статуса, быстром начале педиатрической терапии (см. Главу 3).

ПРЕЗЕРВАТИВЫ

Мужские и женские презервативы эффективны, дешёвы и просты в использовании. Увеличение использования презервативов людьми с высоким риском заражения ВИЧ совпало со снижением заболеваемости ВИЧ-инфекцией во многих странах. Все 11 стран с высокой распространённостью ВИЧ (>2%), сообщили о снижении количества новых случаев ВИЧ-инфекции более чем на 30%, а достоверные данные по использованию презервативов в период с 2000 по 2016 год указывают на увеличение использования презервативов мужчинами и женщинами (Рисунок 5.2). В большинстве этих стран также увеличилось использование мужских презервативов во время платного секса. Показатель использования презерватива во время последнего сексуального контакта с высоким риском заражения (с партнёром, с которым не состояли в браке и не сожительствовали) был наивысшим в Ботсване (94%, 2013 г.), Зимбабве (85%, 2015 г.), Намибии (80%, 2013 г.) и Малави (76%, 2015 г.).

РОСТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕЗЕРВАТИВОВ СОВПАДАЕТ СО СНИЖЕНИЕМ КОЛИЧЕСТВА НОВЫХ СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

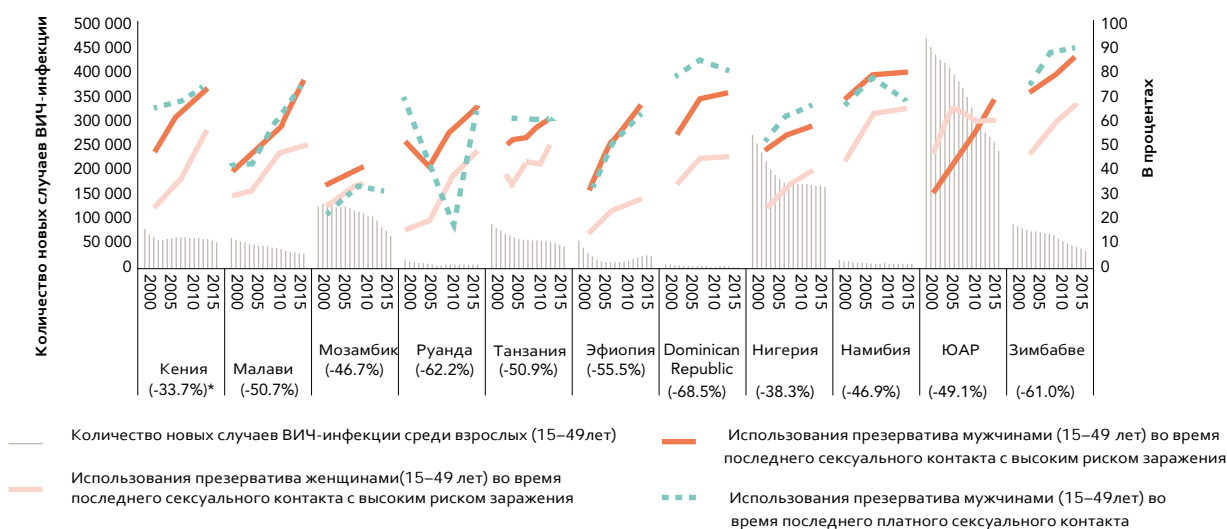


РИСУНОК 5.2. ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕЗЕРВАТИВА ВО ВРЕМЯ ПОСЛЕДНЕГО СЕКСУАЛЬНОГО КОНТАКТА И КОЛИЧЕСТВО НОВЫХ СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ВЗРОСЛЫХ (15–49 ЛЕТ), 11 СТРАН, 2000–2016 гг.

Источник: Оценка ЮНЭЙДС 2017 г. Исследования в группах населения, 2000–2016 гг.
*Процентное снижение количества новых случаев ВИЧ-инфекции за период 2000–2016 гг.

Презервативы остаются основным средством профилактики ВИЧ-инфекции среди работников секс-бизнеса. Из 74 стран, представивших данные исследований, 51 страна указали, что свыше 80% процентов работников секс-бизнеса сообщали об использовании презерватива во время последнего полового акта с клиентом. В 22 странах, в рамках программ раздачи презервативов медианное количество на одного работника секс-бизнеса составило 86 презервативов, причем в трёх странах на одного секс-работника приходилось более 300 выданных презервативов, а в ещё двух странах на одного работника секс-бизнеса приходилось более 200 выданных презервативов. Презервативы обладают более широкими защитными свойствами, предохраняя не только от ВИЧ, но и инфекций, передающихся половым путем (ИППП), и незапланированной беременности. Недавний анализ инвестиционных затрат и потенциальной отдачи от программ раздачи презервативов показал, что инвестирование дополнительных 27,5 млрд. долл. США в мужские презервативы, как часть пакета противозачаточных средств, предоставляемых 81 стране до 2030 года, удовлетворит все существующие потребности в области планирования семьи и 90% потребностей в презервативах для профилактики ВИЧ и ИППП среди людей с высоким риском заражения. Это может предотвратить 700 миллионов случаев ИППП, 17 миллионов случаев ВИЧ-инфекции и 420 миллионов незапланированных беременностей, предотвращая в общей сложности потерю 240 миллионов лет жизни, скорректированных на инвалидность (индекс DALY), исходя из цены 115 долл. США за DALY (3). Послетестовое консультирование является хорошей возможностью для разъяснения преимуществ и поощрения использования презервативов и других методов профилактики ВИЧ-инфекции.

¹ Показатели использования презервативов во время последнего полового контакта высокого риска основывается по меньшей мере на трех национальных репрезентативных популяционных исследованиях.

СНИЖЕНИЕ ВРЕДА

Комплексный пакет услуг, рекомендуемый Всемирной Организацией Здравоохранения, Управлением ООН по наркотикам и преступности и ЮНЭЙДС для предотвращения распространения ВИЧ и снижения другого вреда, связанного с употреблением наркотиков, включает программы обмена игл и шприцев, опиоидную заместительную терапию, тестирование на ВИЧ и антиретровирусную терапию. Страны, принявшие комплексный подход к снижению вреда, обеспечивают лучшее состояние здоровья людей, употребляющих инъекционные наркотики, и их сексуальных партнёров, включая сокращение количества случаев заражения ВИЧ и гепатитами. Эти программы позволяют также более эффективно регулировать употребление наркотиков и бороться с наркопреступностью (4).

В провинции Британская Колумбия, Канада, был произведён анализ данных за период с 1996 по 2013 год с использованием методов компьютерного моделирования для оценки влияния программ снижения вреда и антиретровирусной терапии. Результаты анализа указывают на то, что услуги по снижению вреда играют важнейшую роль в уменьшении заболеваемости ВИЧ и гепатитом С в данной провинции, и что их следует рассматривать в качестве главных и экономически эффективных инструментов комплексной стратегии (5, 6). Тем не менее, согласно последним данным за 2014–2016 годы, только 12 из 60 стран, представивших отчеты, выполняют международную рекомендацию и выдают по 200 стерильных игл и шприцев на одного человека, употребляющего инъекционные наркотики (Рисунок 5.3).

НЕДОСТАТОЧНОЕ РАСПРОСТРАНЕНИЕ КРИТИЧЕСКИ ВАЖНЫХ И ЭКОНОМИЧЕСКИ ЭФФЕКТИВНЫХ ИНСТРУМЕНТОВ ПРОФИЛАКТИКИ

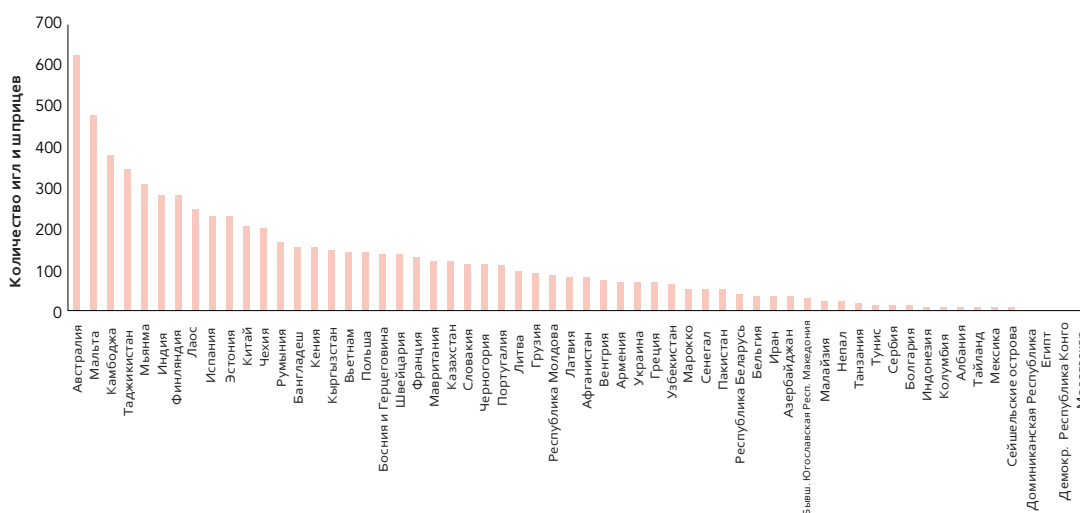


РИСУНОК 5.3. КОЛИЧЕСТВО СТЕРИЛЬНЫХ ИГЛ И ШПРИЦЕВ, РАСПРЕДЕЛЕННЫХ В РАСЧЁТЕ НА ОДНОГО ЧЕЛОВЕКА, УПОТРЕБЛЯЮЩЕГО ИНЪЕКЦИОННЫЕ НАРКОТИКИ, ПО СТРАНАМ, 2014–2016 гг.

Источник: Глобальный мониторинг СПИДа, 2015–2017 г.
*Последние доступные данные за 2014–2016 гг.

В Швейцарии услуги по снижению вреда включают программы раздачи игл и шприцев, предоставление стерильного инструментария, безопасные инъекционные комнаты, лечение наркотической зависимости (включая опиоидную заместительную терапию) и различные виды психосоциальной поддержки. Доля новых случаев ВИЧ-инфекции, связанных с использованием нестерильного инъекционного инструментария, снизился в Швейцарии с 50% всех новых случаев ВИЧ-инфекции в 1980-х годах до 3% новых случаев ВИЧ-инфекции в последние годы. В 2013 году в Швейцарии только 12 мужчинам и трём женщинам, употреблявшим инъекционные наркотики, был поставлен диагноз ВИЧ-инфекция (7).

Даже в странах с устоявшимися программами снижения вреда бдительность имеет решающее значение для предотвращения эпидемических вспышек, таких как те, что в последние годы имели место в Греции, Ирландии, Румынии и Шотландии (8–11). Анализ вспышки ВИЧ-инфекции 2014 года в Глазго, Великобритания, показал, что услуги по снижению вреда должны быть также доступны людям, употребляющим инъекционные наркотики и попавшим в трудную жизненную ситуацию, в том числе, не имеющим жилья (8).

ДОКОНТАКТНАЯ ПРОФИЛАКТИКА

Оральная доконтактная профилактика (ДКП) является дополнительным и малозаметным методом профилактики ВИЧ-инфекции среди людей с высоким риском заражения ВИЧ. Организации, проводящие тестирование на ВИЧ, могут использовать растущую доступность средств ДКП, предлагая их людям, получившим отрицательный результат тестирования на ВИЧ, и этим способствуя достижению целей «90–90–90». В ряде городов Северной Америки и Западной Европы, включая Лондон, Сан-Франциско и Вашингтон, использование средств ДКП, как представляется, ведёт к снижению количества новых случаев ВИЧ-инфекции (12–14).

ДОСТУПНОСТЬ ДКП ВСЁ ЕЩЁ ОГРАНИЧЕНА

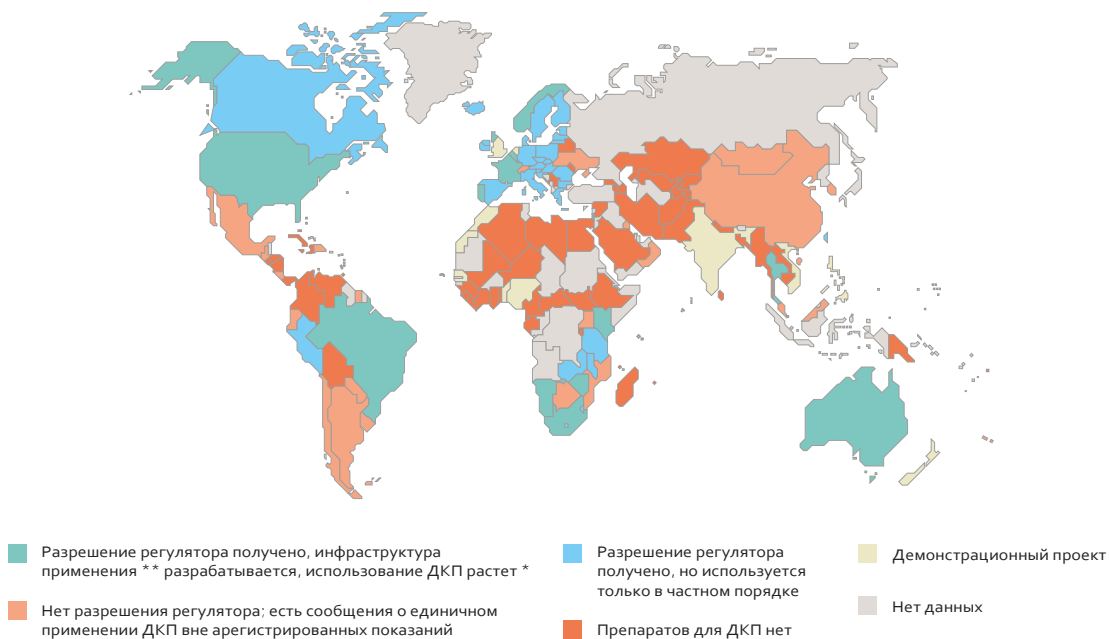


РИСУНОК 5.4. ДОСТУПНОСТЬ ДОКОНТАКТНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПО СТРАНАМ, 2017 г.

Источник: «Национальные обязательства и политические инструменты», 2017 г.

* См. Дальнейшее объяснение в тексте

** Инфраструктура для расширения масштабов применения ДКП включает в себя появление клинических руководств; обучение персонала, оказывающего услуги; внедрение порядка использования генерических препаратов; субсидирование цены или возмещение стоимости; эффективное создание спроса.

По состоянию на июнь 2017 года более 60 стран отметили некоторый уровень применения ДКП. По сравнению с 2016 годом он увеличился в два раза, однако в мире доступ к ДКП остаётся ограниченным. По существующим оценкам, количество людей, начинающих применение ДКП с 2012 года по начало 2017 года, составило около 250 000 человек (15). Из них большинство (220 000) находились в США, где, по оценкам, в 2017 году ежемесячно ДКП принимает 124 000 человек (16). Всё более масштабными становятся программы ДКП во Франции и Австралии, где быстро растёт спрос на эту услугу среди геев и других мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами (15). Зимбабве, Кения и Южная Африка – страны с тяжёлым бременем эпидемии ВИЧ-инфекции – находятся на этапе подготовки к массовому применению ДКП (15). К июню 2017 года в 50 странах появились нормативные документы, разрешающие использование антиретровирусных препаратов в качестве профилактики, однако лишь 15 из этих стран создали или обязались разработать программу применения ДКП в широком масштабе (15).²

Вне рамок национальных программ доступ к ДКП осуществляется за счёт частных средств. В Европе и Канаде работает несколько представляющих отчётность клиник, оказывающих услуги людям, которые покупают выписанные препараты по интернету. Частные врачи, не участвующие в национальных программах, выдают рецепты на ДКП почти в 40 странах. Все услуги ДКП должны регулироваться таким образом, чтобы их использование осуществлялось только при наличии рецепта, отрицательного теста на ВИЧ, диспансерного наблюдения для коррекции факторов риска, поддержки приверженности, а также скрининга и лечения других ИППП.

² 15 стран: Австралия, Бельгия, Бразилия, Франция, Израиль, Кения, Люксембург, Намибия, Норвегия, Португалия, Шотландия, Южная Африка, Таиланд, США и Зимбабве.

ДОБРОВОЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ МУЖСКОЕ ОБРЕЗАНИЕ

Добровольное обрезание мужчин в медицинских учреждениях представляет собой эффективное по затратам разовое вмешательство, которое обеспечивает пожизненную частичную защиту от передачи ВИЧ от женщин мужчинам. Работа по проведению добровольного обрезания мужчин в медицинских учреждениях быстро активизировалась в 14 приоритетных странах в Восточной и Южной Африке в период с 2008 по 2014 год, достигнув уровня в 3,2 млн обрезаний в год. Однако в 2015 и 2016 гг. количество процедур обрезаний сократилось до приблизительно 2,6 млн в год. В приоритетных странах наблюдались разнонаправленные тенденции. В Кении, Малави, Мозамбике, Намибии, Свазиленде и Зимбабве рост количества обрезаний продолжался; а в Ботсване, Эфиопии, Лесото, Руанде и Замбии в 2016 году удалось лишь частично обратить вспять значительное снижение количества обрезаний, наблюдавшееся в 2014 и 2015 гг. При этом в Южной Африке, Уганде и Танзании произошло относительно резкое снижения годового количества обрезаний.

В КЛЮЧЕВЫХ СТРАНАХ НЕОБХОДИМО УВЕЛИЧИТЬ КОЛИЧЕСТВО ДОБРОВОЛЬНЫХ ОБРЕЗАНИЙ МУЖЧИН В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

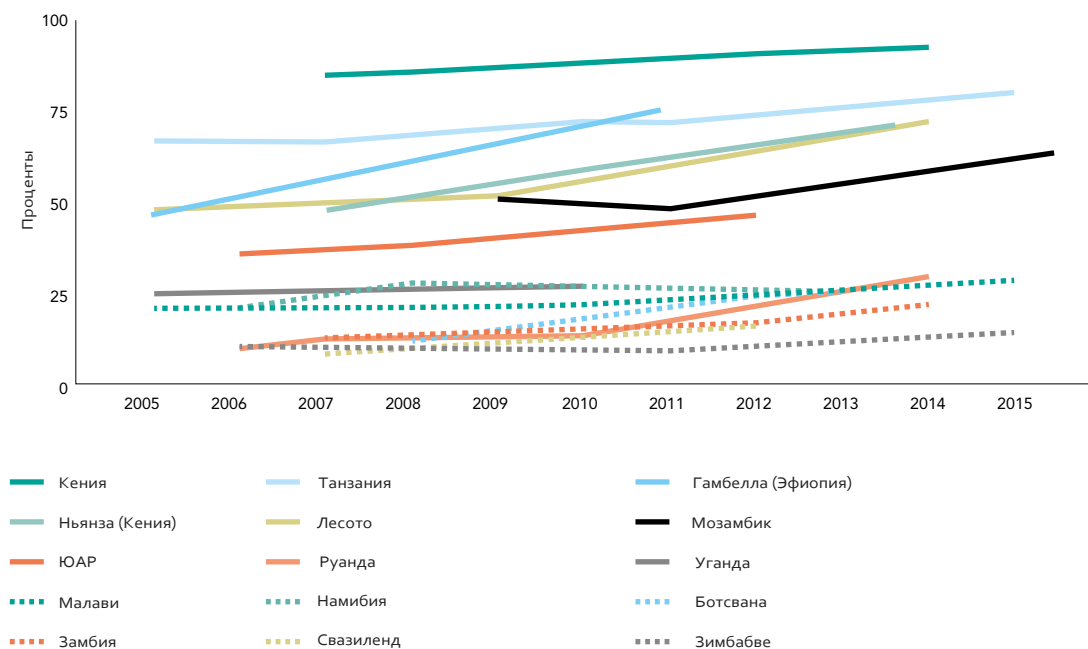


РИСУНОК 5.5. РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО МУЖСКОГО ОБРЕЗАНИЯ (ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ 15–49 ЛЕТ) В 14 ПРИОРИТЕТНЫХ СТРАНАХ, 2005–2015 гг.

Источник: Данные обследований населения, 2005–2015 гг.

Согласно данным, полученным в ходе обследований населения, распространённость добровольного медицинского обрезания мужчин (в возрасте 15–49 лет) находится ниже уровня 30% в Ботсване, Малави, Намибии, Руанде, Свазиленде, Уганде, Замбии и Зимбабве (Рисунок 5.5).

Для достижения целевого показателя 25 миллионов обрезаний в период 2016–2020 гг. критически важным является придание нового импульса соответствующим программам, реализуемым в 14 приоритетных странах. Рамочный документ по глобальной стратегии в области медицинского обрезания мужчин содержит указания по включению этого конкретного вмешательства в пакеты услуг, предоставляемых мужчинам и мальчикам различных возрастных групп, в том числе в пакеты консультаций по вопросам половых отношений, использования наркотиков, мужественности и гендерных норм, использования презервативов, тестирования на ВИЧ и направления на лечение. Рамочный документ ставит целью обеспечить добровольное обрезание 90% мужчин (в возрасте 10–29 лет) в приоритетных группах к 2021 году. (17).

РАСШИРЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ МОЛОДЁЖИ

Одна из критически важных составляющих комплексного подхода заключается в том, чтобы предоставить молодым людям знания и услуги, необходимые для сохранения здоровья. Несмотря на рост общих знаний о ВИЧ, всего 36% молодых мужчин и 30% молодых женщин (в возрасте 15–24 лет) в 37 странах, по которым имелись данные за период 2011–2016 гг., обладали комплексными и правильными знаниями о профилактике ВИЧ-инфекции. Без правильных знаний о ВИЧ молодёжь склонна к недооценке своей реальной подверженности риску инфицирования, а также к пренебрежению мерами собственной защиты от ВИЧ-инфекции. Среди 41 страны, по которым имеются данные в отношении молодых мужчин и женщин (в возрасте 15–24 лет) за период с 2011 по 2016 гг., показатель использования презерватива во время последнего сопряженного с риском полового контакта в предыдущие 12 месяцев составил менее 50% среди молодых женщин в 31 стране, а среди молодых мужчин – в 18 странах.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ НАЛИЧИЯ НЕОБХОДИМЫХ ЗНАНИЙ У МОЛОДЁЖИ



РИСУНОК 5.6. СТРАНЫ, ИМЕЮЩИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ ПО ВОПРОСАМ ПОЛОВОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ, ВКЛЮЧАЮЩИЕ ТЕМАТИКУ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, В ШКОЛАХ И ПРИ ОБУЧЕНИИ УЧИТЕЛЕЙ, 2016 г.

Источник: Национальные обязательства и политические инструменты. 2017 г.

Наличие полового просвещения в школах представляет собой важную стратегию по улучшению знаний о ВИЧ и снижению риска заражения, что показано в систематическом анализе результатов 64 исследований, проведённых на шести континентах (18).³ В большинстве стран имеются стратегии по обучению основам безопасности жизнедеятельности, включающие вопросы ВИЧ-инфекции и полового просвещения (Рисунок 5.6), однако неясно, сколько из этих стран реализуют эту политику на практике и в каком масштабе. По результатам анализа, выполненного в 2015 году, был сделан вывод, что масштаб и качество таких мер в области образования, особенно в странах Африки к югу от Сахары, не соответствуют угрозам, которые несут с собой ВИЧ-инфекция и другие заболевания, передающиеся половым путём (19). В число барьеров на пути к получению услуг входят законы, регулирующие возраст сексуального согласия и криминализирующие секс между подростками, а также законы, требующие получения согласия родителей или супруга на использование услуг здравоохранения, связанных с ВИЧ или половым и репродуктивным здоровьем. В 2016 году в 63% из 108 стран, представившие отчётность, для использования услуг здравоохранения, связанных с половым и репродуктивным здоровьем лицами моложе 18 лет требовалось согласие родителей. Согласие родителей было также необходимо этим лицам для прохождения тестирования на ВИЧ в 71% этих стран, а в 56% стран – и на доступ к лечению ВИЧ-инфекции. Около трёх четвертей от общего числа стран, представившим отчётность за 2016 год (79 из 110), сообщили, что в них отсутствуют возрастные ограничения на доступ к презервативам, однако половина стран Восточной и Южной Африки, представившие отчётность, и 44% стран Западной и Центральной Африки в отчётах указали наличие возрастных ограничений на доступ к презервативам.

³ Ученики, имевшие в школах программы полового просвещения, показали значительно более прочные знания о ВИЧ-инфекции, имели более высокие показатели использования презервативов и характеризовались повышенной вероятностью более позднего начала половой жизни по сравнению с учениками, не получившими такого образования.

ПРЕКРАЩЕНИЕ НАСИЛИЯ В ОТНОШЕНИИ ЖЕНЩИН И ДЕВОЧЕК

В течение десятилетий неравенство полов, дискриминация и насилие подвергли женщин, девочек и ключевые группы населения повышенному риску инфицирования ВИЧ и снижали эффективность услуг здравоохранения, связанных с ВИЧ и другими заболеваниями. Насилие – или угроза насилия – подрывали способность женщин настаивать на более безопасном сексе и пользоваться преимуществами мер профилактики ВИЧ, проведения анализов и лечения, а также услугами здравоохранения, связанными с половым и репродуктивным здоровьем (20–22). В отдельных регионах женщины, подвергающиеся насилию со стороны интимных партнёров, могут оказаться ВИЧ-инфицированы с вероятностью в среднем в полтора раза превышающей вероятность инфицирования в отсутствие такого насилия (23). Насилие в отношении женщин также связано с более низкими показателями использования ДКП, мер постконтактной профилактики и лечения ВИЧ-инфекции, в том числе среди беременных женщин, а также с неудовлетворительными клиническими исходами антиретровирусной терапии у женщин (24–26).

ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО О ДОМАШНЕМ НАСИЛИИ

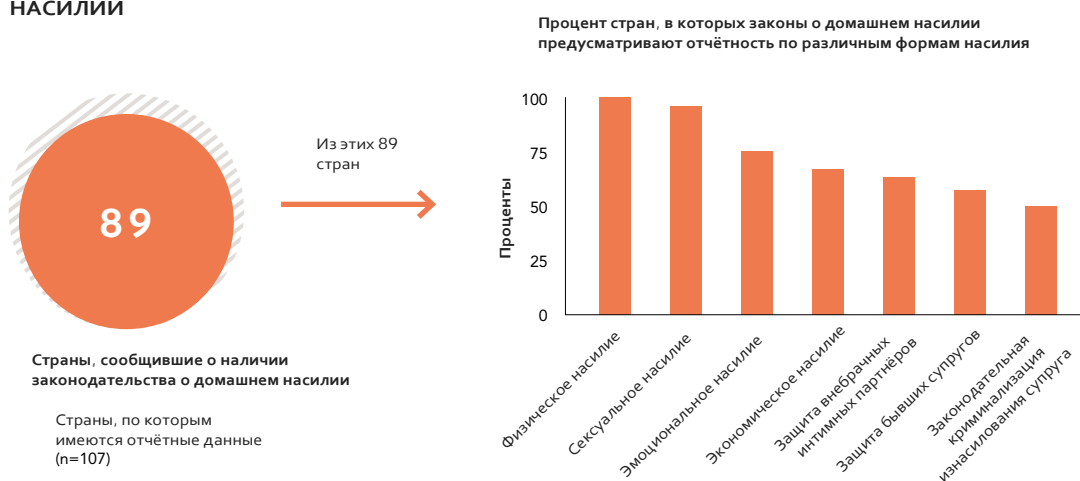


РИСУНОК 5.7. ПРОЦЕНТ СТРАН, ИМЕЮЩИХ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО О ДОМАШНЕМ НАСИЛИИ, СООБЩИВШИХ О ВКЛЮЧЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ НАСИЛИЯ В ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО, СТРАНЫ, ПРЕДСТАВИВШИЕ ОТЧЁТНОСТЬ в 2016 г.

Источник: Национальные обязательства и политические инструменты.2017 г.

Данные исследований, проведённых в Китае, Южной Африке и в Уганде, подтверждают, что общественные мероприятия – включая групповое обучение для женщин и мужчин, а также вовлечение общин – снизили количество случаев насилия в отношении интимных партнёров (27–31). Например, проект SHARE (Safe Homes and Respect for Everyone – «Безопасные жилища и уважение ко всем»), реализованный в Уганде, показал, что сочетание общинных программ и клинических услуг может снижать как показатели насилия в отношении интимных партнёров, так и количество случаев ВИЧ-инфицирования у женщин (30). Расширение экономических возможностей женщин и денежные переводы могут также помочь в деле защиты женщин от насилия по половому признаку (29,32).

Прямые целенаправленные правовые реформы могут оказать огромное влияние. Например, в Соединённых Штатах снижение показателя насилия в отношении интимных партнёров – этот показатель снизился на 53% в период с 1993 по 2008 гг. – считается, отчасти, результатом принятия Закона о насилии в отношении женщин (Violence against Women Act)(33). Этот принятый в 1994 году закон обеспечил выделение средств на осуществление широкого круга программ, направленных на уменьшение насилия на основе гендерной принадлежности. Из 107 стран, представившим отчетность за 2016 год, в 89 имелось законодательство, направленное против домашнего насилия, при этом большинство этих законодательных актов обеспечивало защиту по широкому кругу вопросов (Рисунок 5.7).

УКРЕПЛЕНИЕ МЕР СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ

Меры, позволяющие подросткам, особенно девушкам, поступить в начальную школу и продолжить учёбу для получения среднего образования, создают многие преимущества, в том числе уменьшают количество нежелательных или незапланированных беременностей, снижают показатели инфицирования ВИЧ и уменьшают риск насилия в отношении партнёра (34, 35). Имеются свидетельства того, что денежные переводы позволяют девушкам продолжать учёбу в школе, и что такие переводы позволяют женщинам добиться уменьшения насилия со стороны партнёра, а также вносят свой вклад в сохранение полового здоровья – все эти результаты способны поддержать более равномерное социальное и экономическое развитие, а также снизить уязвимость к ВИЧ и риск ВИЧ-инфицирования (36–41).

ОБЕСПЕЧЕНИЕ УЧЁБЫ ДЕВОЧЕК В ШКОЛЕ



РИСУНОК 5.8. СТРАНЫ, В КОТОРЫХ РЕАЛИЗУЮТСЯ ПРОГРАММЫ ДЕНЕЖНЫХ ПЕРЕВОДОВ МОЛОДЫМ ЖЕНЩИНАМ (В ВОЗРАСТЕ 15–24 ЛЕТ), ПО РЕГИОНАМ, 2016 г.

Источник: Национальные обязательства и политические инструменты.2017 г

В Замбии проект «Образование девочек и поддержка женщин и условий их жизни» (Girls' Education and Women's Empowerment and Livelihoods Project) компенсирует оплату школьного обучения приблизительно 14 000 девочкам-подросткам из бедных семей в рамках систем социальной защиты в странах проекта (42). Грант Южной Африки на поддержку детства с охватом более 12 миллионам человек, 95% из которых женщины, повысил образовательный уровень получателей стипендий, расширил возможности женщин и снизил уровень бедности, а также, возможно, содействовал сокращению сопряженных с риском половых связей девушек-подростков (37, 43–45).⁴ В рамках программы PEPFARDREAMS был реализован основной пакет мер, основывающихся на фактических данных, среди которых были денежные переводы (46). Программы денежных переводов реализуются в 10 странах Восточной и Южной Африки и шести странах Латинской Америки, однако в других регионах они используются реже (Рисунок 5.8).

⁴ Южноафриканский грант на поддержку детства выдаётся в сумме 350 рандов (около 26 долл. США) в месяц на ребёнка в возрасте до 18 лет.

ВЫВЕСТИ СПИД ИЗ ИЗОЛЯЦИИ

Борьба со СПИДом в широком контексте, а не изолированно, ускоряет прогресс в противодействии ВИЧ и по всему ряду Целей Устойчивого Развития. Перекрывающиеся эпидемии ВИЧ, туберкулёза, вирусного гепатита и вируса папилломы человека (ВПЧ) создают схожие проблемы, касающиеся способов передачи, сложности диагностики, затронутые эпидемиями группы населения, которые трудно охватить лечебно-профилактическими мероприятиями. Совершенствование взаимодействия между различными программами охраны здоровья поможет укрепить системы здравоохранения и повысить эффективность их работы.

РОСТ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГЛОБАЛЬНЫХ МЕР В ОТВЕТ НА ТУБЕРКУЛЁЗ И ВИЧ

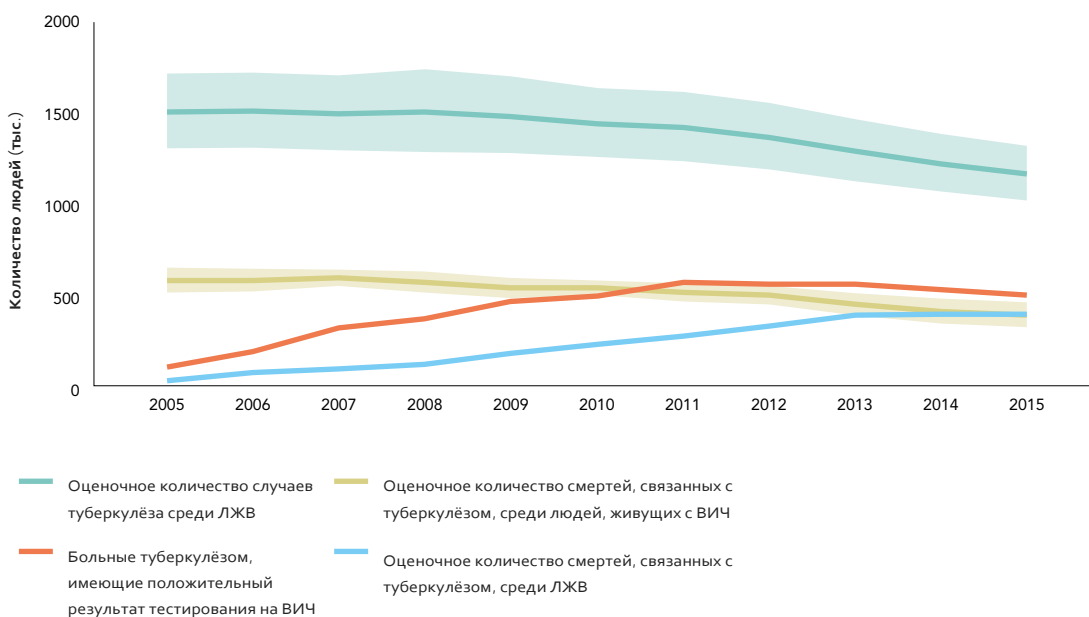


РИСУНОК 5.9. КОЛИЧЕСТВО СЛУЧАЕВ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТУБЕРКУЛЁЗОМ И СВЯЗАННЫХ С ТУБЕРКУЛЁЗОМ СМЕРТЕЙ СРЕДИ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ; КОЛИЧЕСТВО БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ, ЗНАЮЩИХ СВОЁМ ПОЛОЖИТЕЛЬНОМ ВИЧ-СТАТУСЕ; И КОЛИЧЕСТВО БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ И ПОЛУЧАЮЩИХ АРТ, В МИРЕ, 2005–2015 гг.

Источник: Доклад о глобальной борьбе с туберкулезом, 2016 год. Женева: Всемирная Организация Здравоохранения; 2016 год.

Значительное усиление глобальных мер в ответ на туберкулёз и ВИЧ привело к снижению заболеваемости туберкулёзом, а также количества смертей, связанных с туберкулёзом (Рисунок 5.9). Количество смертей, связанных с туберкулёзом, среди людей, живущих с ВИЧ, сократилось на одну треть, с пикового значения приблизительно в 593 000 случаев в 2007 году до 389 000 в 2015 году. По оценкам, более тесное взаимодействие между программами борьбы с ВИЧ и туберкулёзом в странах Африки южнее Сахары позволило предотвратить примерно 5,9 миллионов смертей в период между 2000 и 2014 годами. (47). При этом туберкулёз остаётся главной причиной госпитализации и смерти людей, живущих с ВИЧ (48, 49). Кроме того, хронические инфекции гепатита В и С входят в число главных факторов заболеваемости и смертности в нескольких странах, а у женщин, живущих с ВИЧ и инфицированных вирусом папилломы, вероятность развития рака шейки матки и смерти от этого заболевания гораздо выше, чем у женщин без ВИЧ (50). Созданы или разрабатываются новые лабораторные технологии, позволяющие проводить тестирование на различные заболевания с использованием общей платформы. Например, одно и то же устройство может быть использовано для диагностики на туберкулёз и ВИЧ, а также провести измерение вирусной нагрузки при ВИЧ и гепатите С. Такие предназначенные для диагностики нескольких заболеваний устройства могут повысить общую эффективность работы и расширить доступ к соответствующим мерам профилактики и лечения (51).

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Goga A, Jackson D, Lombard C, Ramokolo V, Ngandu N, Sherman G et al. Highest risk of mother-to-child transmission of HIV or death in the first 6 months postpartum: results from 18 months follow-up of an HIV-exposed cohort, South Africa. 21st International AIDS Conference, 18–22 July 2016, Durban.
2. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach. Second edition. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684_eng.pdf?ua=1).
3. Stover J, Rosen JE, Carvalho MN, Korenromp EL, Friedman HS, Cogan M et al. The case for investing in the male condom. *PLoS ONE*. 2017;12(5):e0177108.
4. Do no harm. Geneva: UNAIDS; 2016.
5. Nosyk B, Zang X, Min JE, Krebs E, Lima VD, Milloy M-J et al. Relative effects of antiretroviral therapy and harm reduction initiatives on HIV incidence in British Columbia, Canada, 1996–2013: a modelling study. *Lancet HIV* 2017;4:e303–10.
6. Fraser H, Mukandavire C, Martin NK, Hickman M, Cohen MS, Miller WC3 et al. HIV treatment as prevention among people who inject drugs: re-evaluation of the evidence. *Int J Epidemiol*. 2017;46(2):466–78.
7. Draft annotated agenda. Agenda Item 1.1. UNAIDS/PCB (40)/CRP4.
8. Sypsa V, Paraskevis D, Malliori M, Nikolopoulos GK, Panopoulos A, Kantzanou M et al. Homelessness and other risk factors for HIV infection in the current outbreak among injection drug users in Athens, Greece. *Am J Public Health*. 2015 Jan;105(1):196–204.
9. Giese C, Igoe D, Gibbons Z, Hurley C, Stokes S, McNamara S et al. Injection of new psychoactive substance snow blow associated with recently acquired HIV infections among homeless people who inject drugs in Dublin, Ireland, 2015. *Euro Surveill*. 2015;20(40).
10. Botescu A, Abagiu A, Mardarescu M, Ursan M. HIV/AIDS among injecting drug users in Romania: report of a recent outbreak and initial response policies. In: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2016.
11. Ragonnet-Cronin M, Jackson C, Bradley-Steward A, Aitken C, McAuley A, Palmateer N et al. Phylogenetics of a recent HIV outbreak among people who inject drugs in Scotland. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI) 2017, 13–16 February 2017, Seattle. Abstract number 185.
12. Brown AE, Mohammed H, Ogaz D, Kirwan PD, Yung M, Nash SG et al. Fall in new HIV diagnoses among men who have sex with men (MSM) at selected London sexual health clinics since early 2015: testing or treatment or pre-exposure prophylaxis (PrEP)? *Eurosurveillance*. 2017;22(25).
13. Chason R. D.C. reports sharp decline in new HIV infections. *The Washington Post*. June 27 2017 (https://www.washingtonpost.com/local/dc-politics/dc-reports-sharp-decline-in-new-hiv-infections/2017/06/27/60d4ea38-5b3b-11e7-9fc6-c7ef4bc58d13_story.html?utm_term=.c7d43d4f3366; accessed 8 July 2017).
14. HIV epidemiology annual report 2014, HIV epidemiology section. San Francisco: San Francisco Department of Public Health, Population Health Division; 2015.
15. Coleman R. Special analysis for UNAIDS. July 2017.
16. Personal communication with Betty Chang, Gilead Sciences, 20 June 2017.
17. A framework for voluntary medical male circumcision: effective HIV prevention and a gateway to improved adolescent boys' & men's health in eastern and southern Africa by 2021. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246234/1/WHO-HIV-2016.17-eng.pdf>, accessed 5 April 2017).
18. Fonner VA, Armstrong KS, Kennedy CE, O'Reilly KR, Sweat MD. School-based sex education and HIV prevention in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2014;9(3):e89692.
19. Emerging evidence, lessons and practice in comprehensive sexuality education: a global review. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO); 2015 (<http://unesdoc.unesco.org/images/0024/002431/243106e.pdf>).

20. Gari S, Malungo JR, Martin-Hilber A, Musheke M, Schindler C, Merten S. HIV testing and tolerance to gender-based violence: a cross-sectional study in Zambia. *PLoS One*. 2013;8(8):e71922.
21. Mohammed BH, Johnston JM, Harwell JI, Yi H, Tsang KW, Haidar JA. Intimate partner violence and utilization of maternal health-care services in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):178.
22. Maxwell L, Devries K, Zions D, Alhusen JL, Campbell J. Estimating the effect of intimate partner violence on women's use of contraception: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2015;10(2):e0118234.
23. World Health Organization (WHO), London School of Hygiene & Tropical Medicine, South African Medical Research Council. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: WHO; 2013.
24. Roberts ST, Haberer J, Celum C, Mugo N, Ware NC, Cohen CR et al. Intimate partner violence and adherence to HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) in African women in HIV serodiscordant relationships: a prospective cohort study. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2016;73(3):313–322.
25. Chacko L, Ford N, Sbaiti M, Siddiqui R. Adherence to HIV post-exposure prophylaxis in victims of sexual assault: a systematic review and meta-analysis. *Sex Transm Infect*. 2012;88(5):335–341.
26. Hatcher AM, Smout EM, Turan JM, Christofides N, Stöckl H. Intimate partner violence and engagement in HIV care and treatment among women: a systematic review and meta-analysis. *AIDS*. 2015;29(16):2183–2194.
27. Ellsberg M, Arango DJ, Morton M, Gennari F, Kiplesund S, Contreras M et al. Prevention of violence against women and girls: what does the evidence say? *Lancet*. 2015;385(9977):1555–66.
28. Pulerwitz J, Jui W, Arney J. Changing gender norms and reducing HIV and violence risk among workers and students in China. *J Health Commun*. 2015;20(8):869–78.
29. Jewkes R, Gibbs A, Jama-Shai N, Willan S, Misselhorn A, Mushinga M et al. Stepping Stones and Creating Futures intervention: shortened interrupted time series evaluation of a behavioural and structural health promotion and violence prevention intervention for young people in informal settlements in Durban, South Africa. *BMC Public Health*. 2014;14:1325.
30. Wagman JA, Gray RH, Campbell JC, Thoma M, Ndyanabo A, Ssekansvu J et al. Effectiveness of an integrated intimate partner violence and HIV prevention intervention in Rakai, Uganda: analysis of an intervention in an existing cluster randomised cohort. *Lancet Glob Health*. 2015;3:e23–33.
31. Michaels-Igbokwe C, Abramsky T, Devries K, Michau L, Musuya T, Watts C et al. Cost and cost-effectiveness analysis of a community mobilisation intervention to reduce intimate partner violence in Kampala, Uganda. *BMC Public Health*. 2016;16:196.
32. Holmes R, Jones N. Rethinking social protection using a gender lens. Working Paper 320. London: Overseas Development Institute; 2010 (<https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/6273.pdf>).
33. Modi MN, Palmer S, Armstrong A. The role of Violence Against Women Act in addressing intimate partner violence: a public health issue. *J Womens Health*. 2014;23:253–259.
34. De Neve JW, Fink G, Subramanian SV, Moyo S, Bor J. Length of secondary schooling and risk of HIV infection in Botswana: evidence from a natural experiment. *Lancet Glob Health*. 2015;3(8):e470–477.
35. Heise LL, Kotsadam A. Cross-national and multilevel correlates of partner violence: an analysis of data from population-based surveys. *Lancet Glob Health*. 2015;3:e332–40.
36. Taaffe J, Cheikh N, Wilson D. The use of cash transfers for HIV prevention—are we there yet? *Afr J AIDS Res*. 2016;15(1):17–25.
37. Cluver LD, Orkin FM, Yakubovich A, Sherr L. Combination social protection for reducing HIV-risk behaviour amongst adolescents in South Africa. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2016;72:96–104.
38. Davis B, editor. From evidence to action: the story of cash transfers and impact evaluation in sub-Saharan Africa. Oxford: Oxford University Press; 2016.
39. Cash transfers and HIV prevention. New York: United Nations Development Programme; 2014.
40. Lagarde M, Haines A, Palmer N. The impact of conditional cash transfers on health outcomes and use of health services in low and middle income countries. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(4):CD008137.
41. Baird SJ, Garfein RS, McIntosh CT, Özler B. Effect of a cash transfer programme for schooling on prevalence of HIV and herpes simplex type 2 in Malawi: a cluster randomised trial. *Lancet*. 2012;379(9823):1320–1329.

42. World Bank supports education of poor girls and livelihoods of vulnerable women in Zambia (press release). In: World Bank [website]. 22 May 2015 (<http://www.worldbank.org/en/news/press-release/2015/05/22/world-bank-supports-education-of-poor-girls-and-livelihoods-of-vulnerable-women-in-zambia>).
43. Department of Social Development, South African Social Security Agency, United Nations Children's Fund (UNICEF). Child support grant evaluation 2010: qualitative research report. Pretoria: UNICEF South Africa; 2011 (https://www.unicef.org/southafrica/SAF_resources_csg2012book.pdf).
44. Patel L, Hochfield T, Moodley J, Mutwali R. The gender dynamics and Impact of the child support grant in Doornkop, Soweto: research report. Johannesburg: Centre for Social Development in Africa, University of Johannesburg; 2012.
45. Leibbrandt M, Woolard I, McEwen H, Koep C. Employment and inequality outcomes in South Africa. Cape Town: Southern Africa Labour and Development Research Unit; 2010 (<http://www.oecd.org/els/emp/45282868.pdf>).
46. DREAMS Core Package of Interventions Summary. PEPFAR, Bill and Melinda Gates Foundation, GirlEffect, Johnson and Johnson, ViiV Healthcare, Gilead (<https://www.pepfar.gov/documents/organization/269309.pdf>; accessed 8 July 2017).
47. Global health sector response to HIV, 2000–2015: focus on innovations in Africa. Geneva: World Health Organization; 2015.
48. Ford N, Shubber Z, Meintjes G, Grinsztejn B, Eholie S, Mills EJ et al. Causes of hospital admission among people living with HIV worldwide: a systematic review and meta-analysis. *Lancet HIV*. 2015;2(10):e438–444.
49. Global tuberculosis report 2016. Geneva: World Health Organization; 2016.
50. HPV, HIV and cervical cancer: leveraging synergies to save women's lives. Geneva: UNAIDS; 2016.
51. Considerations for adoption and use of multidisease testing devices in integrated laboratory networks. Geneva: World Health Organization; 2017 (http://www.who.int/tb/publications/2017/considerations_multidisease_testing_devices_2017/en/).

6. Восточная и Южная Африка

ПРОГРЕСС В ДОСТИЖЕНИИ ЦЕЛЕЙ «90–90–90»

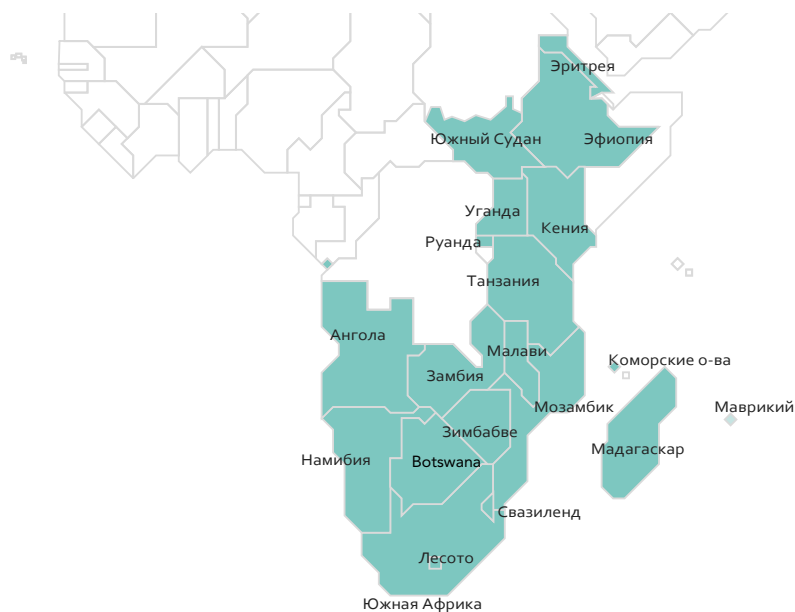


РИСУНОК 6.1. ПРОГРЕСС В ДОСТИЖЕНИИ ЦЕЛЕЙ «90–90–90» В ВОСТОЧНОЙ И ЮЖНОЙ АФРИКЕ, 2016 г.

Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2017; см. Приложение с подробным описанием использованных методов

Восточная и Южная Африка, где проживают более половины всех людей в мире, живущих с ВИЧ, демонстрирует огромный прогресс в достижении целей «90–90–90». Трое из четырёх людей, живущих с ВИЧ в этом регионе, знают свой ВИЧ-статус, почти четверо из пяти, знающих свой ВИЧ-статус, получают лечение, и более четырёх из пяти человек, получающих лечение, имеют подавленную вирусную нагрузку. Объём финансовых ресурсов, предоставленных региону для реализации мер в ответ на СПИД, близок к уровню, необходимому для достижения целей ускорения к 2020 году. Непрерывающаяся поддержка международных доноров, а также дальнейшее повышение эффективности работы будут необходимы для того, чтобы положить конец СПИДу в регионе с его наибольшим распространением.

РЕАЛИЗАЦИЯ ПОДХОДА ЛЕЧИТЬ ВСЕХ



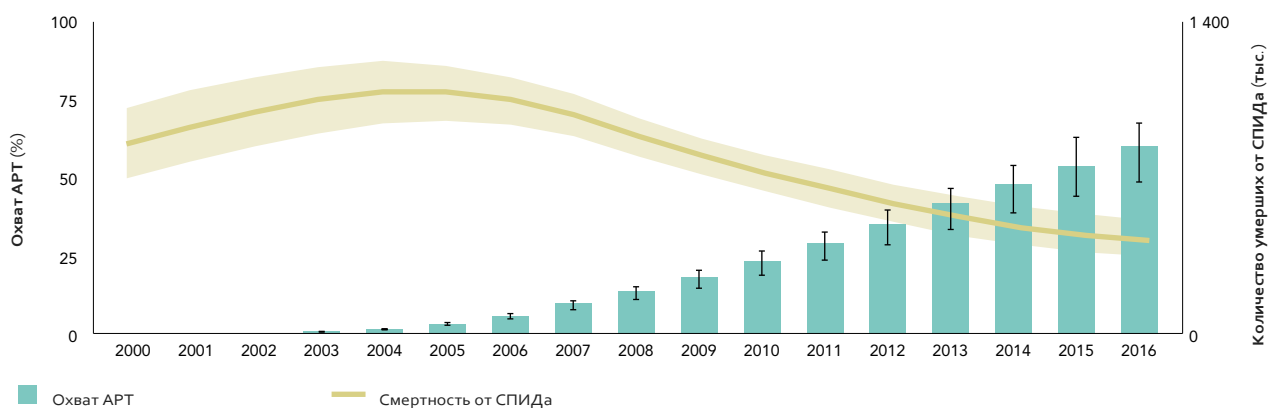
■ Лечить всех независимо от уровня CD4
 ■ Уровень CD4 меньше или равен 500 клеток/мкл

РИСУНОК 6.2. РЕКОМЕНДУЕМЫЙ ПОРОГ НАЧАЛА АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ У ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, В СООТВЕТСТВИИ С РУКОВОДЯЩИМИ ДОКУМЕНТАМИ МИНИСТЕРСТВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СТРАНАХ ВОСТОЧНОЙ И ЮЖНОЙ АФРИКИ, 2016 г.

Двадцать стран из 21 страны Восточной и Южной Африки приняли рекомендацию Всемирной организации здравоохранения о том, что антиретровирусная терапия каждого человека, живущего с ВИЧ, должна начинаться при любом значении CD4. Одиннадцать стран уже реализуют политику «лечить всех» в общенациональном масштабе.

Источник: ВОЗ, 2017 г.

СМЕРТНОСТЬ, СВЯЗАННАЯ СО СПИДОМ, СОКРАТИЛАСЬ ПОЧТИ НАПОЛОВИНУ ЗА ШЕСТЬ ЛЕТ



■ Охват АРТ
 — Смертность от СПИДа

РИСУНОК 6.3. ОХВАТ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИЕЙ И КОЛИЧЕСТВО УМЕРШИХ ОТ СПИДА, ВОСТОЧНАЯ И ЮЖНАЯ АФРИКА, 2000–2016 гг.

Увеличение масштаба применения АРТ является основным фактором резкого снижения смертности, связанной со СПИДом в Восточной и Южной Африке: по оценкам, 420 000 [350 000–510 000] смертей, связанных со СПИДом в 2016 году было на 42% меньше, чем в 2010 году. Снижение смертности от заболеваний, связанных со СПИДом, было даже более значительным среди детей (в возрасте 0–14 лет), с примерно 130 000 [99 000–150 000] в 2010 году до 58 000 [41 000–80 000] в 2016 году. Тем не менее, заболевания, связанные со СПИДом, остаются ведущей причиной смерти в регионе, особенно среди молодых женщин и девушек в возрасте 15–24 лет (1).

Источник: Глобальный мониторинг СПИДа, 2017 г.; оценки ЮНЭЙДС 2017 г.

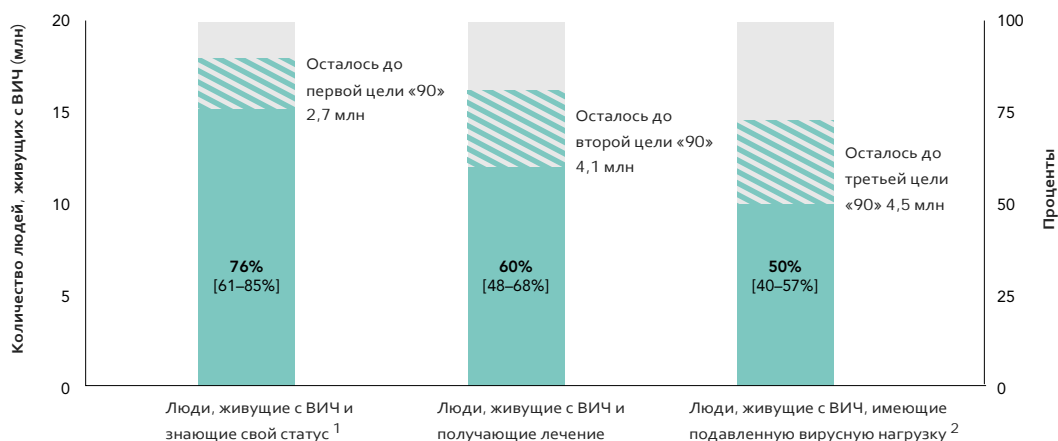


РИСУНОК 6.4. ЗНАНИЕ СВОЕГО ВИЧ-СТАТУСА, ОХВАТ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИЕЙ И ПОДАВЛЕНИЕ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ СРЕДИ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, ВОСТОЧНАЯ И ЮЖНАЯ АФРИКА, 2016 ГОД.

Источник: специальный анализ ЮНЭЙДС, 2017; см. Приложение с подробным описанием использованных методов.

¹ оценка за 2016 г., основанная на данных докладов 17 стран, охватывающих 99% людей, живущих с ВИЧ в Западной и Центральной Африке.

² оценка за 2016 г., основанная на данных докладов 11 стран. Согласно докладом, в регионе 37% лиц, получавших антиретровирусную терапию, также проходили тест на вирусную нагрузку в течение отчётного периода.

ДОБИТЬСЯ ПОЛНОГО ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛЕЙ ПО ВСЕМУ КАСКАДУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВИЧ

Более трёх четвертей (76% [61–86%]) людей общей численностью 19,4 млн [17,8–21,1 млн], живущих с ВИЧ в Восточной и Южной Африке по состоянию на конец 2016 года, знали свой ВИЧ-статус. Из общего числа тех, кто знал свой статус, 79% [64–89%] получали антиретровирусную терапию, что соответствует 60% [48–68%] общего количества людей, живущих с ВИЧ в регионе. Из получающих лечение, 83% [67–>89%] имели подавленную вирусную нагрузку, что соответствует 50% [40–57%] от общего количества лиц, живущих с ВИЧ в регионе (Рисунок 6.4.).

Знание своего ВИЧ-статуса

Среди людей, живущих с ВИЧ в Восточной и Южной Африке, показатель знания своего ВИЧ-статуса вырос с 72% [58–82%] в 2015 году до 76% [61–86%] в 2016 году (Рисунок 6.5). Для достижения первой цели «90» необходимо, чтобы ещё 2,7 млн человек, живущих с ВИЧ, знали свой ВИЧ-статус.

Проведение тестирования по инициативе медицинского работника, остаётся основным подходом, однако тестирование на базе общин показывает свою эффективность благодаря охвату большого количества лиц, впервые проходящих обследование; диагностированию людей, живущих с ВИЧ, на ранних этапах развития ВИЧ-инфекции; постановке на наблюдение тех, у кого результат тестирования оказался положительным (2). Всё большее распространение получает экспресс-тестирование под руководством санитарно-медицинских работников на рабочих местах и на дому (3).

В Южной Африке внедрена система самотестирования, а в нескольких других странах эта система действует в режиме апробирования, в том числе в Малави, Замбии и Зимбабве, где реализуется широкая программа оценки различных моделей самотестирования (4). Опыт Малави и других стран региона указывает на то, что там, где самотестирование на ВИЧ практикуется на базе общины, растёт спрос на услуги тестирования (в том числе среди мужчин и подростков), а также укрепляется связь с системой здравоохранения, особенно среди лиц, подверженных высокому риску заражения ВИЧ (5, 6).

Получение доступа к лечению ВИЧ-инфекции

В 2016 оценочное количество людей, получавших антиретровирусную терапию в регионе (11,7 млн [10.3–12.1 млн]) выросло почти в три раза по сравнению с 2010 годом. По мере медленного роста количества лиц, живущих с ВИЧ, в регионе, охвата АРТ увеличился с 23% [19–27%] в 2010 году до 60% [48–68%] в 2016 году. Необходимо поддерживать эту положительную динамику для того, чтобы обеспечить доступ к терапии 81% всех людей, живущих с ВИЧ, в регионе к 2020 году. По оценкам 2016 года, для полного достижения второй цели «90» оставалось ещё дополнительно охватить АРТ 4,1 млн человек. Охват терапией был самым широким в Ботсване (83% [65–95%]) и в Руанде (80% [61–93%]), однако несколько стран с большим количеством людей, живущих с ВИЧ, в своих докладах сообщили о более низком охвате, чем в среднем по региону: Эфиопия (59% [42–76%]), ЮАР (56% [50–61%]) и Мозамбик (54% [41–63%]). Страны развивают сотрудничество между общинами, организациями гражданского общества и государственными системами здравоохранения в целях расширения доступа к терапии ВИЧ-инфекции. В зимбабвийском районе Секе (Seke District) Служба распространения информации о ВИЧ и СПИД южноафриканского региона вела работу с традиционными лидерами и лидерами общественного мнения для мобилизации общин на сдачу анализов и получение лечения. За три месяца количество лиц, сдавших анализы на ВИЧ и начавших лечение в государственных клиниках более чем удвоилось (7). Аналогичный подход апробируется в общинах с высокими показателями инфицирования в Малави, Свазиленде и Замбии. Педиатрическое лечение значительно улучшилось, а охват по региону приблизился к 51% [37–63%] в 2016 году по сравнению с 19% [14–23%] в 2010 годом. В 2016 году более 60% детей, живущих с ВИЧ, получали антиретровирусную терапию в Ботсване, Кении, Намибии и Свазиленде.

Время от времени страны сообщают о дефиците важнейших препаратов и медицинских товаров. Такие случаи подчёркивают необходимость совершенствования системы закупок и управления цепочками поставок в большинстве стран региона. Дальнейшее укрепление систем здравоохранения также будет необходимо в целях децентрализации системы предоставления услуг и увеличения масштабов лечения ВИЧ-инфекции на базе общин. Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией («Глобальный фонд»), правительство Соединённых Штатов Америки и «Инициатива Клинтона по расширению доступа к услугам здравоохранения» входят в число партнёров, оказывающих поддержку странам в укреплении их систем здравоохранения.

Подавление вирусной нагрузки

Доля людей, живущих с ВИЧ в Восточной и Южной Африке, имеющих подавленную вирусную нагрузку, выросла с 45% [36–51%] в 2015 году до примерно 50% [40–57%] в 2016 году (Рисунок 6.7). Задача достижения третьей цели «90» к 2020 году выполнима – в 2016 году оставались ещё 4,5 млн людей, живущих с ВИЧ, которым нужно достичь подавления вирусной нагрузки.

Задача по подавлению вирусной нагрузки у 73% всех людей, живущих с ВИЧ, была выполнена в Ботсване (78%). Свазиленд (68%) близок к её выполнению, а в семи других странах показатель подавления вирусной нагрузки находится в диапазоне от 40% до 60%. При этом имеющиеся данные указывают на низкие уровни подавления вирусной нагрузки в Анголе (16%), на Коморских островах (32%), на Мадагаскаре (3%) и Маврикии (18%). Перераспределение функций и продолжение децентрализации в предоставлении медицинских услуг с передачей их первичным медицинским учреждениям, в том числе лечение детей, живущих с ВИЧ, остаются важнейшими факторами для предоставления лечения ВИЧ-инфекции большому количеству пациентов (8–12). Поддержка и обучение «равными» консультантами имеют важнейшее значение, в том числе в ходе взаимодействия между пациентами и работниками здравоохранения (13); столь же важны общинные клубы людей, приверженных к лечению, и другие службы поддержки, действующие в ЮАР и в других странах региона (14, 15).

Было установлено, что еженедельные напоминания, рассылаемые по СМС, также улучшают показатели приверженности лечению (13,16). Показатели приверженности лечению можно повысить за счёт уменьшения частоты посещения клиники и частоты получения препаратов пациентами, стабильно придерживающимися режима лечения (17, 18), а также оптимизации услуг клиник с целью сокращения продолжительности их посещения пациентами (19). Большая вовлечённость общин в организацию антиретровирусной терапии, в том числе выдача антиретровирусных препаратов в общинах, а не только в клиниках и больницах, также является перспективным подходом (20). В Малави правительство разработало матрицу моделей доставки в общинах с целью выработки подхода, который будет затем принят в масштабах всей страны (21).

Прочие улучшения включают в себя совершенствование систем отчётности по пациентам и историям болезни, а также внедрение механизмов отслеживания пациентов, прекративших лечение, и возвращения пациентов, пропустивших посещение медицинских учреждений или выдачу препаратов (22). В Ботсване и Свазиленде внедрены системы уникальных идентификационных кодов для отслеживания пациентов, а в Танзании уникальные идентификаторы используются только для мониторинга программ работы с ключевыми группами населения. Намибия располагает электронной системой мониторинга пациентов для работы с информацией о пациентах, однако в этой системе не предусмотрено обязательное использование уникальных идентификаторов для отслеживания пациентов.

Отчётные данные, поступившие в ЮНЭЙДС из 12 стран региона показывают, что в Восточной и Южной Африке примерно 44% лиц, получающих антиретровирусную терапию, также проходили плановое тестирование на вирусную нагрузку в 2016 году. В настоящее время Эритрея является единственной страной региона, в которой отсутствует общенациональная политика в области плановых исследований на вирусную нагрузку. Расширение доступа к исследованиям на вирусную нагрузку имеет большое значение для управления работой с растущим числом лиц, получающих антиретровирусную терапию. Наличие таких факторов, как высокая стоимость, слабая инфраструктура и недостаточная пропускная способность означает, что плановые исследования на вирусную нагрузку не являются широко распространёнными, при этом большинство имеющихся лабораторий находятся в городах (23).

РОСТ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НА ВСЕХ ЭТАПАХ КАСКАДА ЛЕЧЕНИЯ

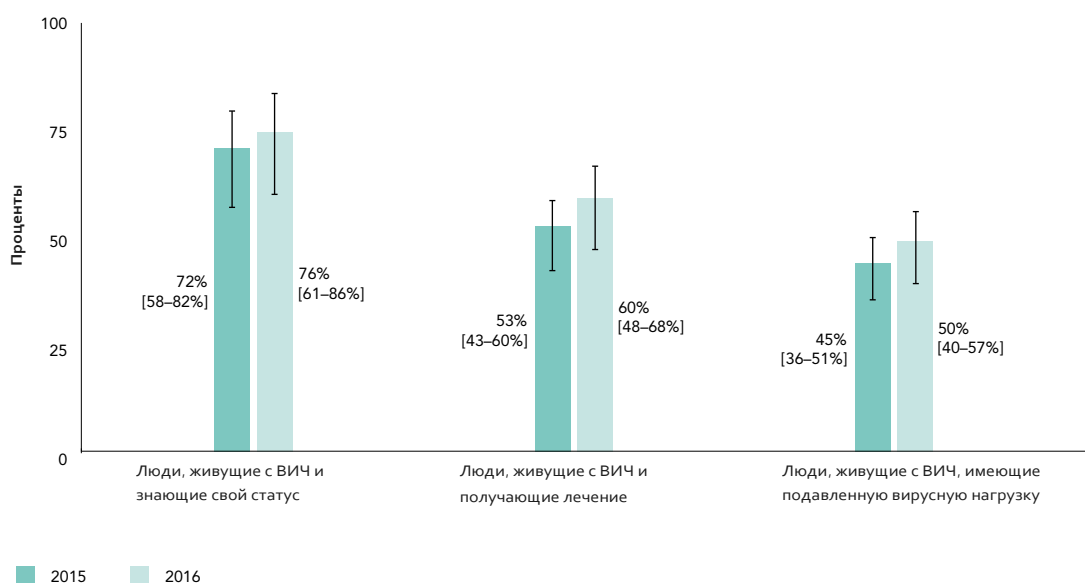


РИСУНОК 6.5. ЗНАНИЕ СВОЕГО ВИЧ-СТАТУСА, ОХВАТ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИЕЙ И ПОКАЗАТЕЛИ ПОДАВЛЕНИЯ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ У ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, ВОСТОЧНАЯ И ЮЖНАЯ АФРИКА, 2015 И 2016 ГОДЫ

Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2017 г.; см. Приложение с подробным описанием использованных методов.

КОЛИЧЕСТВО СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В НАИБОЛЕЕ ПОДВЕРЖЕННОМ ЭПИДЕМИИ РЕГИОНЕ МИРА СОКРАТИЛОСЬ ПОЧТИ НА ТРЕТЬ

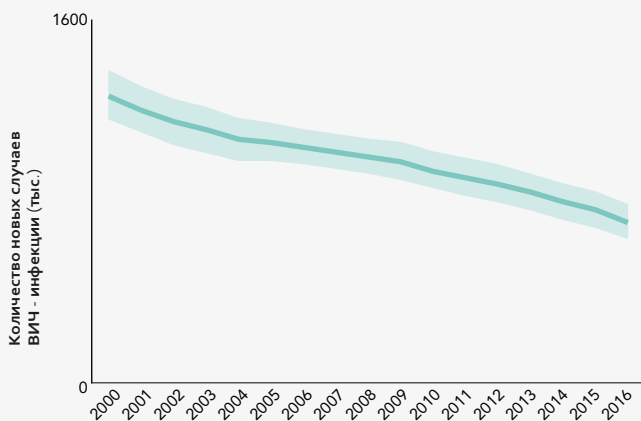


РИСУНОК 6.6. КОЛИЧЕСТВО НОВЫХ СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, ВЗРОСЛЫЕ (ОТ 15 ЛЕТ И СТАРШЕ), ВОСТОЧНАЯ И ЮЖНАЯ АФРИКА, 2010–2016 гг.

Источник: Оценка ЮНЭЙДС 2017 г.

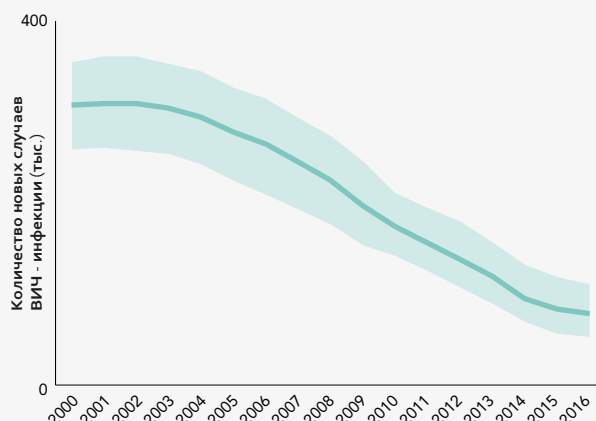


РИСУНОК 6.7. КОЛИЧЕСТВО НОВЫХ СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, ДЕТИ (0–14 ЛЕТ), ВОСТОЧНАЯ И ЮЖНАЯ АФРИКА, 2010–2016 гг.

Источник: Оценка ЮНЭЙДС 2017 г.

В период с 2010 года по 2016 год количество новых случаев ВИЧ-инфекции в Восточной и Южной Африке сократилось с 1,1 млн [1.0 million–1.2 million] до 790 000 [710 000–870 000], то есть на 29%. Это является важным достижением для региона, в котором сосредоточено более половины от общемирового количества людей, живущих с ВИЧ.

Общее сокращение количества новых случаев ВИЧ-инфекции включает в себя и уменьшение на 56% количества новых случаев инфицирования детей со 170 000 [140 000–210 000] в 2010 году до 77 000 [52 000–110 000] в 2016 году. Среди взрослых уменьшение этого показателя за тот же период составило 24%, с 940 000 [860 000–1 000 000] до 710 000 [630 000–790 000].

В 2016 году треть всех новых случаев ВИЧ-инфекции в регионе приходится на одну страну – ЮАР. Ещё 50% – это совокупный вклад Кении, Малави, Мозамбика, Уганды, Танзании, Замбии и Зимбабве, а в Эфиопии и на Мадагаскаре годовое количество новых случаев ВИЧ-инфекции в 2016 году было выше, чем в 2010 году.

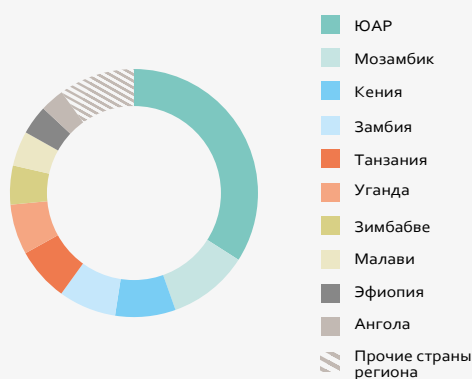


РИСУНОК 6.8. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ НОВЫХ СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ПО СТРАНАМ, ВОСТОЧНАЯ И ЮЖНАЯ АФРИКА, 2016 г.

Источник: Оценка ЮНЭЙДС 2017 г.

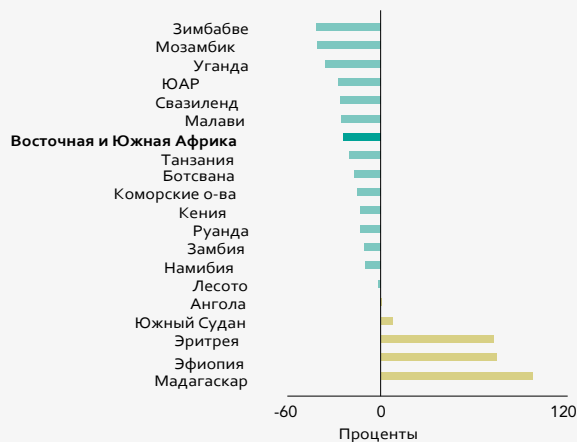


РИСУНОК 6.9. ИЗМЕНЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА НОВЫХ СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ПРОЦЕНТАХ ПО СТРАНАМ, ВОСТОЧНАЯ И ЮЖНАЯ АФРИКА, 2010 – 2016 гг.

Источник: Оценка ЮНЭЙДС 2017 г.

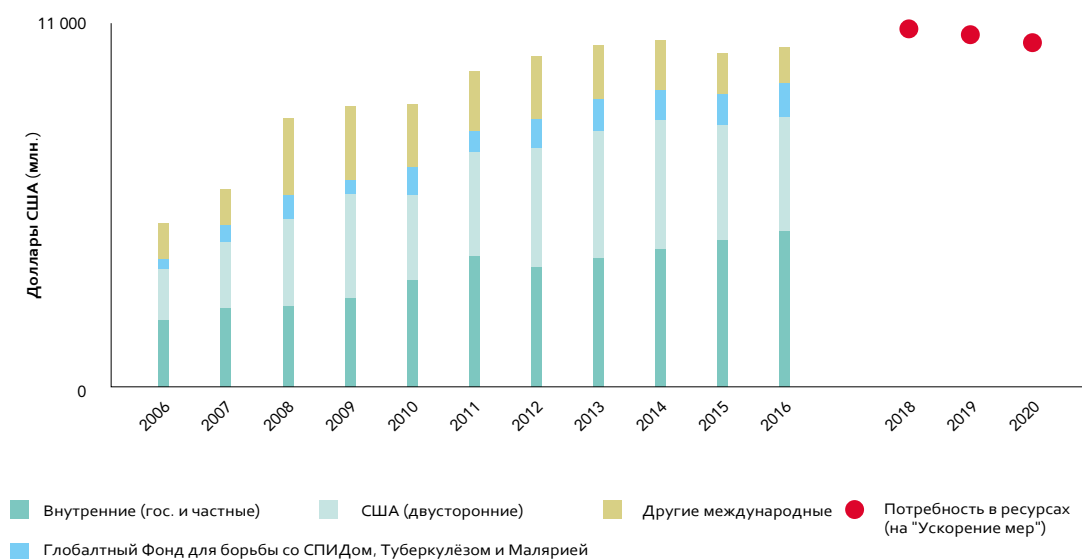


РИСУНОК 6.10. НАЛИЧИЕ РЕСУРСОВ ДЛЯ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ ВИЧ ПО ИСТОЧНИКАМ, 2006–2016 ГГ., И ОЦЕНКА ПОТРЕБНОСТЕЙ В РЕСУРСАХ К 2020 Г., ВОСТОЧНАЯ И ЮЖНАЯ АФРИКА*

Источник: Оценки ЮНЭЙДС по доступности ресурсов для борьбы с ВИЧ, июнь 2017 года. Обновленная информация об Ускорении и потребностях в инвестициях, необходимых для борьбы со СПИДом, 2016-2030 гг. Женева: ЮНЭЙДС; 2016. Финансирование мер реагирования в странах с низким и средним уровнем доходов: международная помощь правительств стран-доноров в 2016 году. Фонд семьи Кайзер и ЮНЭЙДС (в печати). Доклады GAM/GARPR (2005-2017 гг.). Благотворительная поддержка в борьбе с ВИЧ/СПИДом в 2015 году. Вашингтон, округ Колумбия: Фонды обеспокоены ситуацией со СПИДом; 2016 г..

* Оценки для стран с низким и средним уровнем дохода на 2015 год. Классификация уровня доходов Всемирного банка. Все цифры выражены в постоянных ценах в долл. США в 2016 г.

Ресурсы, имеющиеся для принятия мер в ответ на ВИЧ в Восточной и Южной Африке, более чем удвоились за период с 2006 по 2016 год, достигнув, по оценкам, уровня в 9,6 млрд. долл. США на конец 2016 года (без учёта инфляции). Внутренние ресурсы, направляемые на реализацию мер в ответ на ВИЧ, достигли уровня 46% всех ресурсов в 2016 году, что является самым высоким уровнем до настоящего времени.

Данные по наличию ресурсов указывают на то, что для достижения целей Ускорения потребуется не только увеличение объёма ресурсов, но экономия средств и повышение эффективности их использования в предоставлении услуг, связанных с ВИЧ. Если цели Ускорения будут достигнуты к 2020 году, то объём ресурсов, необходимых на период с 2020 по 2030 год, может быть снижен на 18% при сохранении или повышении качества услуг. Для этого, однако, необходимо вести постоянную оценку и пересмотр эффективности выделения имеющихся ресурсов.

Для того, чтобы положить конец СПИДу в наиболее затронутом им регионе мира, будет необходимо продолжение устойчивой поддержки со стороны международных доноров. Рост объёмов собственных средств, расходуемых в регионе – в 2,3 раза за последние десять лет – заслуживает самой высокой оценки. Тем не менее, многие страны продолжают в значительной степени полагаться на внешнее финансирование: из 15 стран, предоставлявших отчётные данные в ЮНЭЙДС в последние годы, восемь зависят от доноров более чем на 80% в реализации мер в ответ на ВИЧ.

НАЙРОБИ

ПРИМЕР ГОРОДСКОЙ ПРОГРАММЫ

С декабря 2014 года, когда Найроби присоединился к инициативе городов по ускорению мер противодействия СПИДу, в этом быстро растущем городе с населением 4,5 млн человек началась активная реализация мер в ответ на СПИД под руководством губернатора Городского округа Найроби д-ра Эванса Кидеро (Evans Kidero). Стратегическими приоритетами стали неуклонное лидерство и эффективная координация между партнёрами. Был организован межведомственный комитет по вопросам борьбы со СПИДом и разработан план мероприятий («дорожная карта») по реализации мер ускорения, а также Стратегический план действий в ответ на СПИД, увязанный с Национальной стратегией противодействию СПИДу. Эти планы были немедленно приведены в действие в городе, где более 170 000 человек живут с ВИЧ. В результате интенсивных кампаний по тестированию на ВИЧ и предоставления услуг в общинах охват тестированием составил 71% в конце 2015 года (24). Передача медицинским работникам более низкого уровня большего числа врачебных обязанностей, а также наставничество в рамках программ, направленных на предотвращение вертикальной передачи привело к росту охвата тестированием на ВИЧ среди беременных женщин с 71% в 2014 году до 94% в 2016 году (24). Положение с охватом лечением также улучшилось, при этом количество лиц, получающих АРТ, выросло с 93 000 в 2014 году до почти 127 000 в 2016 году, что соответствует охвату в 74% (25). Общинные «равные» консультанты помогают направлять людей в организации, обеспечивающие уход и лечение, а также предоставляют психологическую поддержку. И наконец, из 63% людей, живущих с ВИЧ и прошедших тестирование, 87% имели подавленную вирусную нагрузку в 2016 году (26).

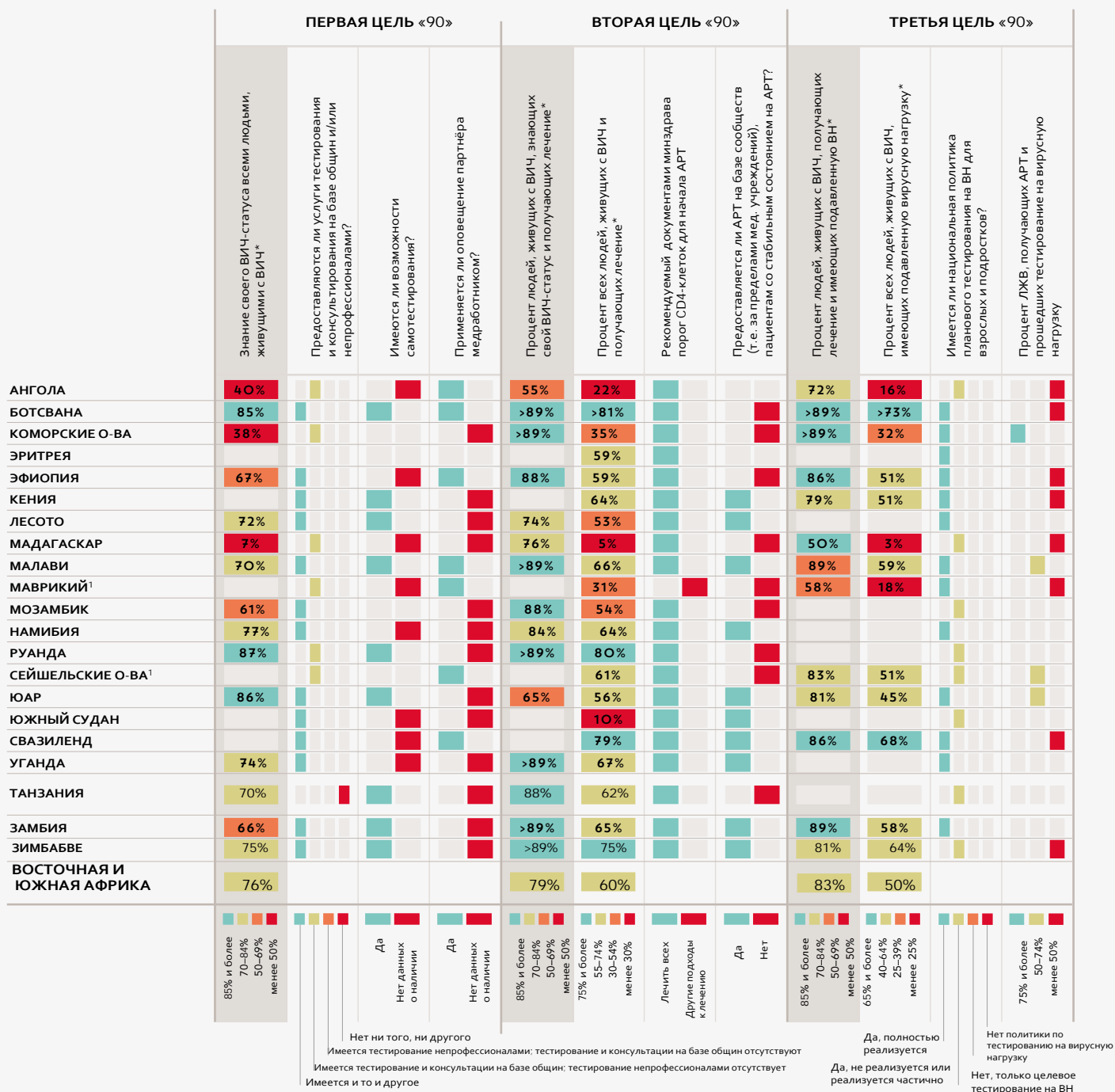
Была усилена и работа по профилактике среди ключевых групп населения, но особенно среди молодёжи, на долю которой приходится около половины всех новых случаев ВИЧ-инфекции в год. Согласно данным по городской программе Найроби, более 150 работников здравоохранения прошли обучение по предоставлению услуг молодёжи. Число учреждений здравоохранения, предоставляющих эти услуги, последовательно увеличивалось, а в школах широко прошли мероприятия в ответ на ВИЧ. Город также стал партнёром Инициативы DREAMS (DREAMS Initiative) в целях уменьшения рисков, связанных с ВИЧ, для девушек-подростков и молодых женщин: программами обучения навыкам и экономической помощи были охвачены 50 000 девушек. Недавно через частный сектор молодёжи стали доступны услуги самотестирования на ВИЧ.

Данные городских служб также указывают на рост объёма услуг по добровольному медицинскому мужскому обрезанию, чему способствовало дополнительное обучение 20 хирургов в 2016 году. Программа доконтактной профилактики реализуется в 44 учреждениях с апреля 2017 году, и с первого же месяца работы на неё записались более 500 человек. Эта программа является составной частью более широкого комплекса услуг. В программу входят четыре городских центра предоставления услуг ключевым группам населения, в том числе геям и другим мужчинам, имеющим половые отношения с мужчинами; центр помощи людям, употребляющим инъекционные наркотики. В рамках программы был организован специальный курс обучения, на котором прошли переподготовку 120 работников здравоохранения.



ПОКАЗАТЕЛИ СТРАН НА ПУТИ К ДОСТИЖЕНИЮ ЦЕЛЕЙ «90-90-90»

Восточная и Южная Африка



Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2017 г. Глобальный мониторинг СПИДа, 2017 г. Оценка ЮНЭЙДС 2017 г. Национальные обязательства и политические инструменты. 2017 г. Европейские центры по контролю и профилактике заболеваний. Континуум медицинской помощи при ВИЧ 2017 год.

* Полный перечень показателей по целям «90-90-90», а также каскаду медицинской помощи приведён на aidsinfo.unaids.org.

¹ Оценки количества людей, живущих с ВИЧ, на которых основаны данные по продвижению к целям «90-90-90», предоставлены странами, и не проверялись ЮНЭЙДС.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Global health estimates 2015: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2015. Geneva: World Health Organization; 2016.
2. Suthar AB, Ford N, Bachanas PJ et al. Towards universal voluntary HIV testing and counselling: a systematic review and meta-analysis of community-based approaches. *PLoS Med.* 2013;10(8):e1001496.
3. Mabuto T, Latka MH, Kuwane B et al. Four models of HIV counselling and testing: utilization and test results in South Africa. *PLoS One.* 2014;9(7):e102267.
4. About the STAR project. In: STAR: HIV Self-testing Africa Project [website]. London: London School of Hygiene & Tropical Medicine; 2017 (<http://hivstar.lshtm.ac.uk/news/>).
5. Hensen B, Taoka S, Lewis J et al. Systematic review of strategies to increase men's HIV-testing in sub-Saharan Africa. *AIDS.* 2014;28(14):2133–2145.
6. Choko AT, MacPherson P, Webb EL et al. Uptake, accuracy, safety and linkage into care over two years of promoting annual self-testing for HIV in Blantyre, Malawi: a community-based prospective study. *PLoS Med.* 2015;12(9):e1001873.
7. Rock Leadership 90: Strengthening Capacity of Traditional leaders to champion and lead the community response to ending AIDS in Africa. *SafAIDS.* (<http://www.saf aids.net/how-we-work/regional-projects/rock-leadership-90>).
8. Reidy W, Sheriff M, Wang C et al. Decentralization of HIV care and treatment services in Central Province, Kenya. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2014;67(1):e34–40.
9. Fatti G, Grimwood A, Bock P. Better antiretroviral therapy outcomes at primary healthcare facilities: an evaluation of three tiers of ART services in four South African provinces. *PLoS One.* 2010;5:e12888.
10. Fayorsey RN, Saito S, Carter RJ et al. Decentralization of pediatric HIV care and treatment in five sub-Saharan African countries. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2013;62(5):e124–e130.
11. Hagströmer O, Lundstedt L, Balcha TT et al. Decentralised paediatric HIV care in Ethiopia: a comparison between outcomes of patients managed in health centres and in a hospital clinic. *Glob Health Action.* 2013;6:22274.
12. Kredo T, Adeniyi FB, Bateganya M et al. Task shifting from doctors to non-doctors for initiation and maintenance of antiretroviral therapy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;7:CD007331.
13. Mills EJ, Lester R, Thorlund K et al. Interventions to promote adherence to antiretroviral therapy in Africa: a network meta-analysis. *Lancet HIV.* 2014;1(3):e104–111.
14. Bemelmans M, Baert S, Goemaere E et al. Community-supported models of care for people on HIV treatment in sub-Saharan Africa. *Trop Med Int Health.* 2014;19(8):968–977.
15. Solomon S et al. Community-based ART adherence clubs: a community model of care for ART delivery. 7th South African AIDS Conference, 9–12 June 2015, Durban, South Africa.
16. Mbuagbaw L, van der Kop ML, Lester RT et al. Mobile phone text messages for improving adherence to antiretroviral therapy (ART): an individual patient data meta-analysis of randomised trials. *BMJ Open.* 2013;3(12):e003950.
17. Maharaj T et al. Strategies to address clinic waiting time and retention in care: lessons from a large ART center in South Africa. 17th International Conference on AIDS and STIs in Africa, 7–11 December 2013, Cape Town, abstract ADS058.
18. Wringe A et al. Six-monthly appointments as a strategy for stable antiretroviral therapy patients: evidence of its effectiveness from seven years of experience in a Médecins Sans Frontières supported programme in Chiradzulu district, Malawi. 21st International AIDS Conference, 18–22 July 2016, Durban, abstract FRAE020.
19. Shade S et al. SEARCH streamlined HIV care is associated with shorter wait times before and during patient visits in Ugandan and Kenyan HIV clinics. 21st International AIDS Conference, 18–22 July 2016, Durban, abstract FRAE0203.
20. Koole O, Tsui S, Wabwire-Mangen F et al. Retention and risk factors for attrition among adults in antiretroviral treatment programs in Tanzania, Uganda and Zambia. 19th International AIDS Conference, 22–27 July 2012, Washington (DC), abstract MOAC0305.

21. Engaging the community to reach 90–90–90: a review of evidence and implementation strategies in Malawi. Lilongwe: National AIDS Commission; 2015.
22. McMahon JH, Elliott JH, Hong S et al. Effects of physical tracing on estimates of loss to follow-up, mortality and retention in low and middle income country antiretroviral therapy programs: a systematic review. *PLoS One*. 2013;8(2):e56047.
23. Roberts T, Cohn J, Bonner K et al. Scale-up of routine viral load testing in resource-poor settings: current and future implementation challenges. *Clin Infect Dis*. 2016; 62:1043–48.
24. Kenya Health Information System [database]. Oslo: District Health Information System 2 [DHIS2] ; n.d. (28 June 2017).
25. Data from Kenya Ministry of Health National AIDS and STI Control Programme, National HIV Dashboard, accessed June 2017.
26. Data from Kenya Ministry of Health National AIDS and STI Control Programme, National EID/Viral Load Dashboard, accessed June 2017.

7. Западная и Центральная Африка

ПРОГРЕСС В ДОСТИЖЕНИИ ЦЕЛЕЙ "90-90-90"

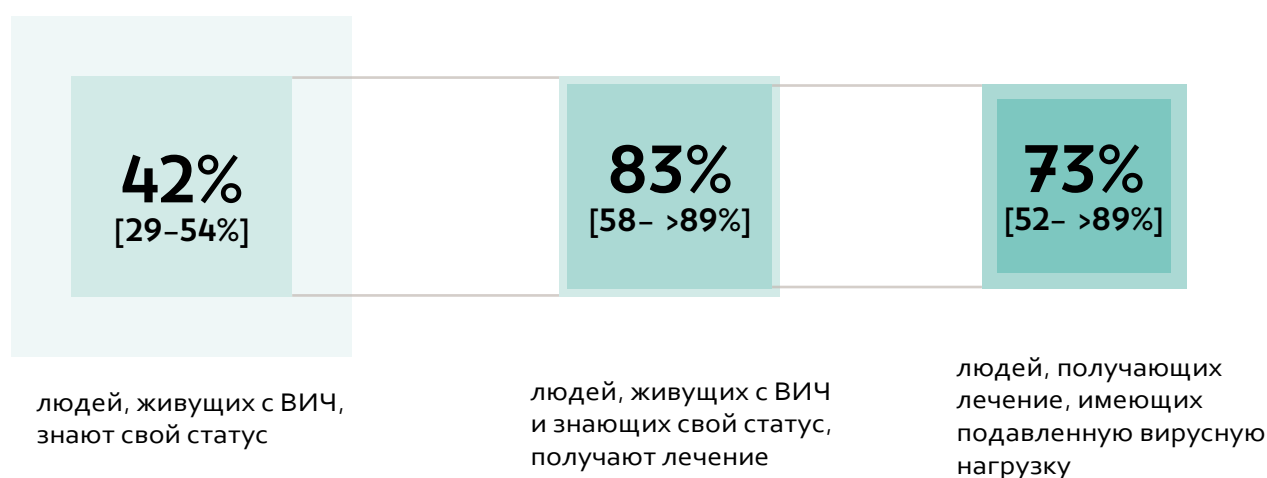


РИСУНОК 7.1. ПРОГРЕСС В ДОСТИЖЕНИИ ЦЕЛЕЙ «90-90-90», ЗАПАДНАЯ И ЦЕНТРАЛЬНАЯ АФРИКА, 2016 Г.

Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2017; см. Приложение с подробным описанием использованных методов

В Западной и Центральной Африке миллионы людей остаются неохваченными глобальными усилиями по достижению целей «90-90-90». Сочетание относительно высоких показателей распространённости ВИЧ в регионе и низкого, по сравнению со среднемировым, охвата тестированием на ВИЧ и лечением ВИЧ-инфекции дают тревожную картину: в регионе с 7% мирового населения, насчитывается 17% мирового количества людей, живущих с ВИЧ. 30% умерших от причин, связанных с ВИЧ, во всем мире – это жители стран Западной и Центральной Африки. Для преодоления этого отставания был разработан соответствующий план противодействия СПИДу в регионе.

ПРИНЯТИЕ ПОДХОДА ЛЕЧИТЬ ВСЕХ

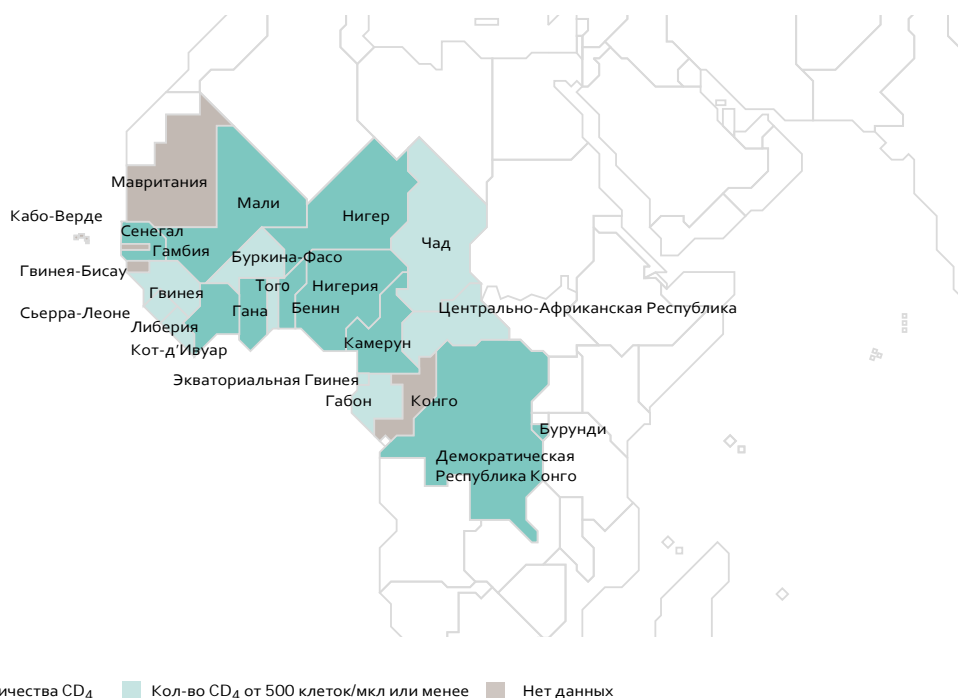


РИСУНОК 7.2. РЕКОМЕНДУЕМЫЙ ПОРОГ НАЧАЛА АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, В СООТВЕТСТВИИ С РУКОВОДЯЩИМИ ДОКУМЕНТАМИ МИНИСТЕРСТВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ЗАПАДНАЯ И ЦЕНТРАЛЬНАЯ АФРИКА, ПО СТРАНАМ, 2016 г.

Десять из 24 стран западной и центральной Африки приняли рекомендацию Всемирной организации здравоохранения о том, что антиретровирусную терапию людей, живущих с ВИЧ, следует начинать при любом количестве CD₄-клеток.

Источник: ВОЗ, 2017 г.

СМЕРТНОСТЬ, СВЯЗАННАЯ СО СПИДОМ, ОСТАЁТСЯ ВЫСОКОЙ

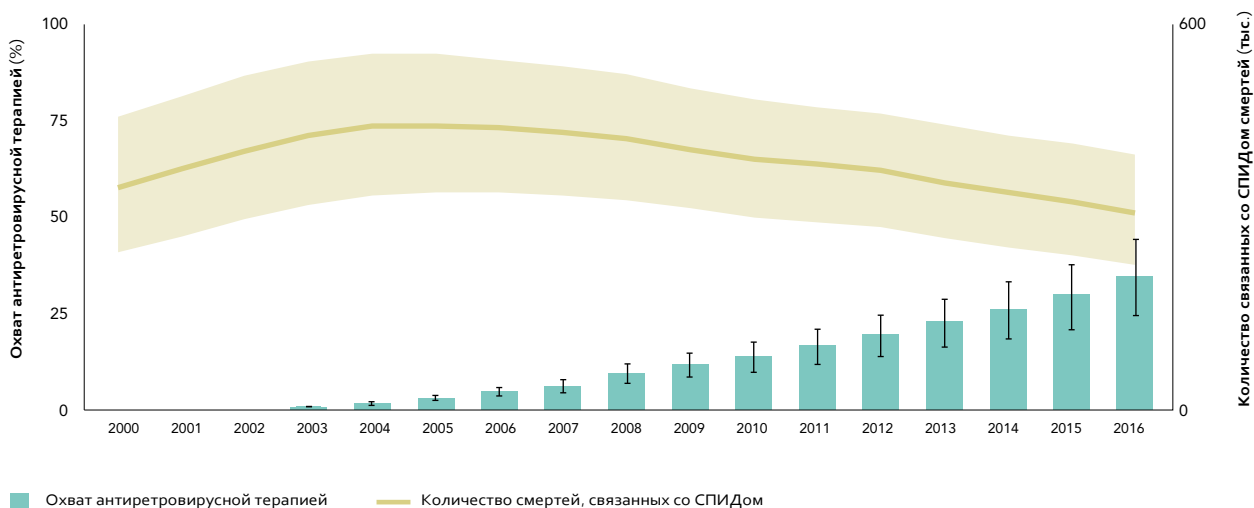


РИСУНОК 7.3. ОХВАТ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИЕЙ И КОЛИЧЕСТВО УМЕРШИХ ОТ СПИДА ЗАПАДНАЯ И ЦЕНТРАЛЬНАЯ АФРИКА, 2000 – 2016 гг.

Сравнительно медленное распространение услуг по лечению ВИЧ сдерживает снижение количества смертей, связанных со СПИДом в Западной и Центральной Африке. По оценкам, в 2016 году эпидемия унесла жизни 310 000 [220 000–400 000] взрослых и детей, что на 21% меньше, чем в 2010 году, когда от СПИДа умерло 390 000 [300 000–480 000] человек.

Источник: Глобальный мониторинг СПИДа, 2017 г. Оценка ЮНЭЙДС 2017 г.

ТЕСТИРОВАНИЕ НА ВИЧ И КАСКАД ЛЕЧЕНИЯ В ЗАПАДНОЙ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АФРИКЕ

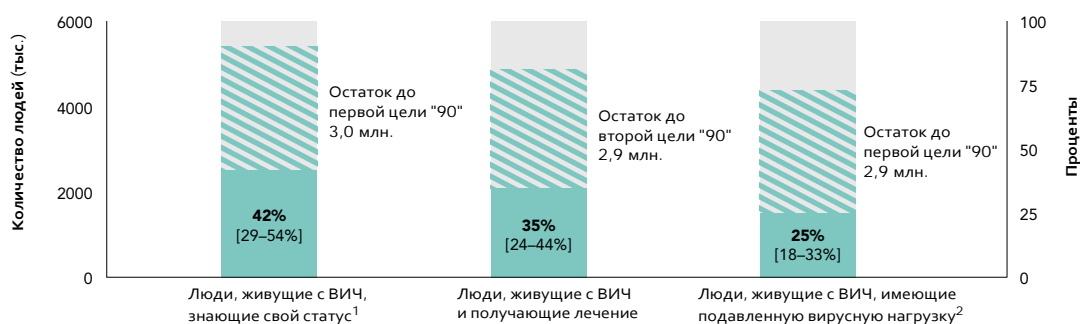


РИСУНОК 7.4. ЗНАНИЕ СВОЕГО ВИЧ-СТАТУСА, ОХВАТ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИЕЙ И ПОДАВЛЕНИЕ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ СРЕДИ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, ЗАПАДНАЯ И ЦЕНТРАЛЬНАЯ АФРИКА, 2016 г.

Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2017; см. Приложение с подробным описанием использованных методов.

¹ Показатели за 2016 г. получены из данных отчётов 13 стран, что соответствует 88% людей, живущих с ВИЧ в регионе.

² Показатели за 2016 г. получены из данных отчётов 14 стран. В соответствии с отчётами, в целом по региону 13% всех лиц, получавших антиретровирусную терапию, прошли тестирование на вирусную нагрузку в течение отчётного периода.

ЗАКРЫТЬ ПРОБЕЛЫ В КАСКАДЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

По оценкам, 42% [29–54%] из 6,1 млн [4,9 млн–7,6 млн] человек, живущих с ВИЧ в Западной и Центральной Африке, знали свой ВИЧ-статус по состоянию на конец 2016 года. Из них 83% [58–>89%] получали антиретровирусную терапию, а из числа получающих терапию 73% [52–>89%] имели подавленную вирусную нагрузку (Рисунок 8.1). Эти данные означают, что охват лечением составил 35% [24–44%] всех людей, живущих с ВИЧ в регионе, а показатель подавления вирусной нагрузки – 25% [18–33%] (Рисунок 7.4).

В последние годы произошло расширение программ тестирования на ВИЧ и лечения ВИЧ-инфекции, однако имеется ряд факторов, сдерживающих более быстрый прогресс. Недостаточная обеспеченность ресурсами систем здравоохранения, нехватка кадров и слабая логистика являются общими недостатками, как и криминализация ключевых групп населения, их растущая уязвимость к нарушениям прав человека, а также стигматизация и дискриминация (в том числе в учреждениях здравоохранения), которые испытывают не только эти группы, но и люди, живущие с ВИЧ. В Западной и Центральной Африке услуги, связанные с ВИЧ, не были децентрализованы так, как в Восточной и Южной Африке, что ограничивает их охват; вовлечённость общин также весьма неравномерна (1). С целью решения этих вопросов страны региона и международное сообщество совместно разрабатывают план устранения сложившегося разрыва, который призван резко ускорить и укрепить национальные меры в ответ на ВИЧ и вывести страны на путь достижения целей «90–90–90».

Знание ВИЧ-статуса

Показатель знания своего ВИЧ-статуса людьми, живущими с ВИЧ в Западной и Центральной Африке, вырос с 37% [26–47%] в 2015 году до 42% [29–54%] в 2016 году (Рисунок 7.5). В 2016 году оставшаяся часть пути к достижению первой цели «90» из целей «90–90–90» составляла 3,0 млн людей, живущих с ВИЧ, которые не знали свой статус.

Тестирование, инициированное медработником, консультирование в учреждениях здравоохранения – таковы основные подходы, используемые в регионе. Модели помощи с опорой на общины встречаются относительно редко (1). Стигматизация и дискриминация, дефицит тест-систем, нехватка медицинских кадров, недостаточная подготовка персонала клиник и взимание платы в клиниках подрывают прогресс в достижении целей (1).

Однако использование различных современных методов тестирования могло бы увеличить охват этой услугой. Тестирование на дому (от двери к двери непрофессиональными работниками с использованием методов экспресс-тестирования), привязка тестирования на ВИЧ к кампаниям по выявлению нескольких заболеваний, а также самотестирование являются важными подходами, масштабы применения которых необходимо наращивать (2-6). Например, в Демократической Республике Конго тестирование и направление на тестирование на базе общин позволили увеличить показатель выявления ВИЧ (1).

Получение доступа к лечению ВИЧ

В 2016 году более 2,1 млн [1,9 млн–2,2 млн] человек, живущих с ВИЧ в Западной и Центральной Африке, имели доступ к антиретровирусной терапии, то есть количество получающих лечение выросло с 860 000 [760 000–900 000], получавших лечение в 2010 году. Это означает, что, по оценкам, охват увеличился с 13% [10–18%] людей, живущих с ВИЧ (2010 год.) до 35% [24–44%] в 2016 году. Рост увеличения охвата должен быть ускорен для достижения показателя 81% охвата всех лиц, живущих с ВИЧ в регионе, к 2020 году. В 2016 году для достижения второй цели «90» было необходимо охватить лечением ещё 2,9 млн человек.

Страны региона идут к достижению этой цели с разной скоростью. Более половины людей, живущих с ВИЧ, в Бенине, Буркина-Фасо, Бурунди, Кабо-Верде, Габоне, Сенегале и Того, получали АРТ в 2016 году. При этом в Нигерии, где находятся более половины людей, живущих с ВИЧ в регионе, охват составлял лишь 30% [19–42%].

Показатели услуг педиатрического лечения также находились на низком уровне. В 2016 году, по оценкам, лишь 22% [13–29%] от общего числа в 550 000 [390 000–730 000] детей (в возрасте 0–14 лет), живущих с ВИЧ, получали лечение. Крайне мало лабораторий, предназначенных для ранней диагностики младенцев, не хватает педиатрических антиретровирусных препаратов, многие работники здравоохранения имеют недостаточную подготовку для проведения педиатрической диагностики и лечения ВИЧ (1).

Подавление вирусной нагрузки

Процент людей, живущих с ВИЧ и имеющих подавленную вирусную нагрузку, оценивался в 2016 году в 25% [18–33%] (Рисунок 7.5). В 2016 году отставание от полного достижения целей «90–90–90» составляло 2,9 млн людей, живущих с ВИЧ. Необходимо расширение доступа к тестированию на вирусную нагрузку, более широкое использование технологий тестирования в местах предоставления услуг, а также более эффективные системы прогнозирования потребности в препаратах, поставки препаратов и управление снабжением.

ПРИРОСТ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПО КАСКАДУ ЛЕЧЕНИЯ

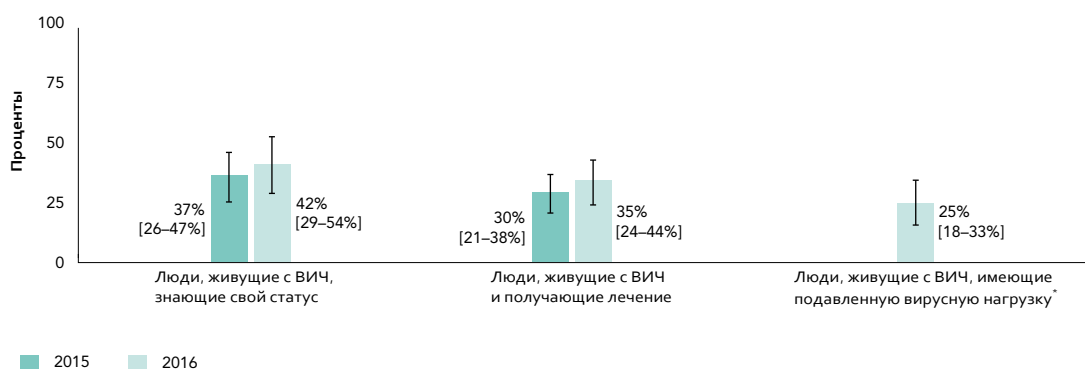


РИСУНОК 7.5. ЗНАНИЕ ВИЧ-СТАТУСА, ОХВАТ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИЕЙ И ПОДАВЛЕНИЕ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ СРЕДИ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, ЗАПАДНАЯ И ЦЕНТРАЛЬНАЯ АФРИКА, 2015 г. И 2016 г.

Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2017; см. Приложение с подробным описанием использованных методов.
* Для оценки показателей за 2015 год имеется недостаточно данных.

КОЛИЧЕСТВО СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ ДЕТЕЙ СНИЗИЛОСЬ НА ТРЕТЬ; ПОКАЗАТЕЛЬ ПО ВЗРОСЛЫМ ОСТАЁТСЯ СТАБИЛЬНЫМ

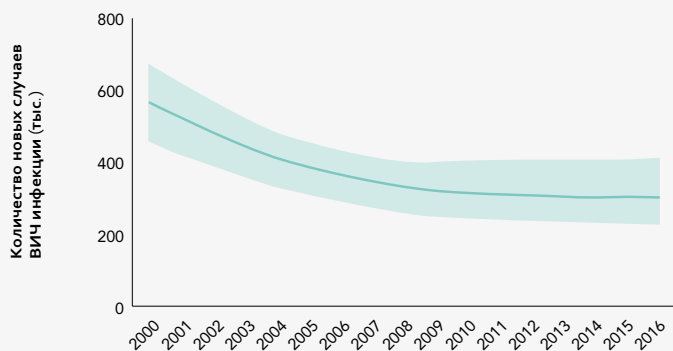


РИСУНОК 7.6. НОВЫЕ СЛУЧАИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ВЗРОСЛЫХ (В ВОЗРАСТЕ 15 ЛЕТ И СТАРШЕ), ЗАПАДНАЯ И ЦЕНТРАЛЬНАЯ АФРИКА, 2000–2016 г.

Источник: Оценка ЮНЭЙДС 2017 г.

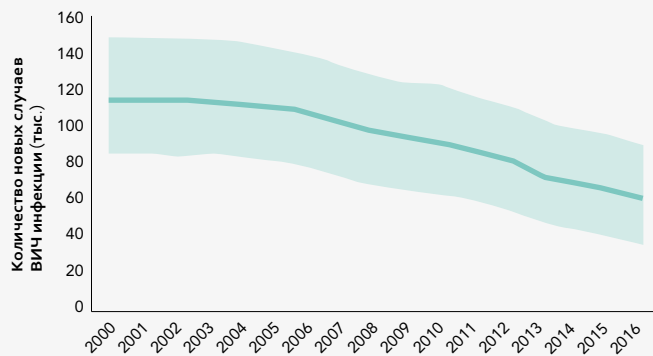


РИСУНОК 7.7. НОВЫЕ СЛУЧАИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ДЕТЕЙ (В ВОЗРАСТЕ 0-14 ЛЕТ), ЗАПАДНАЯ И ЦЕНТРАЛЬНАЯ АФРИКА, 2000–2016 г.

Источник: Оценка ЮНЭЙДС 2017 г.

В период между 2010 и 2016 годом годовое количество новых случаев ВИЧ-инфекции среди взрослых и детей снизилось ненамного, по оценкам, с 400 000 [310 000–500 000] до 370 000 [270 000–490 000], то есть на 9%. Количество новых случаев инфицирования взрослых (в возрасте 15 лет и старше) в течение этого периода оставалось стабильным на уровне приблизительно 310 000 [220 000–410 000] в год. При этом годовое количество новых случаев ВИЧ-инфекции среди детей (в возрасте 0–14 лет) снизилось на 33% в период 2010–2016 гг., с 90 000 [62 000–120 000] до 60 000 [35 000–89 000], в основном за счёт более широкого охвата услугами по предотвращению передачи ВИЧ от матери ребёнку.

В странах региона наблюдались различные тенденции изменения количества новых случаев ВИЧ-инфекции. В Конго, Гане и Либерии годовое количество новых случаев ВИЧ-инфекции увеличилось более чем на 15% за последние шесть лет. Противоположная тенденция отмечалась в Кот-д'Ивуаре, доля новых случаев ВИЧ-инфекции которого в регионе в 2016 году составила 5%. Здесь отмечено снижение ежегодного количества новых случаев ВИЧ-инфекции на 20% с 2010 года. В Нигерии, доля которой в общем количестве новых случаев ВИЧ-инфекции в регионе составила 59% в 2016 году, количество случаев новых случаев ВИЧ-инфекции сократилось на 6% в период 2010-2016 гг.

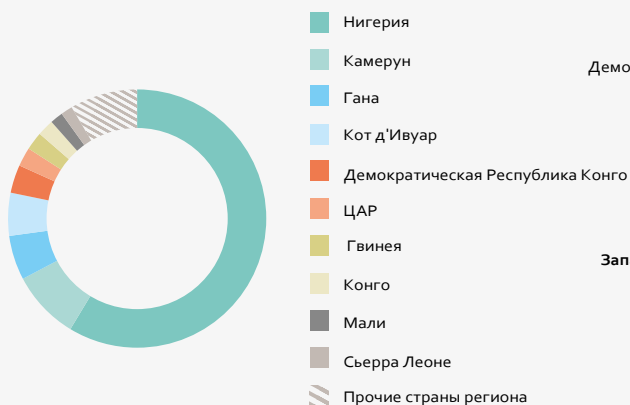


РИСУНОК 7.8. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ НОВЫХ СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ПО СТРАНАМ, ЗАПАДНАЯ И ЦЕНТРАЛЬНАЯ АФРИКА, 2016 г.

Источник: Оценка ЮНЭЙДС 2017 г.

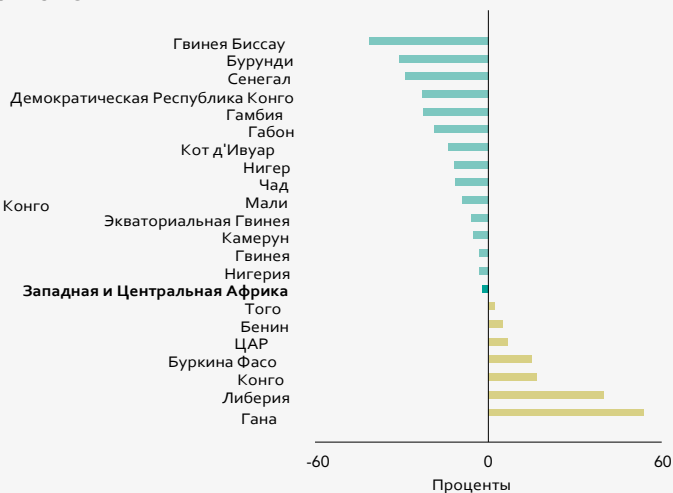


РИСУНОК 7.9. ИЗМЕНЕНИЕ ДОЛИ НОВЫХ СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ПРОЦЕНТАХ ПО СТРАНАМ, ЗАПАДНАЯ И ЦЕНТРАЛЬНАЯ АФРИКА, 2010–2016 гг.

Источник: Оценка ЮНЭЙДС 2017 г.

ИНВЕСТИЦИИ В МЕРЫ В ОТВЕТ НА СПИД

СУЩЕСТВЕННАЯ НЕХВАТКА ФИНАНСИРОВАНИЯ В ЗАПАДНОЙ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АФРИКЕ

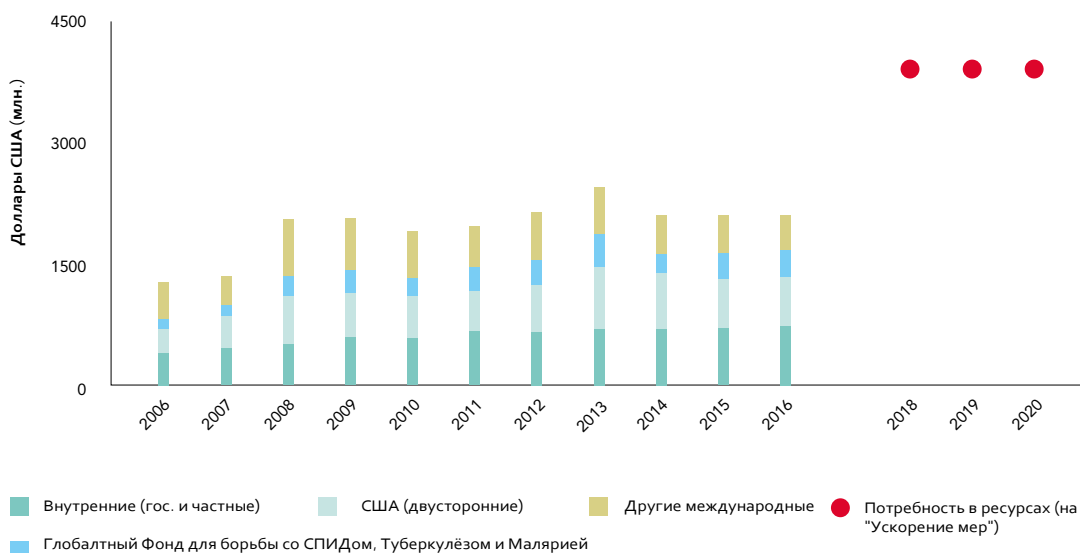


РИСУНОК 7.10. ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ РЕСУРСОВ ДЛЯ МЕР В ОТВЕТ НА ВИЧ ПО ИСТОЧНИКАМ, 2006–2016 гг., И РАСЧЁТНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В РЕСУРСАХ К 2020 ГОДУ В ЗАПАДНОЙ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АФРИКЕ*

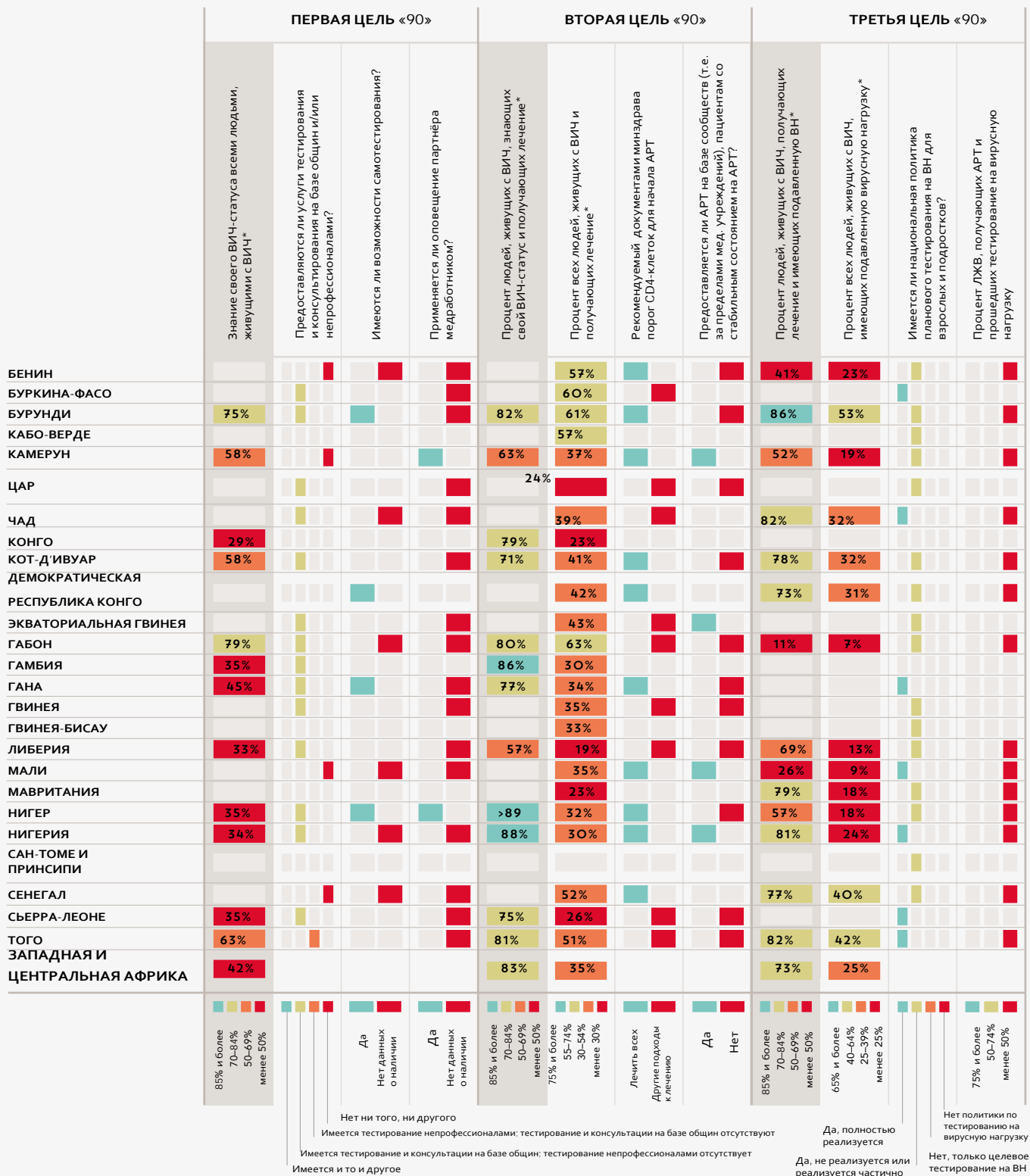
Источник: Оценки ЮНЭЙДС по доступности ресурсов для борьбы с ВИЧ, июнь 2017 года. Обновленная информация об Ускорении и потребностях в инвестициях, необходимых для борьбы со СПИДом, 2016–2030 гг. Женева: ЮНЭЙДС, 2016. Финансирование мер реагирования в странах с низким и средним уровнем доходов: международная помощь правительствам стран-доноров в 2016 году. Фонд семьи Кайзер и ЮНЭЙДС (в печати). Доклады GAM/GARPR (2005–2017 гг.). Благотворительная поддержка в борьбе с ВИЧ/СПИДом в 2015 году. Вашингтон, округ Колумбия: Фонды обеспокоены ситуацией со СПИДом; 2016 г.

*Оценки для стран с низкими и средними доходами даны в соответствии с Классификацией Всемирного банка по уровню дохода – 2015. Все значения даны в долл. США в ценах 2016 г. без учёта инфляции.

Ресурсы, направленные на реализацию мер в ответ на СПИД в регионе увеличились на 65% за период с 2006 по 2016 год (в долл. США в ценах 2016 года без учёта инфляции), достигнув, по оценкам, 2,1 млрд. долл. США. При этом объём инвестиций был намного ниже, чем необходимо для достижения Целей ускорения к 2020 году (Рисунок 7.10). Внутренние инвестиции достигли исторического максимума в 2016 году, но при этом их объём составил всего 35% от общего объёма ресурсов, имевшихся в регионе. Большинство стран региона находятся в сильной зависимости от доноров, в связи с чем для достижения глобальных целей остаётся необходимым продолжение поддержки со стороны международных доноров.

ПОКАЗАТЕЛИ СТРАН НА ПУТИ К ДОСТИЖЕНИЮ ЦЕЛЕЙ «90-90-90»

Западная и центральная Африка



Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2017 г. Глобальный мониторинг СПИДа, 2017 г. Оценка ЮНЭЙДС 2017 г. 2017 Национальные обязательства и политические инструменты.

* Полный набор мер для достижения целей "90-90-90" и данные по каскаду медицинской помощи для стран можно найти на сайте aidsinfo.unaids.org.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Médecins Sans Frontières. Out of focus: how millions of people in West and central Africa are being left out of the global HIV response. Brussels: Médecins Sans Frontières; 2016.
2. Mabuto T, Latka MH, Kuwane B et al. Four models of HIV counseling and testing: utilization and test results in South Africa. *PLoS One*. 2014;9(7):e102267.
3. Granich R, Muraguri N, Doyen A et al. Achieving universal access for human immunodeficiency virus and tuberculosis: potential prevention impact of an integrated multi-disease prevention campaign in Kenya. *AIDS Res Treat*. 2012;2012:412643.
4. Chamie G, Clark TD, Kabami J et al. A hybrid mobile approach for population-wide HIV testing in rural east Africa: an observational study. *Lancet HIV*. 2016;3(3):e111–119.
5. Figueroa C, Johnson C, Verster A et al. Attitudes and acceptability on HIV self-testing among key populations: a literature review. *AIDS Behav*. 2015;19(11):1949–1965.
6. Choko AT, MacPherson P, Webb EL et al. Uptake, accuracy, safety, and linkage into care over two years of promoting annual self-testing for HIV in Blantyre, Malawi: a community-based prospective study. *PLoS Med*. 2015;12(9):e1001873.

8. Азиатско-Тихоокеанский регион

ПРОГРЕСС НА ПУТИ К ДОСТИЖЕНИЮ ЦЕЛЕЙ «90–90–90»



РИСУНОК 8.1. ПРОГРЕСС НА ПУТИ К ДОСТИЖЕНИЮ ЦЕЛЕЙ «90–90–90», АЗИАТСКО-ТИХООКЕАНСКИЙ РЕГИОН, 2016 г.

Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2017; см. Приложение с подробным описанием использованных методов.

Внутреннее финансирование мер в ответ на СПИД в Азиатско-Тихоокеанском регионе в целом за последние десять лет удвоилось. Более двух третей от общего количества людей, живущих с ВИЧ в регионе, знают свой ВИЧ-статус, и аналогичная доля от общего количества тех, кто знает свой ВИЧ-статус, получают лечение. Необходимо также особо отметить, что в 2016 году в регионе четыре человека из пяти, получающих антиретровирусную терапию, имели подавленную вирусную нагрузку.

ПРИНЯТИЕ ПОДХОДА ЛЕЧИТЬ ВСЕХ



■ Лечить всех независимо от количества CD4 ■ Количество CD4 500 клеток/мкл или меньше ■ Количество CD4 350 клеток/мкл или меньше ■ Нет данных

РИСУНОК 8.2. РЕКОМЕНДУЕМЫЙ РУКОВОДИЯЩИМИ ДОКУМЕНТАМИ МИНИСТЕРСТВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПОРОГ НАЧАЛА АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, ПО СТРАНАМ, АЗИАТСКО-ТИХООКЕАНСКИЙ РЕГИОН, 2016 г.

Тридцать стран Азиатско-Тихоокеанского региона приняли рекомендацию Всемирной организации здравоохранения о том, что антиретровирусную терапию каждого человека, живущего с ВИЧ, следует начинать при любом уровне CD4-клеток. Политика «Лечить всех» реализуется в общенациональном масштабе в 25 странах, включая Афганистан, Австралию, Бутан, Камбоджу, Китай, Острова Кука, Фиджи, Индию, Японию, Кирибати, Лаосскую Народно-демократическую республику, Малайзию, Монголию, Науру, Непал, Ниуэ, Палау, Республику Корею, Самоа, Соломоновы острова, Шри Ланка, Таиланд, Тонга, Вьетнам и Вануату

Источник: ВОЗ, 2017 г.

СМЕРТНОСТЬ, СВЯЗАННАЯ СО СПИДОМ, СОКРАТИЛАСЬ НА ТРЕТЬ

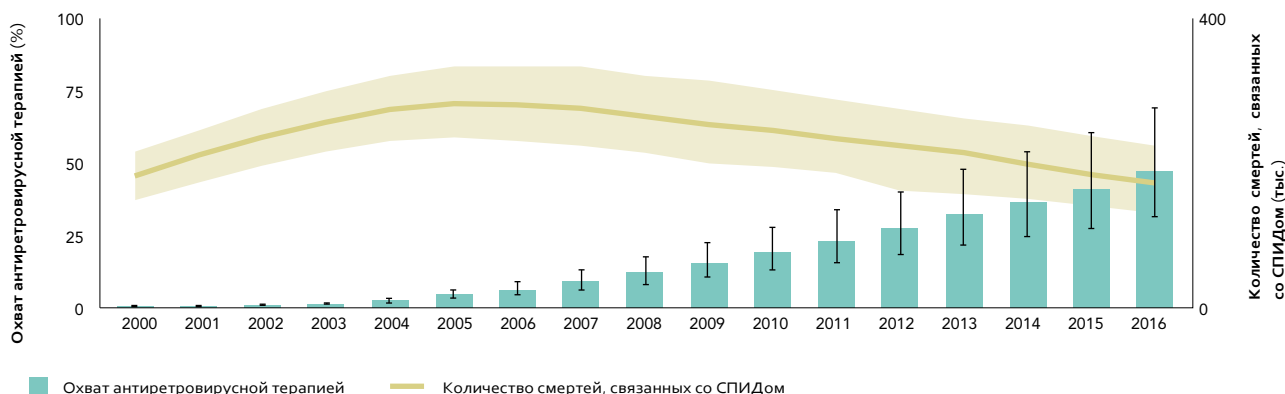


РИСУНОК 8.3. ОХВАТ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИЕЙ И КОЛИЧЕСТВО УМЕРШИХ ОТ СПИДА АЗИАТСКО-ТИХООКЕАНСКИЙ РЕГИОН, 2000–2016 гг.

Расширение доступности антиретровирусной терапии в регионе привело к снижению смертности от заболеваний, связанных со СПИДом, с оценочного уровня 240 000 [190000–300000] в 2010 г. до 170 000 [130000–220000] в 2016 году. Смертность, связанная со СПИДом, сократилась, по оценкам, на 52% в Мьянме, при этом количество умерших от СПИДа увеличилось на 68% в Индонезии и на 319% в Пакистане.

Источник: Глобальный мониторинг СПИДа, 2017 г. Оценка ЮНЭЙДС 2017 г.

ТЕСТИРОВАНИЕ НА ВИЧ И КАСКАД ЛЕЧЕНИЯ В АЗИАТСКО-ТИХООКЕАНСКОМ РЕГИОНЕ

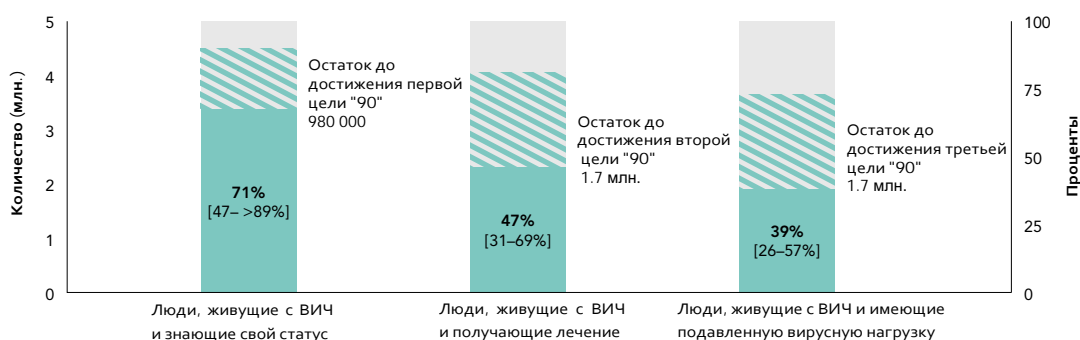


РИСУНОК 8.4. ЗНАНИЕ СВОЕГО ВИЧ-СТАТУСА, ОХВАТ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИЕЙ И ПОДАВЛЕНИЕ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ У ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, АЗИАТСКО-ТИХООКЕАНСКИЙ РЕГИОН, 2016 г.

Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2017; см. Приложение с подробным описанием использованных методов.

ПРОЙТИ ОСТАВШУЮСЯ ЧАСТЬ ПУТИ ПО ЭТАПАМ КАСКАДА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

По состоянию на конец 2016 года, около 71% из 5,1 млн [3,9 млн–7,2 млн] человек, живущих с ВИЧ, знали свой ВИЧ-статус. Из общего количества людей, знающих свой статус, 66% [44–>89%] получали антиретровирусную терапию; из общего количества лиц, получающих терапию, 83% [55–>89%] имели подавленную вирусную нагрузку (Рисунок 8.1). Эти данные означают, что охват лечением составил 47% [31–69%], а показатель подавления вирусной нагрузки – 39% [26–57%] от общего количества людей, живущих с ВИЧ в регионе (Рисунок 8.4).

Знание своего ВИЧ-статуса

В Азиатско-Тихоокеанском регионе показатель знания своего ВИЧ-статуса людьми, живущими с ВИЧ, вырос с 66% [44–>89%] в 2015 году до 71% [47–>89%] в 2016 году (Рисунок 8.5). В 2016 году оставшаяся часть пути к достижению первой цели «90» из целей «90–90–90» составляла 980 000 человек, живущих с ВИЧ и не знающих своего ВИЧ-статуса.

Разные страны по-разному прошли свой путь к цели. Малайзия и Таиланд практически достигли первой цели «90», выполнив диагностику, соответственно, 96% и 91% оценочного количества людей, живущих с ВИЧ на их территории. Показатели знания своего ВИЧ-статуса среди людей, живущих с ВИЧ, для Индии (77%) и Вьетнама (70%) были близки к среднему по региону, при этом в Индонезии всего 35% людей, живущих с ВИЧ, знали свой статус.

Свежие данные поведенческого исследований, содержащиеся в отчётах 19 стран, указывают на то, что охват тестированием на ВИЧ среди ключевых групп населения остаётся невысоким, хотя уровни охвата варьируют в широких пределах от страны к стране и в разных ключевых группах. В соответствии с этими данными, примерно половина работников секс-бизнеса, мужчины-геи и другие мужчины, имеющие половые отношения с мужчинами, люди, употребляющие инъекционные наркотики, и трансгендерные лица, проживающие в регионе, прошли тестирование на ВИЧ в течение предыдущих 12 месяцев и знали свой ВИЧ-статус. Пятнадцать стран внедрили тестирование на ВИЧ на базе общин в пилотных населённых пунктах.¹

Доступ к лечению ВИЧ-инфекции

Около 2,4 млн [2,1 млн–2,5 млн] человек, живущих с ВИЧ в Азиатско-Тихоокеанском регионе, получали антиретровирусную терапию в 2016 году, что выше показателя 2010 года, составлявшего 900 000 [800 000–950 000].

¹ В количество этих 15 стран входят Бангладеш, Камбоджа, Китай, Индия, Лаосская Народно-Демократическая Республика, Малайзия, Мьянма, Непал, Новая Зеландия, Папуа Новая Гвинея, Филиппины, Сингапур, Шри Ланка, Таиланд и Вьетнам.

Поскольку общее количество людей, живущих с ВИЧ в регионе, увеличилось за последние шесть лет, рост количества лиц, получающих лечение, соответствует увеличению охвата лечением, по оценкам, с 19% [13–28%] в 2010 году до 47% [31–69%] в 2016 году. Рост соответствующих показателей в следующие четыре года скорее всего не будет достаточно большим, чтобы достичь к 2020 году целевого значения в 81% всех людей, живущих с ВИЧ. В 2016 году для достижения в регионе второй цели «90» необходимо было дополнительно охватить лечением ещё 1,7 млн человек, живущих с ВИЧ.

Имеющиеся данные указывают на низкий охват лечением ключевых групп населения. В Пакистане менее 10% людей, живущих с ВИЧ и входящих в некоторые ключевые группы населения – работники секс-бизнеса женского пола, мужчины-геи и другие мужчины, имеющие половые отношения с мужчинами, и люди, употребляющие инъекционные наркотики, – получали антиретровирусную терапию. Опубликованные результаты исследований, проводившихся в Индии, также указывают на низкий уровень охвата лечением: примерно 16% мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, и 18% людей, употребляющих инъекционные наркотики (данные за 2012–2013 гг.). В отчёте Мьянмы говорится, что результаты исследований поведения указывают на то, что примерно 29% работниц секс-бизнеса, живущих с ВИЧ, получают терапию наряду с 47% геев и других мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, живущих с ВИЧ.

Достижение подавления вирусной нагрузки

В 16 странах Азиатско-Тихоокеанского региона, подавших ЮРЭЙДС отчётные данные по тестированию на вирусную нагрузку, 52% людей, получающих антиретровирусную терапию, также имели доступ к регулярному тестированию на вирусную нагрузку.² По оценкам, процент людей, живущих с ВИЧ и имеющих подавленную вирусную нагрузку, увеличился с 34% [23–50%] в 2015 году до 39% [26–57%] в 2016 году (Рисунок 8.5). В 2016 году для достижения третьей цели «90» необходимо было достичь подавления вирусной нагрузки у ещё 1,7 млн человек, живущих с ВИЧ.

Данные, имеющиеся в Программе, показывают, что доля лиц, продолжающих лечение в течение длительного времени, очень высока: более 85% людей продолжали получать лечение после 12 месяцев с момента его начала в таких странах, как Фиджи, Малайзия, Монголия, Мьянма, Непал, Новая Зеландия, Папуа Новая Гвинея, Сингапур, Шри Ланка и Таиланд. Более низкие показатели, от 75% до 84%, были зарегистрированы в Афганистане, Бангладеш, Камбодже, Лаосе и на Филиппинах.

Исследование, проведённое в Джакарте, Индонезия, показало, что лица, имеющие сильную социальную поддержку, соблюдают режим лечения в течение трёх месяцев с вероятностью в 2,5 раза большей, чем лица с более низким уровнем социальной поддержки (2). В Индонезии, Мьянме и Непале неправительственные организации и группы на базе общин ведут активную работу по побуждению пациентов к продолжению лечения, однако масштаб их деятельности ограничен (3).

РОСТ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПО КАСКАДУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

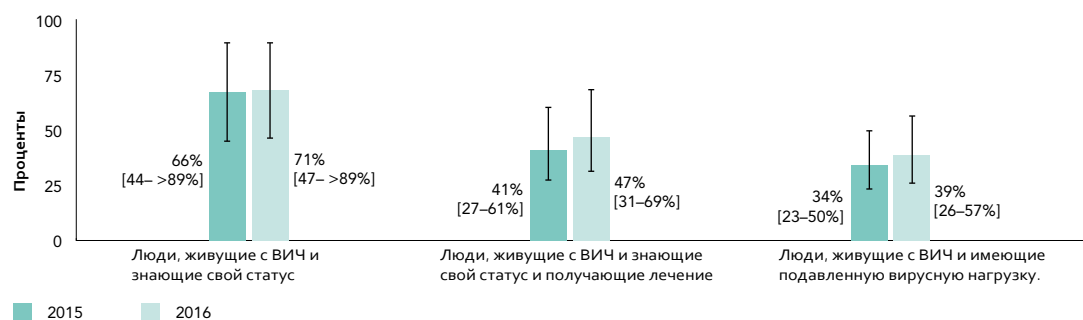


РИСУНОК 8.5. ЗНАНИЕ СВОЕГО ВИЧ-СТАТУСА, ОХВАТ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИЕЙ И ПОДАВЛЕНИЕ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ СРЕДИ ЛИЦ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, АЗИАТСКО-ТИХООКЕАНСКИЙ РЕГИОН, 2015 г. И 2016 г.

Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2017; см. Приложение с подробным описанием использованных методов

² В число указанных 16 стран входят Афганистан, Австралия, Камбоджа, Фиджи, Кирибати, Лаос, Малайзия, Монголия, Мьянма, Непал, Пакистан, Филиппины, Самоа, Сингапур, Таиланд и Вьетнам.

НА ФОНЕ ОБЩЕГО СОКРАЩЕНИЯ КОЛИЧЕСТВА НОВЫХ СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ НЕ ВИДНЫ РАЗЛИЧНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В СТРАНАХ РЕГИОНА

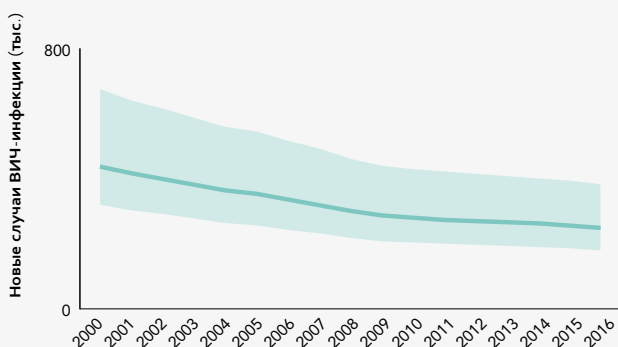


РИСУНОК 8.6. КОЛИЧЕСТВО НОВЫХ СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, ВЗРОСЛЫЕ (ОТ 15 ЛЕТ И СТАРШЕ), АЗИАТСКО-ТИХООКЕАНСКИЙ РЕГИОН, 2010–2016 гг.

Источник: Оценка ЮНЭЙДС 2017 г.

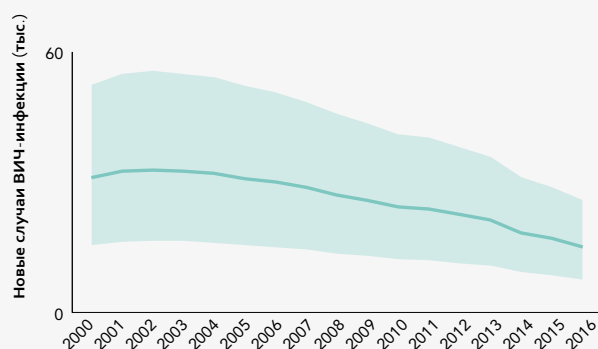


РИСУНОК 8.7. КОЛИЧЕСТВО НОВЫХ СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, ДЕТИ (0–14 ЛЕТ), АЗИАТСКО-ТИХООКЕАНСКИЙ РЕГИОН, 2010–2016 гг.

Источник: Оценка ЮНЭЙДС 2017 г.

В Азиатско-Тихоокеанском регионе эпидемия ВИЧ по-прежнему затрагивает главным образом ключевые группы населения, в том числе работников секс-бизнеса и их клиентов, геев и других мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, потребителей инъекционных наркотиков и трансгендерных людей. Годовое количество новых случаев ВИЧ-инфекции в регионе снизилось на 13% за последние шесть лет, с 310000 [220 000–430000] в 2010 году до 270000 [190 000–370000] в 2016 году. Тенденции различаются по странам. Годовое количество новых случаев ВИЧ-инфекции резко снизилось в Таиланде (на 50%), Вьетнаме (на 34%) и Мьянме (на 26%) в период с 2010 по 2016 год, при этом годовое количество новых случаев ВИЧ-инфекции возросло в Пакистане (на 39%) и на Филиппинах (на 141%) в тот же период.

Большая часть новых случаев ВИЧ-инфекции имело место в 10 странах: Китай, Индия, Индонезия, Малайзия, Мьянма, Пакистан, Папуа Новая Гвинея, Филиппины, Таиланд и Вьетнам. В 2016 году на совокупность этих стран приходилось более 95% всех новых случаев ВИЧ-инфекции в регионе.



РИСУНОК 8.8. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ НОВЫХ СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ПО СТРАНАМ, АЗИАТСКО-ТИХООКЕАНСКИЙ РЕГИОН, 2016 г.

Источник: Оценка ЮНЭЙДС 2017 г.

РИСУНОК 8.9. ИЗМЕНЕНИЕ ДОЛИ (В ПРОЦЕНТАХ) НОВЫХ СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, ПО СТРАНАМ, АЗИАТСКО-ТИХООКЕАНСКИЙ РЕГИОН, С 2010 г. ПО 2016 г.

Источник: Оценка ЮНЭЙДС 2017 г.

ФИНАНСИРОВАНИЕ МЕР В ОТВЕТ НА СПИД

ОБЪЁМ ВНУТРЕННИХ РЕСУРСОВ, НАПРАВЛЯЕМЫХ НА МЕРЫ В ОТВЕТ НА СПИД, ЗА ДЕСЯТИЛЕТИЕ УДВОИЛСЯ

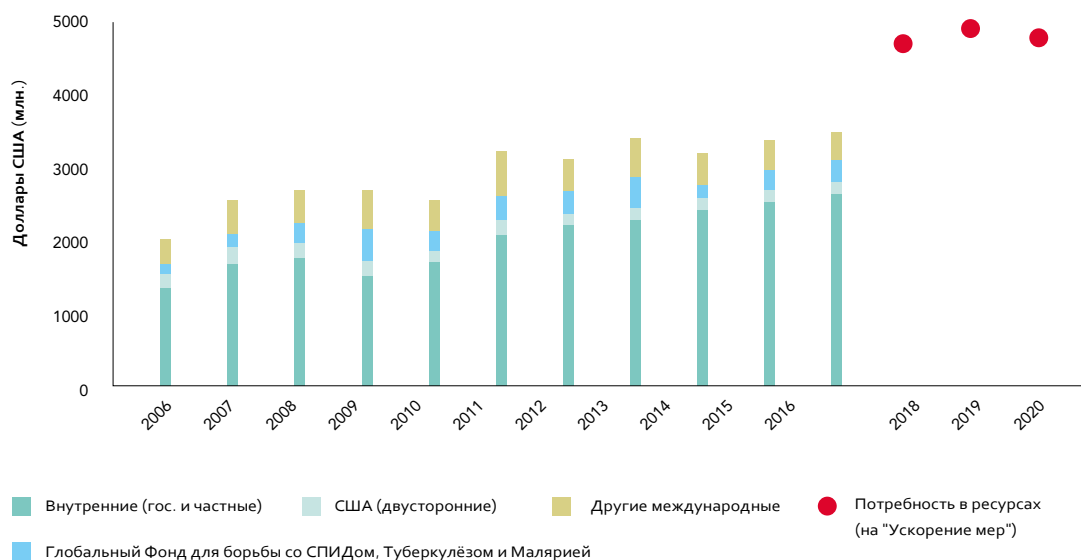


РИСУНОК 8.10. НАЛИЧИЕ РЕСУРСОВ ДЛЯ МЕР В ОТВЕТ НА ВИЧ, ПО ИСТОЧНИКАМ, 2006–2016 ГГ., И ПРОГНОЗ ПОТРЕБНОСТИ В РЕСУРСАХ НА ПЕРИОД ДО 2020 ГОДА, АЗИАТСКО-ТИХООКЕАНСКИЙ РЕГИОН*

Источник: Оценки ЮНЭЙДС по доступности ресурсов для борьбы с ВИЧ, июнь 2017 года. Обновленная информация об Ускорении и потребностях в инвестициях, необходимых для борьбы со СПИДом, 2016–2030 гг. Женева: ЮНЭЙДС, 2016. Финансирование мер реагирования в странах с низким и средним уровнем доходов: международная помощь правительствам стран-доноров в 2016 году. По Фонд семьи Кайзер и ЮНЭЙДС (в печати). Доклады GAM/GARPR (2005–2017 гг.). Благотворительная поддержка в борьбе с ВИЧ/СПИДом в 2015 году. Вашингтон, округ Колумбия: Фонды обеспокоены ситуацией со СПИДом; 2016 г. ShanD, SunJ, Yakusika, и соавт. "Общие расходы на борьбу с ВИЧ/СПИДом в префектуре Дэжун провинции Юньнань в 2010 году: первая систематическая оценка медицинских и немедицинских расходов, связанных с ВИЧ/СПИДом в Китае". PLoSONE8(6):e68006. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0068006>.

*Оценки стран с низким и средним уровнем дохода на 2015 год по классификации уровня доходов Всемирного банка. Все цифры выражены в долл. США в постоянных ценах 2016 г.

По оценкам, к концу 2016 году Азиатско-Тихоокеанский регион располагал 3,6 млрд. долл. США на реализацию мер в ответ на СПИД. При том, что объём внутренних ресурсов, направляемых на меры в ответ на СПИД, за прошедшее десятилетие удвоился, международный вклад снизился за последние пять лет почти на 25%, поскольку международные доноры отдали более высокий приоритет странам с более высокой заболеваемостью и более низкой способностью выделять средства. Сочетание этих тенденций привело к тому, что доля внутренних источников ресурсов выросла за последнее десятилетие с 67% до 75% совокупного объёма средств. Несмотря на такое увеличение доли внутреннего финансирования, пять из 17 стран, направивших свои отчёты, сохранили зависимость от доноров, превышающую 80% всех ресурсов, направляемых на противодействие СПИДу.

Региону необходимы дополнительные ресурсы. Сегодняшний уровень ресурсов, направляемых на меры в ответ на СПИД, примерно на 37% ниже годового объёма ресурсов, необходимых для достижения целей Ускорения к 2020 году. Также необходимы экономия в расходах, увеличение эффективности в предоставлении услуг в связи с ВИЧ, и инвестиции в эффективные услуги профилактики.

ДЖАКАРТА

ПРИМЕР ГОРОДСКОЙ ПРОГРАММЫ

На основе рамочных целей «90–90–90» Индонезия разрабатывает локализованные целевые показатели тестирования и лечения, в том числе для Особого столичного округа Дейра Кхусус Ибукота (ДКИ), Джакарта. Население ДКИ Джакарта составляет около 15 млн человек, при этом очагами эпидемии ВИЧ являются в основном работницы секс-бизнеса и их клиенты, мужчины-геи и другие мужчины, имеющие половые отношения с мужчинами, люди, употребляющие инъекционные наркотики и вариа (женщины-трансгендеры). В 2016 году, по результатам моделирования, проведённого в 2016 году Управлением здравоохранения провинции Джакарта, в городе имели место 4100 новых случаев ВИЧ-инфекции, при этом более 80% – в ключевых группах населения.

Отдел здравоохранения ДКИ Джакарта осуществляет пересмотр городской программы мер в ответ на ВИЧ. Увеличены бюджеты местных органов власти, направляемые на борьбу с ВИЧ, профилактическая деятельность сфокусирована на районах с наиболее высокими показателями инфицирования, проводится децентрализация услуг, связанных с ВИЧ, с передачей их районным учреждениям системы здравоохранения.

Более тесное сотрудничество с неправительственными организациями улучшает показатели выявления новых случаев и даёт возможность скорее начать лечение людей, входящих в ключевые группы и имеющих диагноз ВИЧ-инфекция. Децентрализация также помогла изменить порядок предоставления услуг с учётом потребностей ключевых групп населения: пять клиник, предоставляющих услуги геям и другим мужчинам, имеющим половые контакты с мужчинами, продлили часы работы, а 14 первичных учреждений здравоохранения в настоящее время предоставляют обновлённые услуги, которые лучше учитывают потребности клиентов. Достиженные результаты являются весьма обнадеживающими. Данные Программы за период с 2014 года указывают на то, что геи и другие мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами, всё чаще приходят для тестирования, получения диагноза и медицинских услуг. Отмечается последовательный рост количества людей, получающих антиретровирусную терапию и остающихся на лечении (Рисунок 8.11).

Данные Программы предоставлены Управлением здравоохранения провинции Джакарта

ДОСТИЖЕНИЕ ОХВАТА УСЛУГАМИ КЛЮЧЕВЫХ ПОПУЛЯЦИЙ

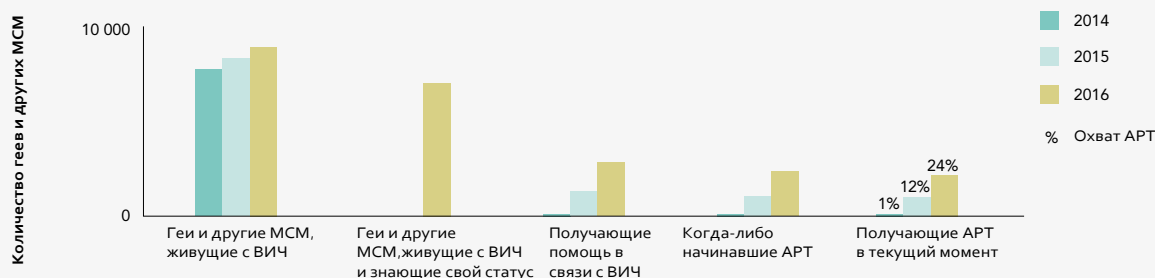


РИСУНОК 8.11. УСЛУГИ В СВЯЗИ С ВИЧ И КАСКАД МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ГЕИ И ДРУГИЕ МУЖЧИНЫ, ИМЕЮЩИЕ ПОЛОВЫЕ КОНТАКТЫ С МУЖЧИНАМИ, ДЕЙРА КХУСУС ИБУКОТА ДЖАКАРТА, 2014–2016 гг.

Источник: SIHA Dinkes Provinsi DKI Jakarta, retrieved on 31 January 2017, DKI Jakarta AEM Baseline work book, 2 сентября 2015 г.

*Количество геев и других мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами и живущих с ВИЧ, выявленных в период с 2014 по 2016 год.



ПОКАЗАТЕЛИ СТРАН НА ПУТИ К ДОСТИЖЕНИЮ ЦЕЛЕЙ «90-90-90»

Азиатско-Тихоокеанский регион

	ПЕРВАЯ ЦЕЛЬ «90»				ВТОРАЯ ЦЕЛЬ «90»				ТРЕТЬЯ ЦЕЛЬ «90»			
	Знание своего ВИЧ-статуса всеми людьми, живущими с ВИЧ*	Предоставляются ли услуги тестирования и консультирования на базе общин и/или непрофессионалами?	Имеются ли возможности самотестирования?	Применяется ли оповещение партнёра медработником?	Процент людей, живущих с ВИЧ, знающих свой ВИЧ-статус и получающих лечение*	Процент всех людей, живущих с ВИЧ и получающих лечение*	Рекомендуемый документами минздрав порог CD4-клеток для начала АРТ	Предоставляется ли АРТ на базе сообществ (т.е. за пределами мед. учреждений), пациентам со стабильным состоянием на АРТ?	Процент людей, живущих с ВИЧ, получающих лечение и имеющих подавленную ВН*	Процент всех людей, живущих с ВИЧ, имеющих подавленную вирусную нагрузку*	Имеются ли национальная политика планового тестирования на ВН для взрослых и подростков?	Процент ЛЖВ, получающих АРТ и прошедших тестирование на вирусную нагрузку
АФГАНИСТАН	29%				26%	7%			86%	6%		
АВСТРАЛИЯ	>89%				>89%	>81%			79%	71%		
БАНГЛАДЕШ	34%				46%	16%						
БУТАН												
БРУНЕЙ												
КАМБОДЖА	82%				>89%	80%			>89%	>73%		
КИТАЙ					74%							
О-ВА КУКА												
КНДР												
ФИДЖИ	87%				36%	32%			42%	13%		
ИНДИЯ	77%				63%	49%						
ИНДОНЕЗИЯ	35%				36%	13%						
ЯПОНИЯ												
КИРИБАТИ						26%			33%	9%		
ЛАОС						41%			78%	32%		
МАЛАЙЗИЯ ¹	>89%				39%	37%			>89%	35%		
МАЛЬДИВЫ ¹						>81%						
МАРШАЛЛОВЫ О-ВА												
МИКРОНЕЗИЯ ¹						21%						
МОНГОЛИЯ	35%				>89%	33%			86%	29%		
МЬЯНМА						55%			>89%	51%		
НАУРУ												
НЕПАЛ	56%				72%	40%			88%	36%		
НОВАЯ ЗЕЛАНДИЯ												
НИУЭ												
ПАКИСТАН						7%			65%	4%		
ПАЛАУ												
ПАПУА НОВАЯ ГВИНЕЯ	81%				64%	52%						
ФИЛИППИНЫ	67%				48%	32%			>89%	29%		
РЕСПУБЛИКА КОРЕЯ												
САМОА ¹						>81%			57%	57%		
СИНГАПУР ¹						>81%			>89%	>73%		
СОЛОМОНЫ О-ВА												
ШРИ ЛАНКА	47%				56%	27%						
ТАИЛАНД	>89%				75%	69%			79%	54%		
ВОСТ. ТИМОР												
ТОНГА												
ТУВАЛУ												
ВАНУАТУ												
ВЬЕТНАМ	70%				67%	47%			73%	34%		
АЗИАТСКО-ТИХООКЕАНСКИЙ РЕГИОН	71%				66%	47%			83%	39%		

85% и более
70-84%
50-69%
менее 50%

Да
Нет данных
о наличии

Да
Нет данных
о наличии

85% и более
70-84%
50-69%
менее 50%

75% и более
55-74%
30-54%
менее 30%

Лечить всех
Другие подходы
к лечению

Да
Нет

85% и более
70-84%
50-69%
менее 50%

65% и более
40-64%
25-39%
менее 25%

75% и более
50-74%
менее 50%

Нет ни того, ни другого

Имеется тестирование непрофессионалами; тестирование и консультации на базе общин отсутствуют

Имеется тестирование и консультации на базе общин; тестирование непрофессионалами отсутствует

Имеется и то и другое

Да, полностью реализуется

Да, не реализуется или реализуется частично

Нет политики по тестированию на вирусную нагрузку

Нет, только целевое тестирование на ВН

Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2017. Глобальный мониторинг СПИДа, 2017. Оценка ЮНЭЙДС 2017 г. Национальные обязательства и политические инструменты. 2017 г.

* Полный набор мер "90-90-90" и данных по каскаду медицинской помощи для стран можно найти по адресу в интернете aidsinfo.unaids.org.

¹ Оценочные данные о количестве людей, живущих с ВИЧ, и о прогрессе на пути к целям «90-90-90», предоставляются странами и не проверяются ЮНЭЙДС

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Mehta SH, Lucas GM, Solomon S, Srikrishnan AK, McFall AM, Dhingra N et al. HIV care continuum among men who have sex with men and persons who inject drugs in India: barriers to successful engagement. *Clin Infect Dis*. 2015;61(11):1732–41.
2. Weaver ER, Pane M, Wandra T et al. Factors that influence adherence to antiretroviral treatment in an urban population, Jakarta, Indonesia. *PLoS One*. 2014;9(9):e107543.
3. Progress report on HIV in the WHO South-East Asia Region, 2016. Delhi: World Health Organization; 2016.

9. Латинская Америка

ПРОГРЕСС НА ПУТИ К ДОСТИЖЕНИЮ ЦЕЛЕЙ «90–90–90»



РИСУНОК 9.1. ПРОГРЕСС НА ПУТИ К ДОСТИЖЕНИЮ ЦЕЛЕЙ «90–90–90», ЛАТИНСКАЯ АМЕРИКА, 2016 ГОД.

Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2017 г.; см. Приложение с подробным описанием использованных методов.

Латинская Америка демонстрирует значительные успехи по всем направлениям работы, связанным с достижением целей «90–90–90». Чтобы достичь этих целей к 2020 году, потребуются дополнительное внутреннее финансирование, нацеленное на взаимодействие с сообществами и общинами, и позволяющее улучшить выявление ВИЧ, особенно среди ключевых групп населения и их половых партнёров, а также усовершенствовать систему оказания услуг с тем, чтобы большее количество людей, живущих с ВИЧ, могли незамедлительно начать лечение.

ПРИНЯТИЕ ПОДХОДА ЛЕЧИТЬ ВСЕХ



Лечить всех независимо от количества CD4 Количество CD4 500 клеток/мкл или меньше Количество CD4 350 клеток/мкл или меньше

РИСУНОК 9.2. РЕКОМЕНДУЕМЫЙ РУКОВОДЯЩИМИ ДОКУМЕНТАМИ МИНИСТЕРСТВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПОРОГ НАЧАЛА АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, ПО СТРАНАМ, 2016 г.

Аргентина, Боливия, Бразилия, Коста-Рика, Мексика, Парагвай, Уругвай и Венесуэла приняли рекомендацию Всемирной Организации Здравоохранения о том, что антиретровирусную терапию любого человека, живущего с ВИЧ, следует начинать при любом уровне количества CD4-клеток

Источник: Всемирная Организация Здравоохранения, 2017 г.

В ЛАТИНСКОЙ АМЕРИКЕ КОЛИЧЕСТВО СВЯЗАННЫХ СО СПИДОМ СМЕРТЕЙ УМЕНЬШАЕТСЯ, НЕСМОТЯ НА ТРЕВОЖНЫЙ РОСТ ЭТОГО ПОКАЗАТЕЛЯ В НЕКОТОРЫХ СТРАНАХ

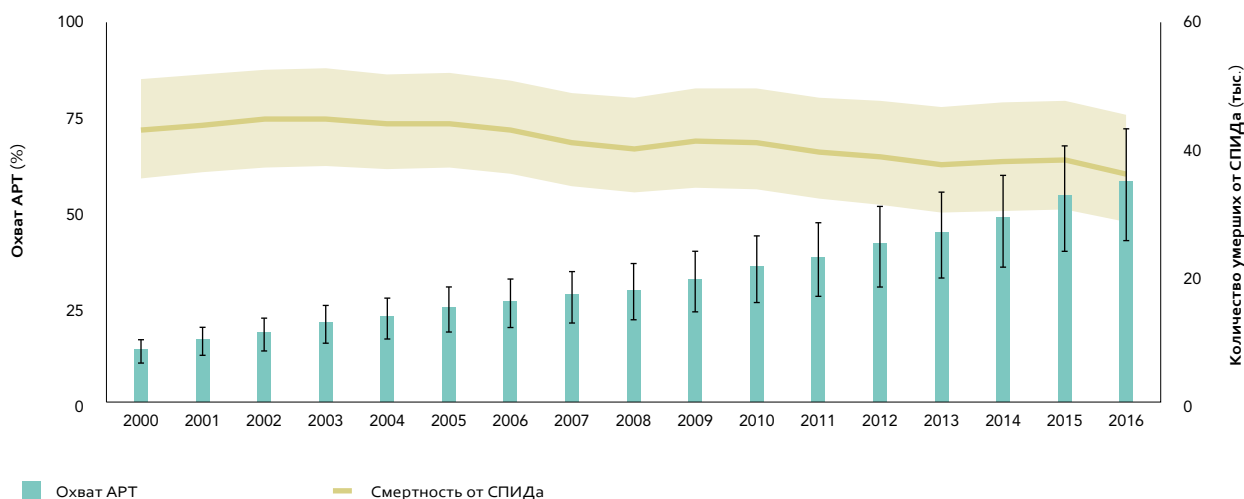


РИСУНОК 9.3. ОХВАТ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИЕЙ И КОЛИЧЕСТВО УМЕРШИХ ОТ СПИДА, ЛАТИНСКАЯ АМЕРИКА, 2000 – 2016 гг.

Относительно высокий и продолжающий расти показатель охвата лечением сыграл основную роль в снижении примерно на 12% смертности от СПИДа, – по оценкам, с 43 000 [35000–51000] в 2000 году до 36 000 [28000–45000] в 2016 году. Наибольшее снижение было достигнуто в Перу, Гондурасе и Колумбии, где количество умерших от СПИДа, сократилось, соответственно, на 62%, 58% и 45%. Количество умерших от СПИДа продолжало расти в Гватемале и Парагвае.

Источник: Глобальный мониторинг СПИДа, 2017 г. Оценка ЮНЭЙДС 2017 г.

КАСКАД МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ЛАТИНСКОЙ АМЕРИКЕ

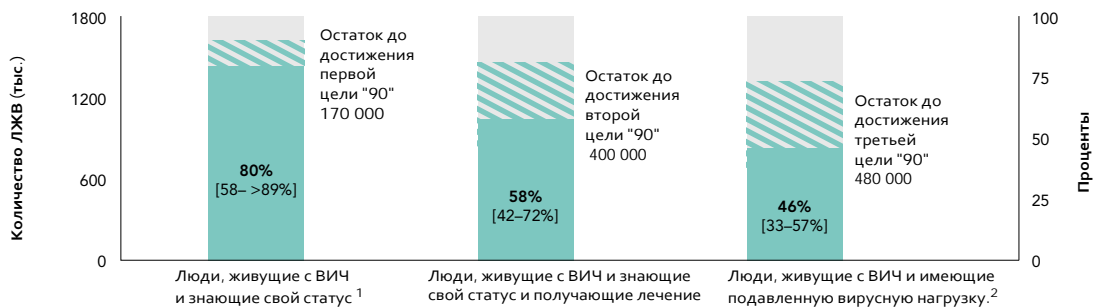


РИСУНОК 9.4. ЗНАНИЕ СВОЕГО ВИЧ-СТАТУСА, ОХВАТ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИЕЙ И ПОДАВЛЕНИЕ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ СРЕДИ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, ЛАТИНСКАЯ АМЕРИКА, 2016 г.

Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2017; см. Приложение с подробным описанием использованных методов.

¹ Показатель за 2016 г. выведен из данных отчетов, предоставленных 14 странами, что соответствует 87% людей, живущих с ВИЧ в Латинской Америке.

² Показатель за 2016 г. выведен из данных отчетов, предоставленных 14 странами. Согласно отчетам, в течение отчетного периода 87% всех людей, получающих антиретровирусную терапию, прошли тестирование на вирусную нагрузку.

ЗАКРЫТЬ ПРОБЕЛЫ ПО ВСЕМ ЭТАПАМ КАСКАДА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

По состоянию на конец 2016 года, четверо из пяти человек, живших с ВИЧ в Латинской Америке, знали свой ВИЧ-статус. Из числа знающих свой статус, 72% [52–89%] получали антиретровирусную терапию, что соответствует 58% [42–72%] всех людей, живущих с ВИЧ в регионе. Из числа получающих лечение, 79% [57–89%] имели подавленную вирусную нагрузку, что соответствует 46% [33–57%] всех людей, живущих с ВИЧ в регионе (Рисунок 9.4).

Знание своего ВИЧ-статуса

Показатель знания своего ВИЧ-статуса среди 1,8 млн [1,4 млн–2,1 млн] человек, живущих с ВИЧ в Латинской Америке, достиг 81% [58–89%] в 2016 году, показав рост с 77% [56–89%] в 2015 году (Рисунок 9.5). В 2016 году оставшаяся часть пути к первой цели «90» из триады «90–90–90» составляла 170 000 человек, живущих с ВИЧ, которые не знали свой ВИЧ-статус. При этом поздняя диагностика продолжает подрывать результаты усилий по лечению: примерно у одного из трёх человек диагностирована продвинутая стадия заболевания (количество CD4-клеток менее 200 клеток/мкл). Для дальнейшего продвижения к целям необходимо ещё больше сосредоточить усилия на развитии подходов с опорой на общины, что позволит улучшить диагностику ВИЧ, особенно среди ключевых групп населения и их половых партнёров, а также на совершенствовании услуг, что позволит большему количеству людей, живущих с ВИЧ, начать антиретровирусную терапию незамедлительно. Самотестирование на ВИЧ является весьма перспективным направлением улучшения диагностики ВИЧ, особенно среди групп населения, которые могут избегать услуг, предоставляемых системой здравоохранения (1). В Перу наборы для самотестирования продаются в аптеках с 2013 года, и обследования показывают высокую эффективность этого подхода, однако с оговоркой, что он не имеет прямой связи с лечением и отличается высокой стоимостью тестовых наборов (2). В Гондурасе министерство здравоохранения внедрило стратегию ВИСИТС (VICITS), ориентированную на охват ключевых групп населения. Программа предусматривает предоставление услуг во внерабочие часы четырьмя учреждениями здравоохранения, а передвижная бригада предоставляет услуги в ещё нескольких клиниках, в университетах и других пунктах. За год объём ВИЧ-тестирования в этих четырёх учреждениях удвоился среди геев и других мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, и утроился среди женщин-трансгендеров (3).

Лечение ВИЧ-инфекции

Количество лиц, получающих антиретровирусную терапию в Латинской Америке, почти удвоилось за шесть лет, с 511 700 [450 300–532 100] в 2010 году до оценочного показателя в 1,0 млн [896 000–1,1 млн] человек в 2016 году. Аналогичный прирост в следующие четыре года с большой вероятностью позволит достичь второй цели «90». В 2016 году разрыв на пути к достижению этой цели составлял 400 000 человек, которые должны получить лечение.

По оценкам, в 2016 году антиретровирусную терапию получали 58% [42–72%] людей, живущих с ВИЧ в регионе, что выше среднемирового показателя, составляющего 53% [39–65%]. Самый высокий охват лечением был достигнут в Аргентине – 64% [58–70%]; за ней следуют две страны со сравнительно высокой численностью людей, живущих с ВИЧ: Бразилия (60% [38–81%]) и Мексика (60% [48–69%]).

Некоторые страны региона испытывают трудности в увеличении масштаба своих программ лечения. В 2016 году лишь 25% [15–36%] людей, живущих с ВИЧ в Боливии, получали лечение; в Парагвае аналогичный показатель составил 35% [23–70%]. В Гватемале лечение получали лишь чуть более одной трети от количества людей, живущих с ВИЧ. Экономический кризис в Венесуэле привёл к нехватке многих необходимых лекарственных препаратов, в том числе антиретровирусных (4).

Обеспечение доступной стоимости препаратов является одним из центральных вопросов. Некоторые страны, в которых наблюдаются наибольшие по масштабам эпидемии ВИЧ, продолжают приобретать препараты второго и третьего ряда по высоким ценам. Две страны, Бразилия и Эквадор, ввели принудительное лицензирование антиретровирусных препаратов. В 2007 году Бразилия ввела принудительное лицензирование на эфавиренц, который использовался для лечения одной трети граждан этой страны, получавших лечение в рамках национальной программы. После введения лицензирования цена на импортируемый генерик снизилась с 1,60 долл. США за одну дозу до 0,45 долл. США за дозу (5). В конце 2016 года 87% всех людей, получавших лечение в этой стране, использовали эфавиренц. Правительство Эквадора ввело принудительное лицензирование шести антиретровирусных препаратов, в том числе ритонавира и лопинавира (6).

Подавление вирусной нагрузки

В 14 странах региона, предоставивших ЮНЭЙДС отчётные данные по плановому тестированию вирусной нагрузки, почти все (87%) люди, получавшие лечение в 2016 году, проходили тестирование на вирусную нагрузку.

В Латинской Америке примерно 79% [57–>89%] людей, получавших лечение, имели подавленную вирусную нагрузку в 2016, что аналогично уровню 2015 года. (Рисунок 9.5). Для того, чтобы добиться цели в 73% подавления вирусной нагрузки, необходимо от уровня 2016 года достичь подавления вирусной нагрузки у ещё 480 000 человек, живущих с ВИЧ в регионе.

Согласно имеющимся данным, меньшей приверженностью лечению отличаются работницы секс-бизнеса, потребители инъекционных наркотиков, а также мужчины-геи и другие мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами (7). Дискриминация и притеснения ключевых групп населения, подрывают их приверженность лечению, а ненадёжность системы снабжения и распределения препаратов создаёт дополнительные трудности (8).

РОСТ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПО КАСКАДУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

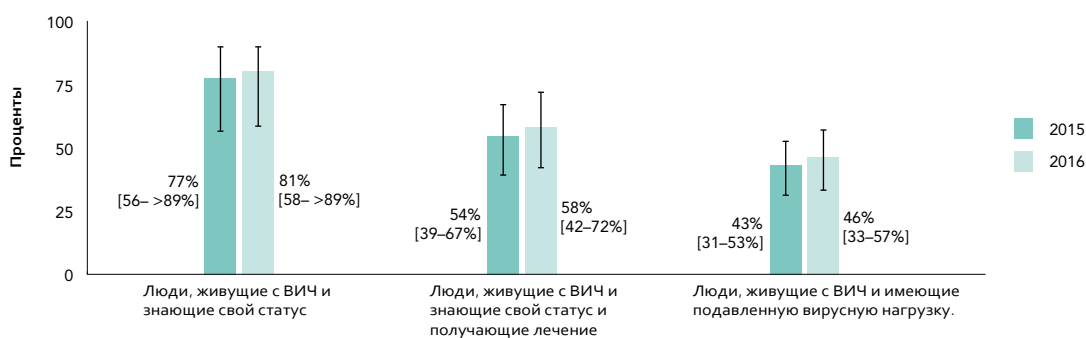


РИСУНОК 9.5. ЗНАНИЕ СВОЕГО ВИЧ-СТАТУСА, ОХВАТ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИЕЙ И ПОДАВЛЕНИЕ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ СРЕДИ ЛИЦ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, ЛАТИНСКАЯ АМЕРИКА, 2015 И 2016 ГОДЫ.

Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2017; см. Приложение с подробным описанием использованных методов

ЗА СТАБИЛЬНЫМ РЕГИОНАЛЬНЫМ ТРЕНДОМ НЕ ВИДНЫ РАЗЛИЧИЯ МЕЖДУ СТРАНАМИ

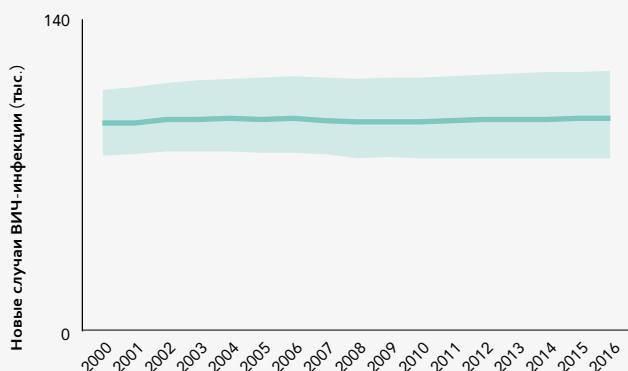


РИСУНОК 9.6. КОЛИЧЕСТВО НОВЫХ СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, ВЗРОСЛЫЕ (ВОЗРАСТ 15 ЛЕТ И СТАРШЕ), ЛАТИНСКАЯ АМЕРИКА, 2010–2016 гг.

Источник: Оценка ЮНЭЙДС 2017 г.

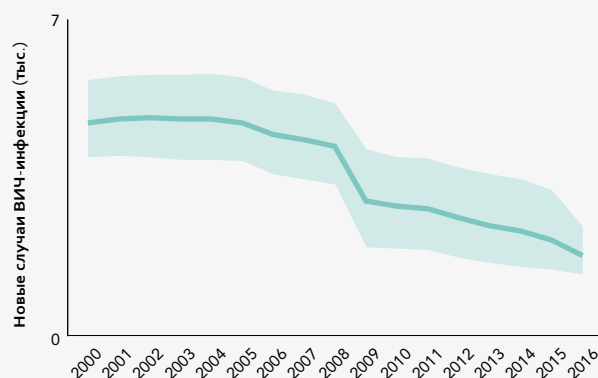


РИСУНОК 9.7. КОЛИЧЕСТВО НОВЫХ СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, ДЕТИ (0–14 ЛЕТ), ЛАТИНСКАЯ АМЕРИКА, 2010–2016 гг.

Источник: Оценка ЮНЭЙДС 2017 г.

В Латинской Америке годовое оценочное количество новых случаев ВИЧ-инфекции среди взрослых оставалось стабильным с 2010 года: 96000 [78000–120000] новых случаев ВИЧ-инфекции произошло в 2016 году, для сравнения, в 2010 году таких случаев было 94000 [78000–110000]. Оценочное количество новых случаев ВИЧ-инфекции у детей в 2016 году составило 1800 [1300–2400], большая часть которых приходится на Венесуэлу, Бразилию и Гватемалу.

Тенденции в разных странах существенно различаются. При том, что с 2010 года количество новых случаев инфицирования снизилось на более чем 20% в Колумбии, Эль-Сальвадоре, Никарагуа и Уругвае, за тот же период оно слегка выросло (на 3%) в Аргентине и Бразилии. В период с 2010 по 2016 год значительный рост наблюдался в Чили (34%) и в ряде стран Центральной Америки, особенно в Гватемале (23%), Коста-Рике (16%), Гондурасе (11%) и Панаме (9%).

В 2016 году примерно 90% новых случаев инфицирования произошло в семи странах, причём около половины (49%) – в Бразилии. Мексика (13%) заняла второе место по этому показателю.

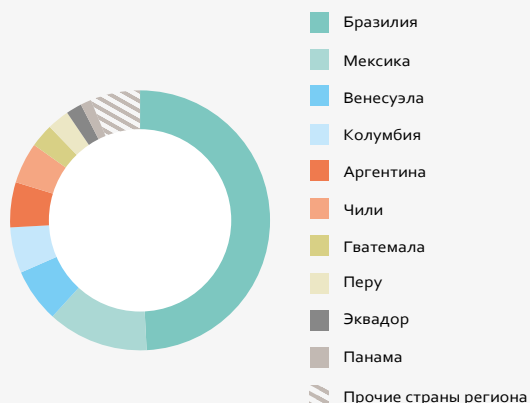


РИСУНОК 9.8. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ НОВЫХ СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, ПО СТРАНАМ, ЛАТИНСКАЯ АМЕРИКА, 2016 г.

Источник: Оценка ЮНЭЙДС 2017 г.

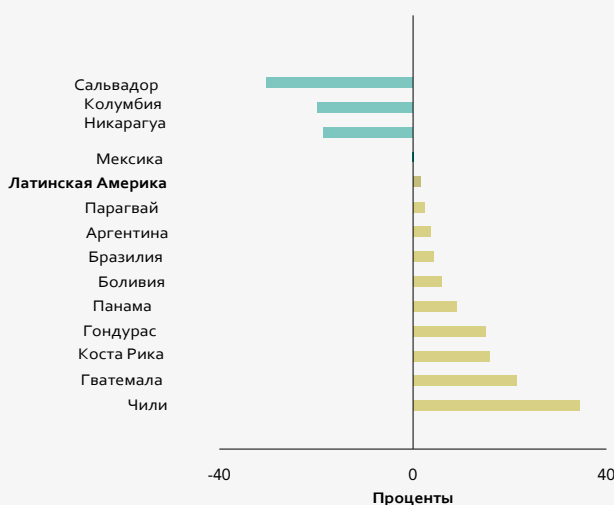


РИСУНОК 9.9. ПРОЦЕНТНОЕ ИЗМЕНЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА НОВЫХ СЛУЧАЕВ ИНФИЦИРОВАНИЯ, ПО СТРАНАМ, ЛАТИНСКАЯ АМЕРИКА, С 2010 г. ПО 2016 г.

Источник: Оценка ЮНЭЙДС 2017 г.

ФИНАНСИРОВАНИЕ МЕР В ОТВЕТ НА СПИД

ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛЕЙ УСКОРЕНИЯ НЕОБХОДИМЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ РЕСУРСЫ



РИСУНОК 9.10. НАЛИЧИЕ РЕСУРСОВ ДЛЯ МЕР В ОТВЕТ НА ВИЧ ПО ИСТОЧНИКАМ, 2006–2016 гг., И ПРОГНОЗ ПОТРЕБНОСТИ В РЕСУРСАХ НА ПЕРИОД ДО 2020 Г., ЛАТИНСКАЯ АМЕРИКА*

Источник: Оценки ЮНЭЙДС по доступности ресурсов для борьбы с ВИЧ, июнь 2017 г. Обновлённый отчет по инвестициям, необходимым для ускорения мер по противодействию СПИДу, 2016–2030 гг. Женева: ЮНЭЙДС, 2016 г. Финансирование мер противодействия в странах с низким и средним уровнем доходов: международная помощь правительствам стран-доноров в 2016 году. Фонд семьи Кайзер и ЮНЭЙДС (в печати). Доклады GAM/GARPR (2005–2017 гг.). Благотворительная поддержка в борьбе с ВИЧ/СПИДом в 2015 году. Вашингтон, округ Колумбия: Фонды обеспокоены ситуацией со СПИДом; 2016 г.

* Оценочные данные по странам с низкими и средними доходами даны в соответствии с классификацией доходов Всемирного банка за 2015 г. Все суммы даны в долларах США 2016 г. без учёта инфляции.

За период с 2006 по 2016 год объём ресурсов, направленных на противодействие ВИЧ, увеличился на 139%, с примерно 1 млрд. долл. США до 2,6 млрд. долл. США (в долл. США 2016 года без учёта инфляции). Для выхода на уровень финансирования, необходимый для достижения Целей ускорения к 2020 году потребуются дополнительное увеличение на 22%. Если эти ресурсы будут предоставлены сразу и эффективно использованы, то максимум потребности в ресурсах придётся на 2018 году, составив 3,2 млрд. долл. США, а затем затраты будут постепенно снижаться. Прирост эффективности, снижение цен на товары, а также более высокая эффективность работы по выделению и технической работы, наряду с прочими ограничениями затрат, которые не влияют на качество предоставления услуг, будут необходимы для обеспечения финансовой устойчивости мер в ответ на ВИЧ, которые позволят положить конец СПИДу как угрозе общественному здравоохранению к 2030 году.

На лечение ВИЧ-инфекции и медицинскую помощь выделяется большая доля внутреннего финансирования. Однако многие программы профилактики, в фокусе которых находятся ключевые группы населения региона, в значительной мере полагаются на финансирование со стороны доноров. По мере уменьшения донорского финансирования в регионе будет остро ощущаться потребность во внутреннем финансировании с целью обеспечения программ профилактики в странах, зависящих от донорской помощи.

БУЭНОС-АЙРЕС

ПРИМЕР ГОРОДСКОЙ ПРОГРАММЫ

Уменьшение стигматизации, связанной с сексуальной сферой и ВИЧ-инфекцией, диагностика большего количества людей, живущих с ВИЧ, и скорейшее предоставление им медицинской помощи – таковы приоритетные направления программы по борьбе с ВИЧ в Буэнос-Айресе, одном из городов Латинской Америки, включившихся в инициативу по ускорению мер противодействия СПИДу. В рамках кампании «Экспресс-тестирование на ВИЧ в своём районе» (Rapid HIV Test in the Neighbourhoods) людям предлагают бесплатное экспресс-тестирование на ВИЧ в передвижных клиниках, развёрнутых в 34 оживлённых точках города. Эти услуги начали предлагать в 2014 году; в них также входит консультирование, проводимое до и после тестирования. Лица, чей результат оказался положительным, немедленно направляются в специализированное лечебное учреждение. Для противодействия стигматизации и дискриминации городские власти Буэнос-Айреса приняли постановление (4.238/12), которое запрещает учреждениям, предоставляющим услуги медицинской помощи, отказывать подросткам в предоставлении услуг на основании их гендерной идентичности или сексуальной ориентации. На фоне благоприятной правовой среды город развернул сеть учреждений, обеспечивающих права граждан в области охраны здоровья, специально ориентированных для оказания услуг трансгендерным лицам. В эту сеть входят восемь больниц, 23 центра здоровья, один центр психического здоровья и шесть неправительственных организаций.

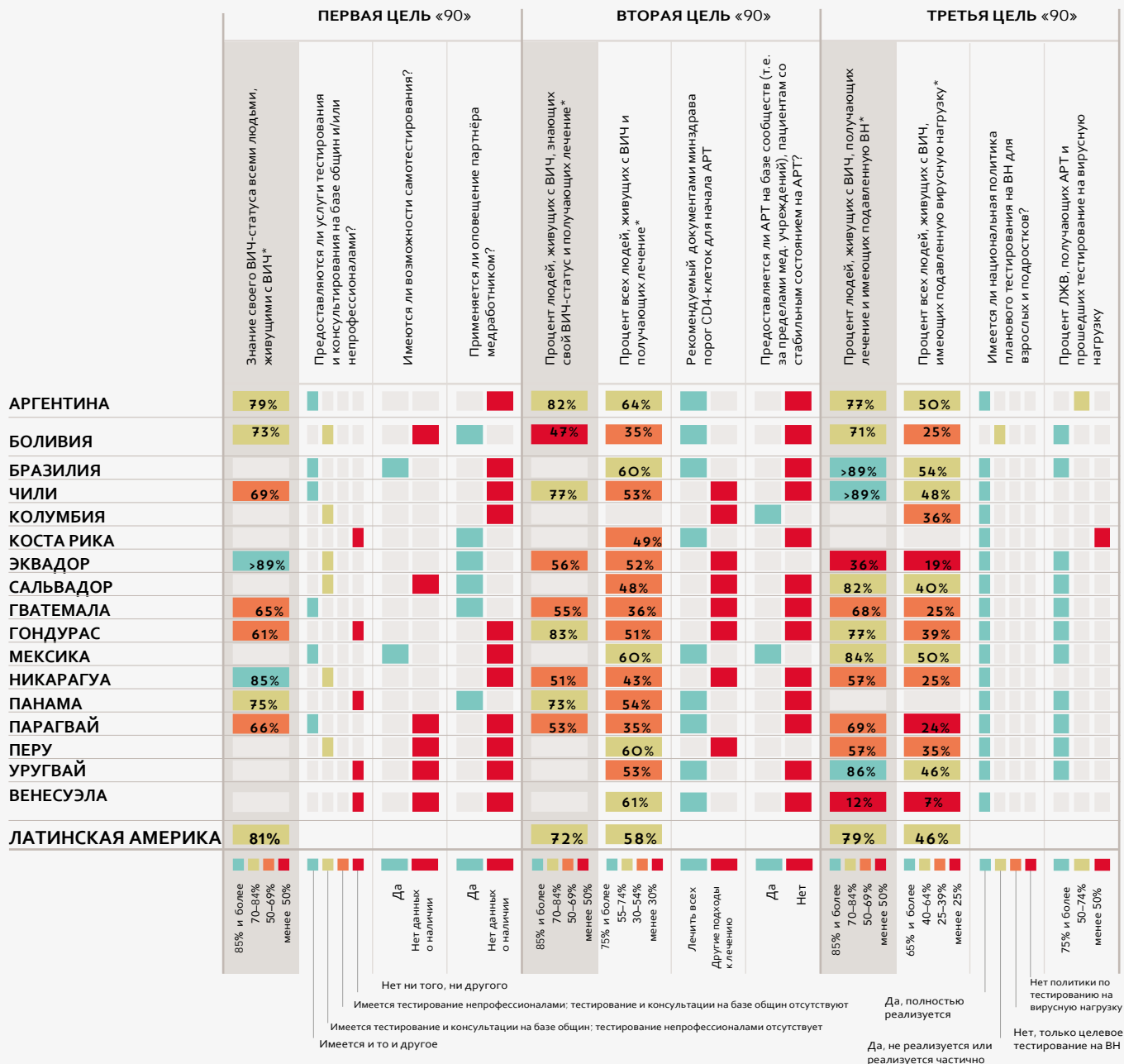
Большой популярностью в городе пользуется и интернет-служба Chau-tabú («Прощай, табу»), ставшей для молодёжи безопасной площадкой для полового просвещения и консультаций. Эта служба также предоставляет информацию о клиниках, ориентированных на подростков, где молодёжь может воспользоваться услугами тестирования на ВИЧ и лечения, наркологической помощью, получить консультацию, в том числе по вопросам полового просвещения. Число посещений сайта, в основном подростками, составило 430 000 с момента его запуска в 2013 году. Сайт содействует уменьшению стигмы, связанной с сексом, сексуальной ориентацией и ВИЧ в молодёжной среде Буэнос-Айреса (9).

«Аргентинская сеть молодых людей и подростков, живущих с ВИЧ» (RAJAP) оказывает поддержку по принципу «равный – равному» молодым людям, живущим с ВИЧ. Каждую неделю к сети присоединяются один-два новых члена, становясь частью группы молодых людей, которые обсуждают свою жизнь и делятся опытом, как равные с равными. Поддержка «равных» особенно важна для обеспечения приверженности лечению. Она также помогает молодым людям, живущим с ВИЧ, не терять силы и продолжать лечение в моменты, когда им хочется прекратить приём антиретровирусных препаратов. RAJAP также участвует в защите прав молодых людей, живущих с ВИЧ: организация собирает жалобы и запросы своих членов и представителей общественности, касающиеся прав человека, и направляет их в соответствующие государственные органы для принятия корректирующих мер.



ПОКАЗАТЕЛИ СТРАН НА ПУТИ К ДОСТИЖЕНИЮ ЦЕЛЕЙ «90-90-90»

Латинская Америка



* Полный комплект параметров «90-90-90», а также данные по каскаду медицинской помощи можно найти на aidsinfo.unaids.org.

Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2017. Глобальный мониторинг СПИДа, 2017 г. Оценка ЮНЭЙДС 2017 г. 2017 National Commitments and Policy Instrument.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Oldenburg CE, Biello KB, Perez-Brumer AG et al. HIV testing practices and the potential role of HIV self-testing among men who have sex with men in Mexico. *Int J STD AIDS*. 2017;28(3):242–249.
2. Konda KA, Joseph Davey D, León SR, Calvo GM, Salvatierra J, Brown B et al. HIV self-testing in Peru: questionable availability, high acceptability but potential low linkage to care among men who have sex with men and transgender women. *Int J STD AIDS*. 2017 Feb;28(2):133–137. doi 10.1177/0956462416630674.
3. Secretaría de Salud Honduras, Universidad del Valle de Guatemala, Análisis de desempeño por modalidades VICITS, 2017. (http://www.who.int/phi/publications/WHO_Increasing_access_to_HIV_treatment.pdf).
4. Daniels JP. Venezuela's economic crisis hampers HIV/AIDS treatment. *Lancet: World Report*. 18 March 2017;389(10074):1088–1089.
5. Report of the United Nations Secretary-General's High-Level Panel on Access to Medicines. New York: United Nations Secretary-General's High-Level Panel on Access to Medicines; 2016 (<https://static1.squarespace.com/static/562094dee4b0d00c1a3ef761/t/57d9c6ebf5e231b2f02cd3d4/1473890031320/UNSG+HLP+Report+FINAL+12+Sept+2016.pdf>, accessed 28 June 2017).
6. López FT, Herrera I, Ciriaco M. The big pharma project. *OjoPúblico*. 17 May 2017 (<https://bigpharma.ojo-publico.com/articulo/la-vida-tiene-precio/>; accessed 28 June 2017).
7. Rebeiro PF et al. Assessing the HIV care continuum in Latin America: progress in clinical retention, cART use and viral suppression. *J Int AIDS Soc*. 2016 Apr 8;19(1):20636. doi: 10.7448/IAS.19.1.20636.
8. Biello KB, Oldenburg C, Safren SA et al. Multiple syndemic psychosocial factors are associated with reduced engagement in HIV care among a multinational, online sample of HIV-infected MSM in Latin America. *AIDS CARE*. 2016;28(S1):84–91.
9. Chuatabú: en todo estás vos. In: Buenos Aires Ciudad [website]. Buenos Aires: City of Buenos Aires; n.d. (<https://chautabu.buenosaires.gob.ar/>, accessed 21 Nov 2016).

10. Страны Карибского бассейна

ПРОГРЕСС НА ПУТИ К ДОСТИЖЕНИЮ ЦЕЛЕЙ «90–90–90»

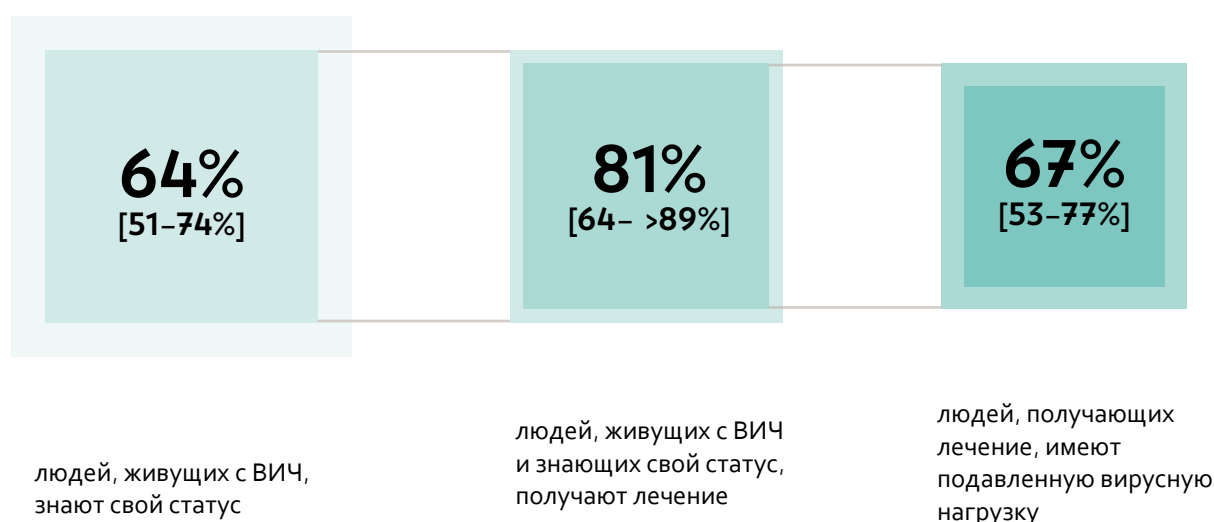


РИСУНОК 10.1. ПРОГРЕСС НА ПУТИ К ДОСТИЖЕНИЮ ЦЕЛЕЙ «90–90–90», СТРАНЫ КАРИБСКОГО БАССЕЙНА, 2016 г.

Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2017; см. Приложение с подробным описанием использованных методов

Более четырёх из пяти людей, живущих с ВИЧ в странах Карибского бассейна и знающих свой ВИЧ-статус, получают антиретровирусную терапию. Тем не менее, здесь сохраняется проблема поздней диагностики ВИЧ-инфекции, особенно у мужчин; остаются препятствия к получению лечения для молодёжи и ключевых групп населения. Процент людей, получающих лечение и имеющих подавленную вирусную нагрузку, также намного ниже среднемирового уровня. Страны Карибского бассейна вносят изменения в порядок проведения тендеров и закупок, а также используют совместные закупки для снижения стоимости антиретровирусных препаратов и нивелирования последствий уменьшения внешнего финансирования мер в ответ на СПИД.

ПРИНЯТИЕ ПОДХОДА ЛЕЧИТЬ ВСЕХ

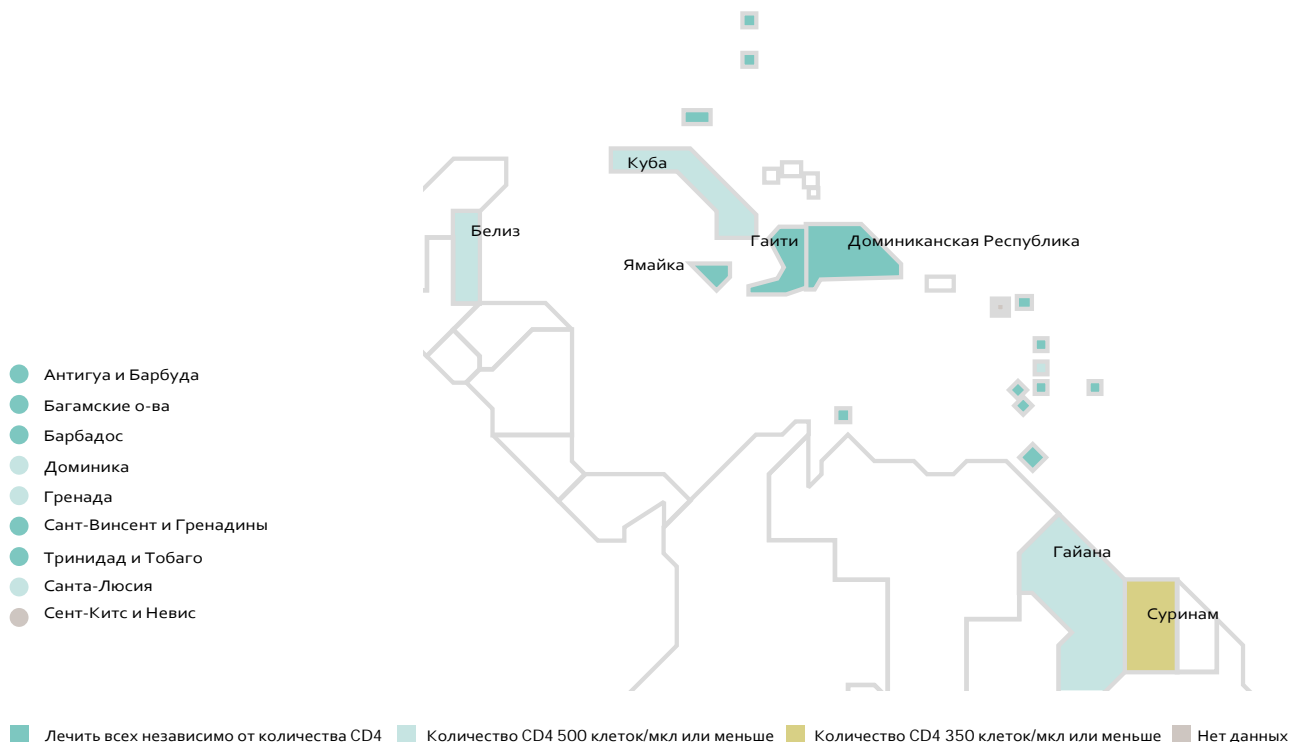


РИСУНОК 10.2. РЕКОМЕНДУЕМЫЙ РУКОВОДЯЩИМИ ДОКУМЕНТАМИ МИНИСТЕРСТВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПОРОГ НАЧАЛА АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, ПО СТРАНАМ, РЕГИОН КАРИБСКОГО БАССЕЙНА, 2016 г.

Восемь стран Карибского бассейна приняли рекомендацию Всемирной Организации Здравоохранения о том, что антиретровирусную терапию следует начинать каждому человеку, живущему с ВИЧ, независимо от количества CD4-клеток. Большинство других стран региона начинают антиретровирусную терапию только при количестве CD4-клеток меньше 500 клеток/мкл. Страны, получающие поддержку от Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (Глобального фонда), а также в рамках Чрезвычайного плана действий Президента Соединённых Штатов в ответ на СПИД (PEPFAR) демонстрируют более быстрый переход к подходу *лечить всех*.

Источник: ВОЗ, 2017 г.

КОЛИЧЕСТВО СВЯЗАННЫХ СО СПИДОМ СМЕРТЕЙ СОКРАТИЛОСЬ ДО УРОВНЯ НИЖЕ 10 000

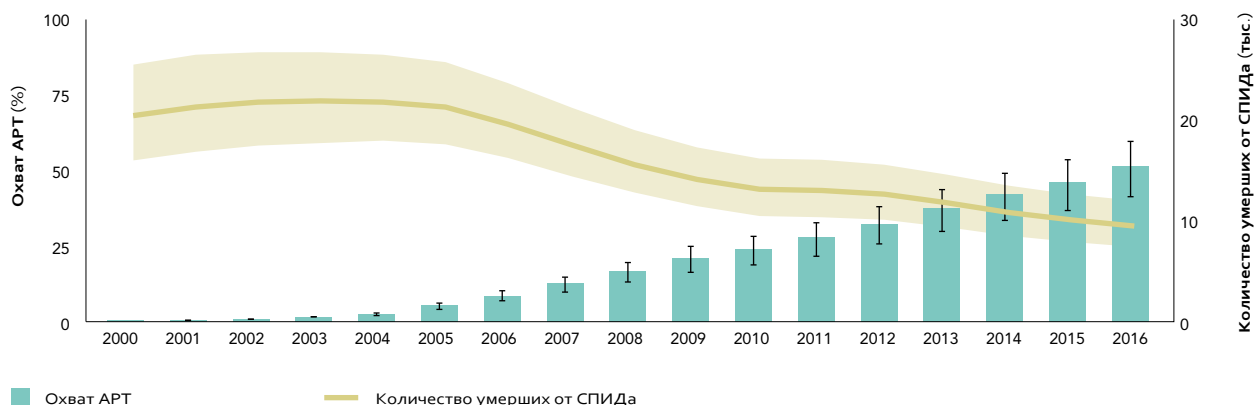


РИСУНОК 10.3. ОХВАТ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИЕЙ И КОЛИЧЕСТВО УМЕРШИХ ОТ СПИДА, СТРАНЫ КАРИБСКОГО БАССЕЙНА, 2000 – 2016 гг.

Оценочное количество людей, получающих АРТ, более чем удвоилось за последние шесть лет, что сыграло основную роль в уменьшении количества умерших от СПИДа с 21 000 [16000–26000] в 2000 г. до 9400 [7300–12000] в 2016 г.

Источник: Глобальный мониторинг СПИДа, 2017 г. Оценка ЮНЭЙДС 2017 г.

КАСКАД МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В СТРАНАХ КАРИБСКОГО БАССЕЙНА

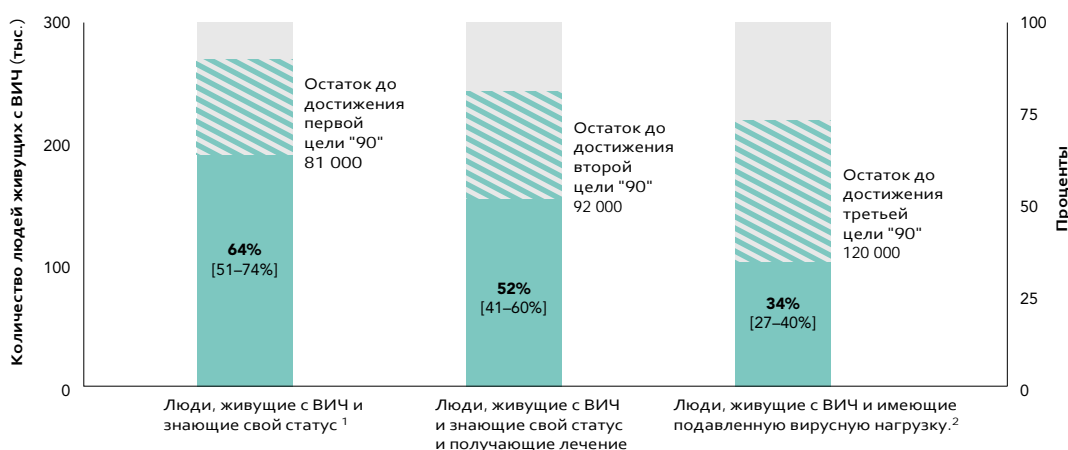


РИСУНОК 10.4. ЗНАНИЕ СВОЕГО ВИЧ-СТАТУСА, ОХВАТ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИЕЙ, И ПОДАВЛЕНИЕ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ СРЕДИ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, СТРАНЫ КАРИБСКОГО БАССЕЙНА, 2016 г.

Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2017; см. Приложение с подробным описанием использованных методов.

¹ Показатели за 2016 г. выведены из данных, содержащихся в отчётах семи стран, на долю которых приходится 93% людей, живущих с ВИЧ в регионе.

² Показатели 2016 г. выведены из данных, содержащихся в отчётах 10 стран. Согласно отчётам, 52% всех людей, получающих антиретровирусную терапию, прошли тестирование на вирусную нагрузку в течение отчётного периода.

ПРОЙТИ ОСТАТОК ПУТИ ПО ВСЕМУ КАСКАДУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИИ

По состоянию на конец 2016 года, почти две трети из 310 000 [280 000 – 350 000] человек, живших с ВИЧ в странах Карибского бассейна, знали свой ВИЧ-статус. Из них 81% [64–>89%] получали антиретровирусную терапию, а из этого числа 67% [53–77%] имели подавленную вирусную нагрузку (Рисунок 10.1). В соответствии с этими данными, охват лечением составил 52% [41–60%], а показатель подавления вирусной нагрузки – 34% [27–40%] всех людей, живущих с ВИЧ в регионе (Рисунок 10.4).

Знание своего ВИЧ статуса

Показатель знания своего ВИЧ-статуса среди людей, живущих с ВИЧ в странах Карибского бассейна, увеличился с 58% [46–67%] в 2015 году до 64% [51–74%] в 2016 году (Рисунок 10.5). В 2016 году остаток пути до достижения первой цели «90» из триады «90–90–90» составлял 81 000 человек, живущих с ВИЧ и не знающих свой ВИЧ-статус. Прогресс на пути к достижению первой цели «90» стал наибольшим на Кубе (87%) и Ямайке (81%). В своём отчёте Ямайка указала, что в стране имеется целый ряд вариантов тестирования, в том числе элементы работы по принципу «аутрич» в общинах, целевые услуги для ключевых групп населения, а также тестирование по инициативе медработника.

Лечение ВИЧ-инфекции

За шесть лет в странах Карибского бассейна количество людей, живущих с ВИЧ и получающих лечение, более чем удвоилось с 69 900 [61 500–72 700] в 2010 году до 162 000 [143 000–169 000] в 2016 году. Этот рост соответствует оценочному увеличению охвата с 24% [18–28%] в 2010 году до 52% [41–60%] в 2016 году. Если в течение следующих четырёх лет рост сохранится, то цель 2020 года (обеспечить лечение 81% всех людей, живущих с ВИЧ) будет с большой вероятностью достигнута. В 2016 году оставшаяся часть пути ко второй цели «90» составляла ещё 92 000 человек, которые ещё не получили лечение.

Охват лечением составлял более 60% на Кубе и в Тринидаде и Тобаго. По этому показателю отставали Багамы, Белиз и Ямайка, где получал лечение примерно один человек из трёх, живущих с ВИЧ. В нескольких странах сохраняется проблема позднего выявления. Например, более трети от общего количества людей, живущих с ВИЧ и диагностированные на Багамах, в Барбадосе и Ямайке в 2016 году, имели количество CD4-клеток менее 200 клеток/мкл. Кроме того, во многих странах поздняя диагностика мужчин наблюдалась чаще, чем поздняя диагностика женщин.

Подавление вирусной нагрузки

Согласно данным по подавлению вирусной нагрузки из отчётов, предоставленных в ЮНЭЙДС в 2016 году 12 странами, примерно половина людей, получавших антиретровирусную терапию в странах Карибского бассейна, проходили плановое тестирование вирусной нагрузки. Из людей, живущих с ВИЧ и получавших лечение, 67% [53–77%] имели подавленную вирусную нагрузку. Это означает, что у 34% [27–40%] всех людей, живших с ВИЧ в регионе в 2016 году, вирус подавлен, и этот показатель вырос с 31% [24–36%] в 2015 году (Рисунок 10.5). В 2016 году для достижения третьей цели «90» необходимо достичь подавления вирусной нагрузки ещё у 120 000 человек, живущих с ВИЧ в регионе.

Несколько стран восточной части Карибского бассейна уже близки к достижению третьей цели «90»: приблизительно три из четырёх человек, получающих лечение, имеют подавленную вирусную нагрузку в Барбадосе, Доминике, Гайане, Суринаме и Тринидаде и Тобаго. При этом в Доминиканской Республике и на Ямайке показатель подавления вирусной нагрузки среди получающих лечение был ниже среднего по региону.

ПРИРОСТ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПО КАСКАДУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

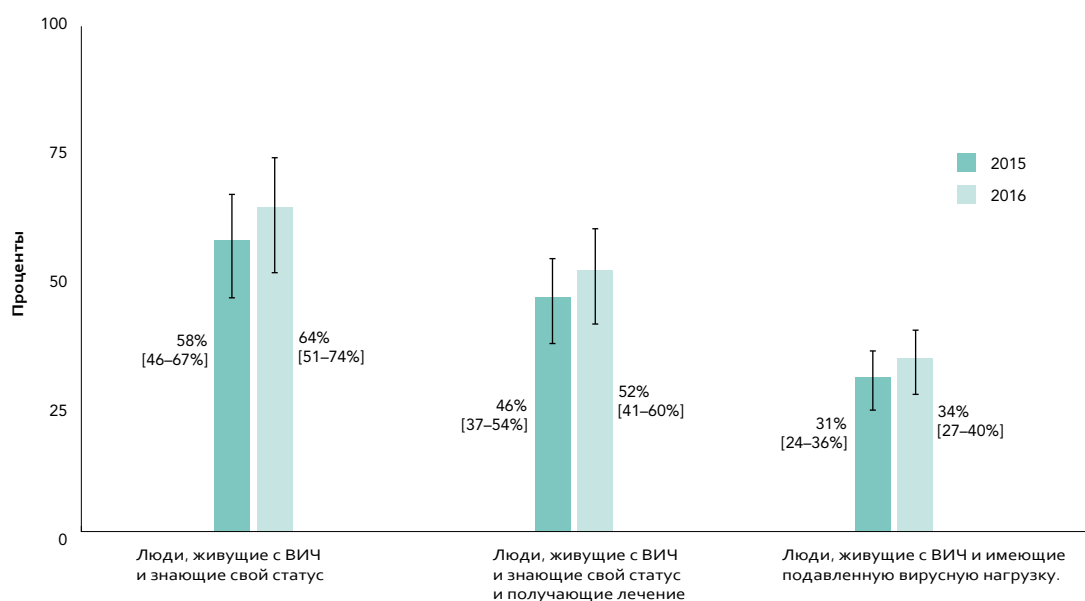


РИСУНОК 10.5. ЗНАНИЕ СВОЕГО ВИЧ-СТАТУСА, ОХВАТ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИЕЙ И ПОДАВЛЕНИЕ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ СРЕДИ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, СТРАНЫ КАРИБСКОГО БАССЕЙНА, 2015 г. И 2016 г.

Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2017; см. Приложение с подробным описанием использованных методов

КОЛИЧЕСТВО НОВЫХ СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ РАСТЁТ НА КУБЕ, СНИЖАЕТСЯ НА ГАИТИ

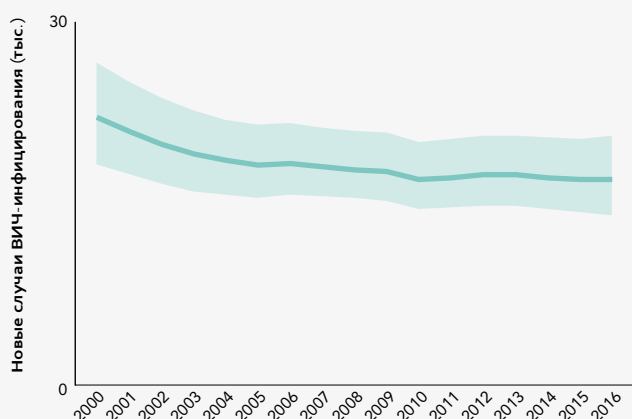


РИСУНОК 10.6. КОЛИЧЕСТВО НОВЫХ СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, ВЗРОСЛЫЕ (ВОЗРАСТ 15 ЛЕТ И СТАРШЕ), СТРАНЫ КАРИБСКОГО БАССЕЙНА, 2000–2006 гг.

Источник: Оценка ЮНЭЙДС 2017 г.

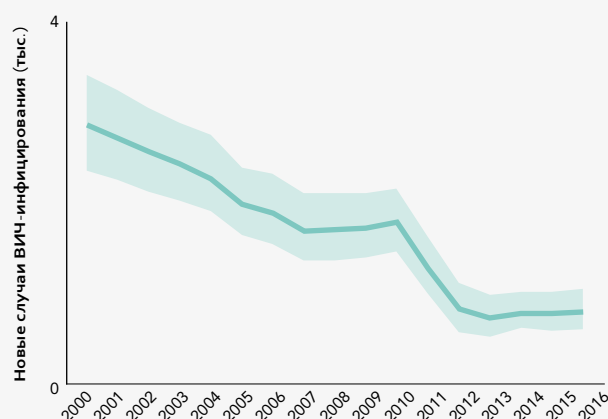


РИСУНОК 10.7. КОЛИЧЕСТВО НОВЫХ СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, ДЕТИ (0–14 ЛЕТ), СТРАНЫ КАРИБСКОГО БАССЕЙНА, 2000–2006 гг.

Источник: Оценка ЮНЭЙДС 2017 г.

Годовое количество новых случаев инфицирования среди взрослых в странах Карибского бассейна оставалось неизменным на протяжении последних шести лет и в 2016 году оценивалось в 17 000 [15 000–22 000]. Большинство новых случаев инфицирования произошли на Кубе, в Доминиканской Республике, Гаити и на Ямайке. По оценкам, на Кубе в период между 2010 и 2016 годами количество новых случаев инфицирования более чем удвоилось – с 1600 [1400–1800] до 3200 [2600–3600] случаев. В Гаити и Тринидаде и Тобаго в период между 2010 и 2016 годами оценочное количество новых случаев инфицирования сократилось почти на четверть.

Оценочное количество новых случаев инфицирования среди детей (0–14 лет) в странах Карибского бассейна уменьшилось с 1800 [1500–2200] в 2010 году до менее чем 1000 [<1000–1000] в 2016 году. Наиболее значительные сокращения произошли в Доминиканской Республике и на Гаити. В обеих странах количество новых случаев ВИЧ-инфекции среди детей уменьшилось почти на 60%.

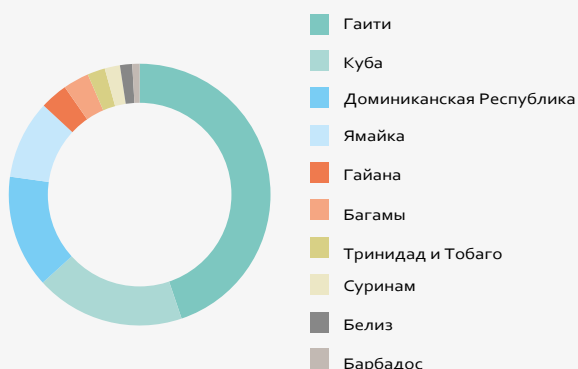


РИСУНОК 10.8. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ НОВЫХ СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, ПО СТРАНАМ, КАРИБСКИЙ БАССЕЙН, 2016 г.

Источник: Оценка ЮНЭЙДС 2017 г.

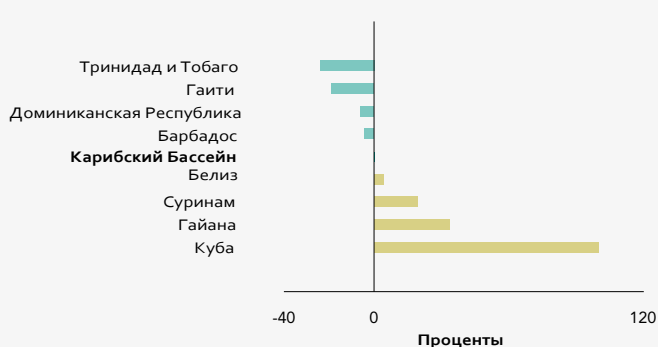


РИСУНОК 10.9. ИЗМЕНЕНИЕ ПРОЦЕНТА НОВЫХ СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, ПО СТРАНАМ, КАРИБСКИЙ БАССЕЙН, 2010–2016 гг.

Источник: Оценка ЮНЭЙДС 2017 г.

ФИНАНСИРОВАНИЕ МЕР В ОТВЕТ НА СПИД

УМЕНЬШЕНИЕ ОБЪЁМОВ ВНЕШНЕГО ФИНАНСИРОВАНИЯ В СТРАНАХ КАРИБСКОГО БАССЕЙНА

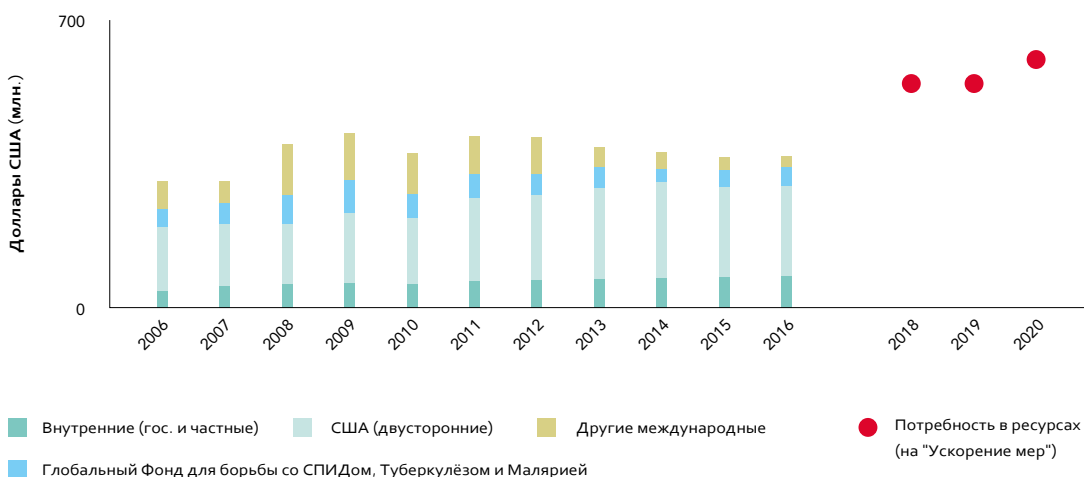


РИСУНОК 10.10. НАЛИЧИЕ РЕСУРСОВ ДЛЯ МЕР В ОТВЕТ НА ВИЧ ПО ИСТОЧНИКАМ, 2006–2016 гг., И ПРОГНОЗ ПОТРЕБНОСТИ В РЕСУРСАХ ДО 2020 ГОДА, СТРАНЫ КАРИБСКОГО БАССЕЙНА *

Источник: Оценки ЮНЭЙДС по доступности ресурсов для борьбы с ВИЧ, июнь 2017 года. Обновленная информация об Ускорении и потребностях в инвестициях, необходимых для борьбы со СПИДом, 2016-2030 гг. Женева: ЮНЭЙДС; 2016. Финансирование мер реагирования в странах с низким и средним уровнем доходов: международная помощь правительствам стран-доноров в 2016 году. Фонд семьи Кайзер и ЮНЭЙДС (в печати). Доклады GAM/GARPR (2005-2017 гг.). Благотворительная поддержка в борьбе с ВИЧ/СПИДом в 2015 году. Вашингтон, округ Колумбия: Фонды обеспокоены ситуацией со СПИДом; 2016 г.

* Оценка для стран с низким и средним доходом дана в соответствии с классификацией уровня доходов Всемирного банка – 2015. Все значения даны в долл. США в ценах 2016 г. без учёта инфляции.

Ресурсы, имеющиеся в регионе для принятия мер в ответ на СПИД, продолжают оставаться на уровне значительно ниже того, который требуется для достижения Целей ускорения к 2020 году (Рисунок 10.10). В нескольких странах карибского бассейна работа ведётся в условиях сокращающегося внешнего финансирования программ, связанных с ВИЧ. Страны региона, представляющие собой маленькие островные развивающиеся государства, живущие в условиях значительных экономических трудностей, признают необходимость увеличения объёмов внутреннего финансирования, однако их возможности крайне ограничены. В 2016 году страны Карибского бассейна профинансировали 21% от общего объёма ресурсов, направленных на борьбу с ВИЧ, что составило, по оценкам, 367 млн долл. США. Зависимость от доноров ещё более высока в сфере доказавших свою эффективность профилактических мер, к которым относятся, в частности, профилактические услуги, предоставляемые ключевым группам населения, таким как работники секс-бизнеса, трансгендерные лица, люди, употребляющие инъекционные наркотики, заключённые, а также геи и другие мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами. Некоторым странам региона удалось увеличить внутреннее финансирование. После сокращения объёмов финансирования со стороны доноров, Гайана увеличила внутреннее финансирование мер в ответ на ВИЧ, подписав грантового соглашения со Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулёзом и малярией в 2014 году. Соглашение включало требование по долевого финансированию (1). Уменьшение зависимости всего региона от внешнего финансирования потребует новых подходов к мобилизации ресурсов на борьбу с ВИЧ, совершенствования систем их выделения и контроля над расходованием, а также повышения эффективности и бережливого их использования. Страны Карибского бассейна также изучают возможности снижения стоимости лечения ВИЧ-инфекции, в том числе за счёт пересмотра процессов проведения тендеров и закупок, расширения круга поставщиков, организации совместных закупок и более точного определения и прогнозирования необходимых количеств препаратов. Примером такой работы служит схема закупок фармацевтических препаратов, внедрённая Организацией Восточно-карибских государств, предусматривающая объединение закупок и управления запасами препаратов и товаров медицинского назначения с целью усиления переговорных позиций стран-участниц и достижения экономии за счёт скидки на объём (2). Такая стратегия даёт правительствам возможность взять на себя более значительную долю затрат на антиретровирусную терапию. Кроме того, имеется необходимость инвестиций в укрепление системы здравоохранения и более широкого вовлечения общин в предоставление медицинских услуг на фоне широкой распространённости хронических заболеваний, характерных для стран Карибского бассейна (3).

КИНГСТОН

ПРИМЕР ГОРОДСКОЙ ПРОГРАММЫ

Ямайка демонстрирует хороший прогресс на пути к достижению первой цели «90» из триады целей: 81% людей, живущих с ВИЧ, знают свой ВИЧ-статус, что отражает эффективность программ тестирования на ВИЧ в стране. Тем не менее, чтобы достичь целей ускорения, Ямайке необходимо обеспечить ещё более эффективный охват ключевых групп населения услугами тестирования, лечения и ухода. Инициативы на уровне общин могут создать среду большего внимания и доверия. Крупнейшая в стране неправительственная организация, занимающаяся вопросами ВИЧ, «Джамайка ЭйДС Саппорт фор Лайф» (Jamaica AIDS Support for Life или JASL), играет ключевую роль в обеспечении охвата ключевых групп населения в Кингстоне и Монтего-Бей услугами, связанными с ВИЧ.

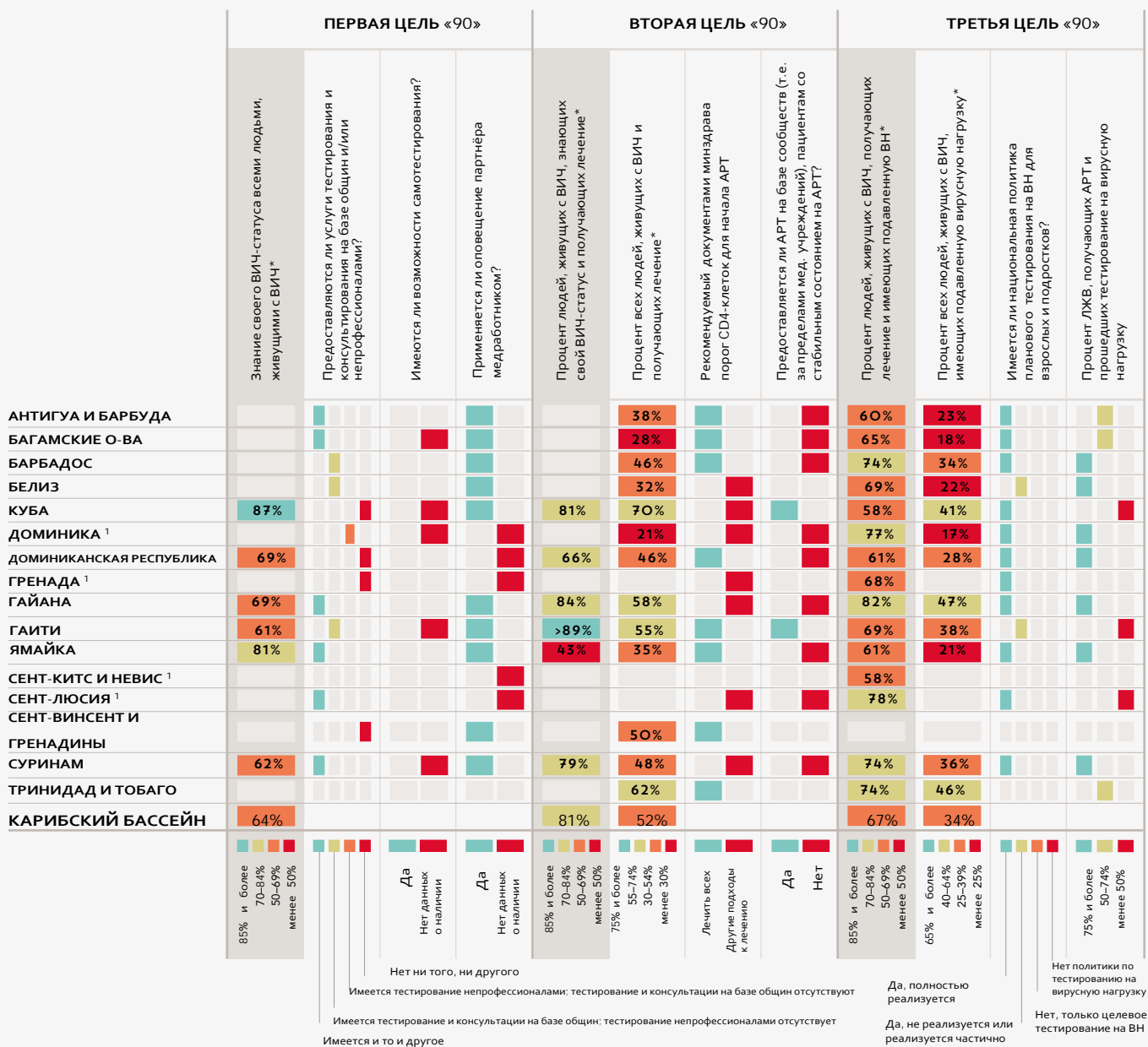
Услуги JASL включают в себя работу по принципу «аутрич» в ночных клубах, на вечеринках и других массовых мероприятиях, а также обучение жизненным навыкам и занятия с группами поддержки по принципу «равный – равному». В 2016 году JASL также освоила наставничество. В рамках этого подхода «равный» консультант ведёт новичка по всему пути получения помощи от первичной диагностики до подавления вирусной нагрузки. Поскольку большинство членов JASL являются ВИЧ-положительными и определяют себя как лесбиянки, геи, бисексуалы, трансгендерные и интерсексуальные люди (ЛГБТИ), они способны обеспечить мощную социальную поддержку, что является ключевым фактором успеха этого подхода.

Информация, включённая в настоящий раздел, взята из описательной части доклада Ямайки в рамках Всемирного мониторинга СПИДа 2017 г. (2017 Jamaica's Global AIDS Monitoring report).



ПОКАЗАТЕЛИ СТРАН НА ПУТИ К ДОСТИЖЕНИЮ ЦЕЛЕЙ «90-90-90»

Страны Карибского бассейна



* Полный комплекс мер по достижению целей «90-90-90», а также данные по каскаду медицинской помощи можно найти на сайте aidsinfo.unaids.org. Источники: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2017 г. Глобальный мониторинг СПИДа, 2017 г. Оценка ЮНЭЙДС 2017 г. Национальные обязательства и политические инструменты, 2017 г.

¹ Оценочные данные по количеству людей, живущих с ВИЧ, которые определяют прогресс на пути к достижению целей «90-90-90», предоставляются соответствующими странами и не проверялись ЮНЭЙДС.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Country Coordinating Mechanism, Guyana. In: Global Fund HIV grant application (submitted in March 2017).
2. Pharmaceuticals. In: Organisation of Eastern Caribbean States [website]. Saint Lucia: Organisation of Eastern Caribbean States; 2016 (<http://www.oecs.org/topics/pharmaceuticals>, accessed 27 June 2017).
3. Epping-Jordan JE, Pruitt SD, Bengoa R, Wagner EH. Improving the quality of health care for chronic conditions. *Qual Saf Health Care*. 2004;13:299–305.

11. Ближний Восток и Северная Африка

ПРОГРЕСС НА ПУТИ К ДОСТИЖЕНИЮ ЦЕЛЕЙ «90–90–90»

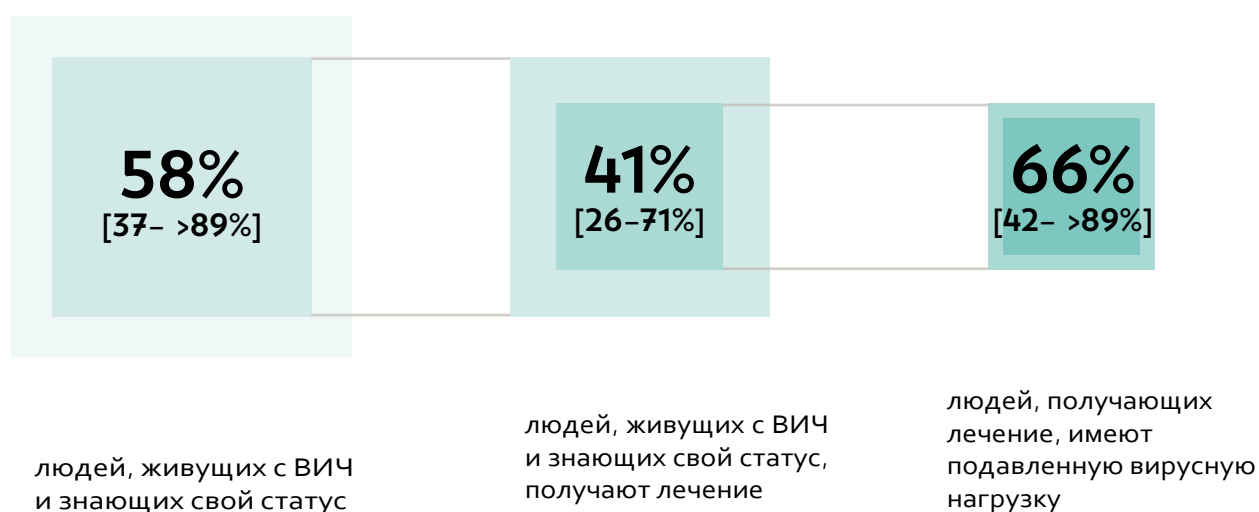
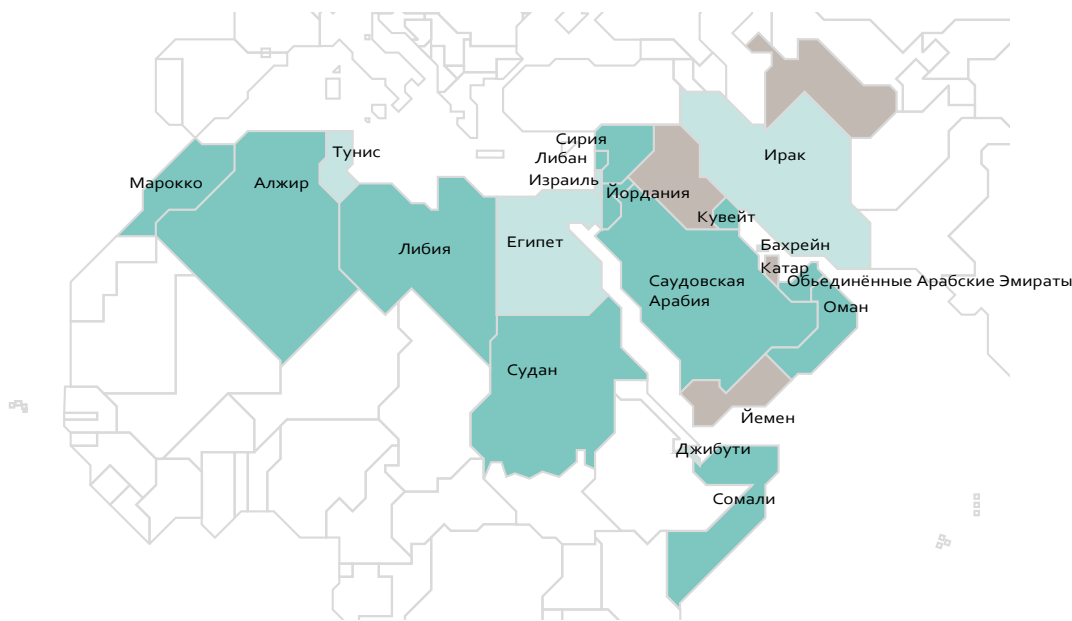


РИСУНОК 11.1. ПРОГРЕСС НА ПУТИ К ДОСТИЖЕНИЮ ЦЕЛЕЙ «90–90–90», БЛИЖНИЙ ВОСТОК И СЕВЕРНАЯ АФРИКА, 2016 г.

Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2017; см. Приложение с подробным описанием использованных методов.

Всё большее число стран Ближнего Востока и Северной Африки расширяют программы на базе общин по тестированию и лечению, увеличивая охват ключевых групп населения этими услугами. Тем не менее, прогресс на пути к достижению целей «90–90–90» в этом регионе значительно отстаёт от среднемирового. Лишь немногим более половины людей, живущих с ВИЧ в регионе, знают свой ВИЧ-статус. Крупные пробелы в каскаде медицинской помощи при ВИЧ-инфекции указывают на то, что необходимо сокращать время между тестированием на ВИЧ и началом антиретровирусной терапии, а также решать задачу обеспечения приверженности лечению.

ПРИНЯТИЕ ПОДХОДА ЛЕЧИТЬ ВСЕХ



■ Лечить всех независимо от количества CD4 ■ Количество CD4 500 клеток/мкл или меньше ■ Количество CD4 350 клеток/мкл или меньше ■ Нет данных

РИСУНОК 11.2. РЕКОМЕНДУЕМЫЙ РУКОВОДЯЩИМИ ДОКУМЕНТАМИ МИНИСТЕРСТВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПОРОГ НАЧАЛА АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, ПО СТРАНАМ, БЛИЖНИЙ ВОСТОК И СЕВЕРНАЯ АФРИКА, 2016 г.

Алжир, Иордания, Кувейт, Ливан, Марокко, Оман, Саудовская Аравия, Сомали, Сирия и Объединённые Арабские Эмираты приняли рекомендацию Всемирной организации здравоохранения о том, что антиретровирусную терапию следует начинать в отношении каждого человека, живущего с ВИЧ, независимо от количества CD4-клеток. Ожидается, что Египет и Иран примут политику «лечить всех» в 2017 г.

Источник: Всемирная Организация Здравоохранения, 2017.

КОЛИЧЕСТВО СВЯЗАННЫХ СО СПИДОМ СМЕТРЕЙ ПРОДОЛЖАЕТ РАСТИ

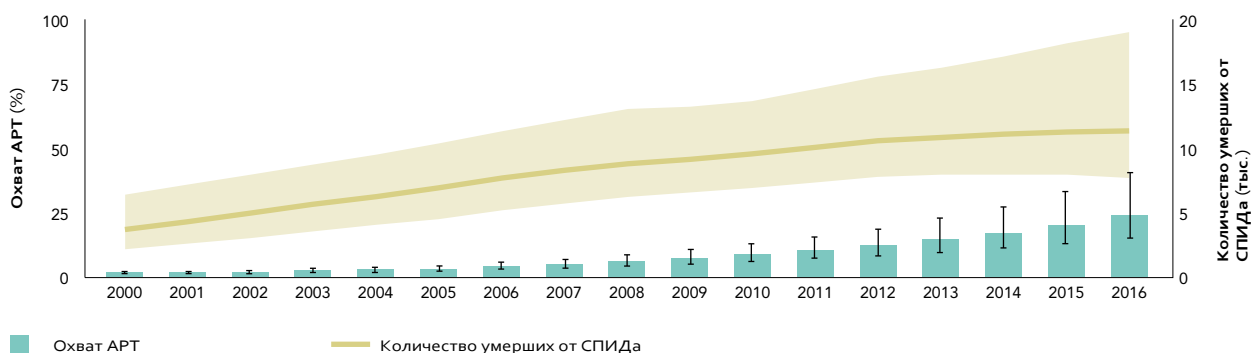


РИСУНОК 11.3. ОХВАТ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИЕЙ И КОЛИЧЕСТВО УМЕРШИХ ОТ СПИДА, БЛИЖНИЙ ВОСТОК И СЕВЕРНАЯ АФРИКА, 2000–2016 гг.*

Ближний Восток и Северная Африка – это один из двух регионов мира, где количество умерших от СПИДа, продолжает увеличиваться. Годовое оценочное количество взрослых и детей, умерших от заболеваний, связанных со СПИДом, увеличилось с 3600 [2200–6400] в 2000 г. до более чем 11 000 [7700–19000] в 2016 г. Количество умерших от СПИДа, за период 2000–2016 гг. более чем удвоилось в Египте, Иране, Кувейте, Марокко, Судане, Тунисе и Йемене, что может объясняться ростом заболеваемости в одних странах и ограниченным доступом к лечению в других. В тех странах, где охват лечением расширился, количество умерших от СПИДа, значительно уменьшилось с 2010 г. (например, на 37% в Алжире и на 28% в Джибути).

Источник: Глобальный мониторинг СПИДа, 2017 г.; Оценка ЮНЭЙДС 2017 г.

* Оценочные данные по Кувейту касаются только граждан этой страны.

КАСКАД МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНФИЦИРОВАНИИ, БЛИЖНИЙ ВОСТОК И СЕВЕРНАЯ АФРИКА

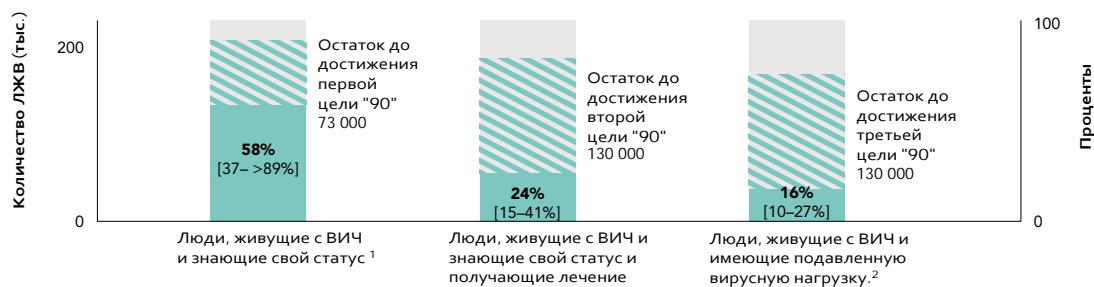


РИСУНОК 11.4. ЗНАНИЕ СВОЕГО ВИЧ-СТАТУСА, ОХВАТ АРТ И ПОДАВЛЕНИЕ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ СРЕДИ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, БЛИЖНИЙ ВОСТОК И СЕВЕРНАЯ АФРИКА, 2016 г.

Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2017; см. Приложение с подробным описанием использованных методов

¹ 2016 г. выведены из отчётных данных шести стран, на которые приходится 80% людей, живущих с ВИЧ в регионе.

² Показатели 2016 г. основаны на отчётных данных шести стран. Согласно отчётам, в среднем в мире 34% всех людей, получающих антиретровирусную терапию, проходили тестирование на вирусную нагрузку в течение отчётного периода.

ЗАКРЫТЬ ОСТАВШИЕСЯ ПРОБЕЛЫ В КАСКАДЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

На Ближнем Востоке и в Северной Африке показатели охвата тестированием на ВИЧ и лечения значительно ниже, чем в среднем в мире. По состоянию на конец 2016 года, лишь чуть больше половины 230 000 [160 000–380 000] людей, живущих с ВИЧ в регионе, знали свой ВИЧ-статус. Из числа знающих свой статус 41% [26–71%] получали антиретровирусную терапию, что соответствует 24% [15–41%] от общего количества людей, живущих с ВИЧ в регионе.

Знание своего ВИЧ-статуса

Показатель знания своего ВИЧ-статуса людьми, живущими с ВИЧ на Ближнем Востоке и в Северной Африке, вырос с 48% [30–80%] в 2015 году до 58% [37–>89%] в 2016 году (Рисунок 11.5). В 2016 году остаток пути к достижению первой цели «90» из триады целей составлял 73 000 человек, живущих с ВИЧ и не знающих свой ВИЧ-статус.

Тестирование на ВИЧ проводится, в основном, государственными медицинскими учреждениями и неправительственными организациями. При этом, учитывая криминализацию ключевых групп населения, а также стигму и дискриминацию, которой они подвергаются во многих частях региона, медицинские учреждения сталкиваются с трудностями в предоставлении своих услуг большему количеству людей, живущих с ВИЧ. Перспективными являются программы, в рамках которых тестирование и лечение проводятся на базе общин. Такие программы реализуются во всё большем числе стран региона. Кампании по проведению тестирования в общинах реализуются в Алжире, Джибути, Египте, Иране, Марокко и Судане. Эти кампании ориентированы на ключевые группы населения и районы, где риск инфицирования ВИЧ высок. Благодаря этому подходу вырос показатель знания своего статуса людьми, живущими с ВИЧ, – с 52% до 63%. Целевое тестирование в Алжире позволило стране добиться значительного прогресса на пути к достижению первой цели «90»: в 2016 году более 75% людей, живущих с ВИЧ в Алжире, знали свой ВИЧ-статус по сравнению с 53% в 2015 году.

Лечение ВИЧ

Охват антиретровирусной терапией более чем удвоился за последние шесть лет, увеличившись с 17 500 [15 400–18 200] в 2010 году до 54 400 [47 800–56 500] в 2016 году.

Однако в целом, охват медицинской помощью остаётся на низком уровне: в 2016 г. среднее значение по региону составляло 24% [15–41%] всех людей, живущих с ВИЧ. Для достижения цели 2020 г., заключающейся в предоставлении лечения 81% всех людей, живущих с ВИЧ, необходимо интенсивное расширение масштабов работы. В 2016 г. для достижения второй цели «90» необходимо предоставить антиретровирусную терапию ещё 130 000 человек. Исключительно высокий рост охвата лечением был достигнут в Алжире, где он вырос с 24% [22–26%] в 2010 году до 76% [68–82%] в 2016 году, а также в Марокко – с 16% [11–21%] до 48% [30–64%] за тот же период. В этих странах был проведён анализ имеющихся программ лечения, по результатам которого был произведён их пересмотр. Обновлённые программы приобрели более целевой характер; методы работы с опорой на общины получают всё большее распространение. Масштабы лечения в Кувейте и Катаре также выросли и в 2016 году – более 80% граждан этих стран, живущих с ВИЧ, получали лечение. На совокупную долю Исламской Республики Иран, Сомали и Судана приходится приблизительно три четверти от общего количества в 170 000 человек, живших с ВИЧ и не получавших антиретровирусную терапию в 2016 году. Достижение целей «90–90–90» в регионе в значительной мере зависит от ликвидации пробелов, имеющихся в этих трёх странах.

Подавление вирусной нагрузки

В семи странах региона, предоставивших отчётные данные по подавлению вирусной нагрузки, примерно две трети от общего количества людей, живущих с ВИЧ, имели доступ к плановому тестированию на вирусную нагрузку. По оценкам, от общего количества людей в регионе, получавших лечение, подавленную вирусную нагрузку имели 66% [42–>89%], что аналогично уровню, достигнутому в 2015 году (Рисунок 11.5). В 2016 году для достижения третьей цели «90» необходимо обеспечить подавление вирусной нагрузки у ещё 130 000 человек, живущих с ВИЧ в регионе.

В нескольких странах низкие показатели подавления вирусной нагрузки у людей, получающих антиретровирусную терапию, вызывают тревогу. Низкие показатели указывают на то, что основной проблемой может быть приверженность лечению. Например, согласно отчётам, в 2016 году в Египте лишь два человека из пяти, получающих лечение, имели подавленную вирусную нагрузку. В странах, которые обеспечивают поддержку на базе общин и совершенствуют системы учёта случаев инфицирования, приверженность лечению повышается. В Марокко этот подход – в сочетании с децентрализацией назначения и выдачи антиретровирусных препаратов – повысил приверженность лечению по истечении 12 месяцев со времени его начала с 75% в 2014 году до 95% в 2016 году.

РОСТ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПО ВСЕМУ КАСКАДУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

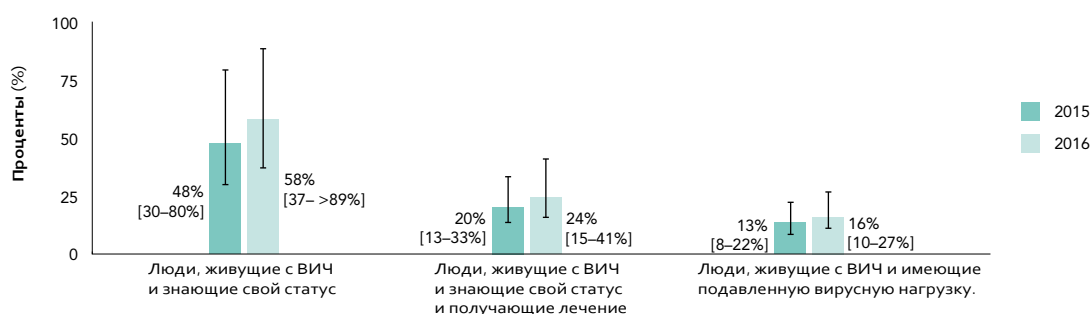


РИСУНОК .11.5. ЗНАНИЕ СВОЕГО ВИЧ-СТАТУСА, ОХВАТ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИЕЙ И ПОДАВЛЕНИЕ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ СРЕДИ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, БЛИЖНИЙ ВОСТОК И СЕВЕРНАЯ АФРИКА, 2015 И 2016 гг.

Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2017 г.; см. Приложение с подробным описанием использованных методов

ИЗМЕНЕНИЯ В КОЛИЧЕСТВЕ НОВЫХ СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ОЧЕНЬ НЕРАВНОМЕРНЫ ПО СТРАНАМ БЛИЖНЕГО ВОСТОКА И СЕВЕРНОЙ АФРИКИ

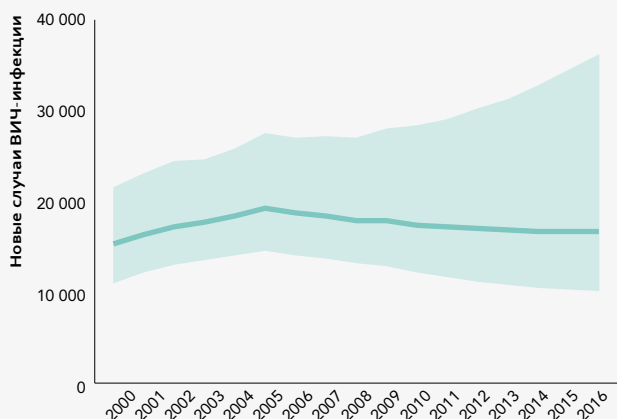


РИСУНОК 11.6. КОЛИЧЕСТВО НОВЫХ СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, ВЗРОСЛЫЕ (15 ЛЕТ И СТАРШЕ), БЛИЖНИЙ ВОСТОК И СЕВЕРНАЯ АФРИКА, 2000–2016 гг.

Источник: Оценка ЮНЭЙДС 2017 г.

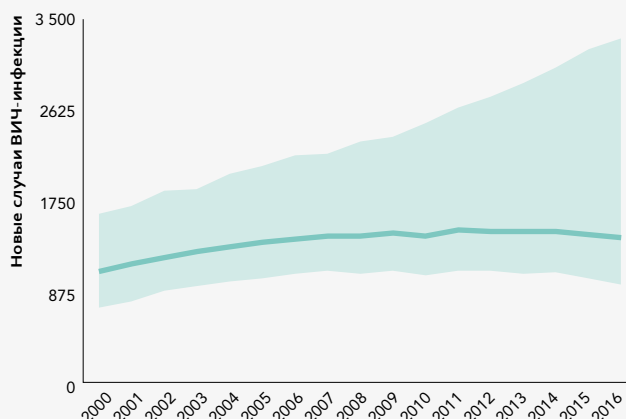


РИСУНОК 11.7. КОЛИЧЕСТВО НОВЫХ СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, ДЕТИ (0–14 ЛЕТ), БЛИЖНИЙ ВОСТОК И СЕВЕРНАЯ АФРИКА, 2000–2016 гг.

Источник: Оценка ЮНЭЙДС 2017 г.

Годовое количество новых случаев ВИЧ-инфекции в странах Ближнего Востока и Северной Африки остаётся стабильным с 2010 года; по оценкам, в 2016 году оно составило 18 000 [11 000–39 000]. При этом, тенденции в странах этого региона отличаются в широких пределах. С 2010 года годовое количество новых случаев ВИЧ-инфекции существенно снизилось в Марокко (42%), в Исламской Республике Иран (14%) и Сомали (12%). Однако количество новых случаев инфицирования выросло на 76% в Египте и на 44% в Йемене. В процентном выражении показатель новых случаев инфицирования в период с 2010 года по 2016 год значительно вырос в Иордании, Кувейте и Катаре. Абсолютное количество новых случаев инфицирования остаётся очень небольшим отчасти потому, что оценки, получаемые из этих стран, касаются только граждан и не учитывают временных рабочих-мигрантов и других иностранцев. В 2016 году на Иран, Судан и Сомали пришлось приблизительно 65% новых случаев ВИЧ-инфекции в регионе; ещё 25% новых случаев инфицирования имели место в Джибути, Египет и Марокко. Количество новых случаев ВИЧ-инфекции детей (0–14 лет) в регионе мало изменилось в период 2010–2016 гг. Большинство новых случаев инфицирования детей приходится на Сомали и Судан; совместная доля этих стран составляет приблизительно две трети от общего количества новых случаев инфицирования. В период с 2010 года по 2016 год наибольшее сокращение количества новых случаев инфицирования детей произошло в Джибути (44%), где услуги по предотвращению передачи вируса от матери к ребёнку получили распространение и были включены в программы поддержки материнства и детства.

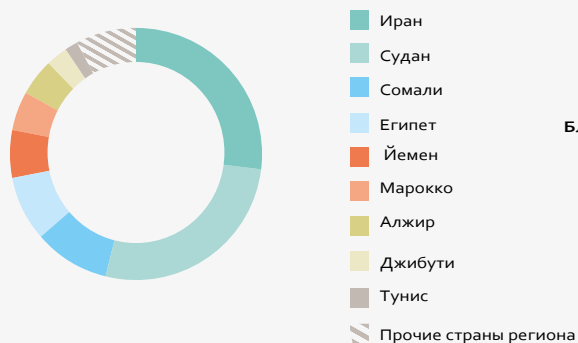


РИСУНОК 11.8. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ НОВЫХ СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ПО СТРАНАМ, БЛИЖНИЙ ВОСТОК И СЕВЕРНАЯ АФРИКА, 2016 г.

Источник: Оценка ЮНЭЙДС 2017 г.

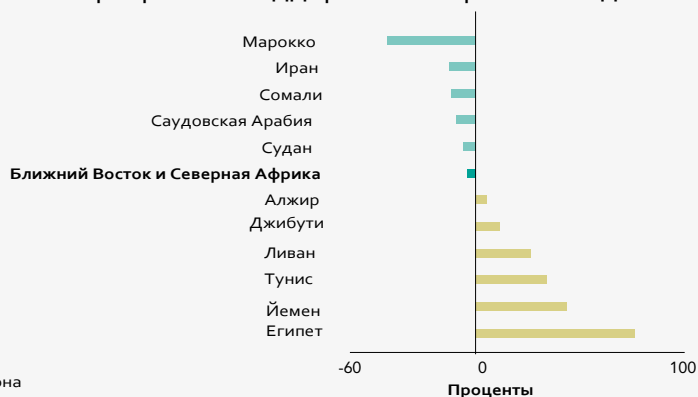


РИСУНОК 11.9. ПРОЦЕНТНОЕ ИЗМЕНЕНИЕ НОВЫХ СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ПО СТРАНАМ, БЛИЖНИЙ ВОСТОК И СЕВЕРНАЯ АФРИКА, С 2010 г. ПО 2016 г.

Источник: Оценка ЮНЭЙДС 2017 г.
*Оценки данных по Бахрейну, Кувейту, Иордании и Катару касаются только граждан эти стран.

ФИНАНСИРОВАНИЕ МЕР В ОТВЕТ НА СПИД

ИМЕЮЩИЕСЯ РЕСУРСЫ НЕ ОБЕСПЕЧИВАЮТ УСКОРЕННОЙ РЕАЛИЗАЦИИ ОТВЕТНЫХ МЕР



РИСУНОК 11.10. НАЛИЧИЕ РЕСУРСОВ ДЛЯ МЕР В ОТВЕТ НА ВИЧ, ПО ИСТОЧНИКАМ, 2006–2016 гг., И ПРОГНОЗ ПОТРЕБНОСТИ В РЕСУРСАХ К 2020 г., БЛИЖНИЙ ВОСТОК И СЕВЕРНАЯ АФРИКА*

Источник: Оценки ЮНЭЙДС по доступности ресурсов для борьбы с ВИЧ, июнь 2017 года. Обновленная информация об Ускорении и потребностях в инвестициях, необходимых для борьбы со СПИДом, 2016–2030 гг. Женева: ЮНЭЙДС: 2016. Финансирование мер реагирования в странах с низким и средним уровнем доходов: международная помощь правительствам стран-доноров в 2016 году. Фонд семьи Кайзер и ЮНЭЙДС (в печати). Доклады GAM/GARPR (2005–2017 гг.). Благотворительная поддержка в борьбе с ВИЧ/СПИДом в 2015 году. Вашингтон, округ Колумбия: Фонды обеспокоены ситуацией со СПИДом: 2016 г. * Оценочные данные для стран с низким и средним уровнями дохода приведены в соответствии с классификацией Всемирного банка 2015 г. Все значения даны в долларах США 2016 году без учёта инфляции.

За последнее десятилетие доля внутренних ресурсов для мер в ответ на СПИД (в долл. США в ценах 2016 году без учёта инфляции) увеличилась в регионе Ближнего Востока и Северной Африки на 14%, и теперь страны региона финансируют свои меры в ответ на СПИД на 73%. Однако общий объём наличных ресурсов гораздо ниже того, который, по оценкам, необходим как для достижения Целей ускорения к 2020 году, так и для того, чтобы положить конец СПИДу как угрозе общественному здравоохранению к 2030 году. Нынешний объём ресурсов должен быть почти утроен до величины примерно 750 млн долл. США к 2020 году с тем, чтобы достичь уровня охвата услугами, предусмотренного Целями ускорения. Кроме того, крайне необходимы контроль расходов и повышение эффективности программ за счёт таких мер, как внесение изменений в порядок предоставления услуг с целью более полного учёта потребностей ключевых групп населения. Более того, страны региона, имеющие низкие уровни дохода, остаются в высокой степени зависимыми от донорского финансирования: например, Джибути и Сомали более чем на 90% зависят от ресурсов, предоставляемых донорами на противодействие ВИЧ. Страны региона, со средним уровнем доходов должны найти инновационные механизмы увеличения объёмов средств на борьбу с ВИЧ.

ТЕГЕРАН

ПРИМЕР ГОРОДСКОЙ ПРОГРАММЫ

Исламская Республика Иран разворачивает в своей столице городе Тегеран ускоренную реализации ответных мер в ответ на ВИЧ. Недавние обследования в Тегеране подтверждают очень широкую распространённость ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков – она составляет 27% (1). В связи с этим большая часть противодействия ВИЧ состоит в расширении охвата этой ключевой группы населения услугами снижения вреда и другими профилактическими мерами. В Тегеране существует несколько каналов предоставления услуг, включая центры добровольного консультирования и лечения, женские центры, учреждения, проводящие заместительную опиоидную терапию, и ночные приюты. Многие из этих услуг предоставляются аутрич-группами. Более 100 общественных учреждений и 28 аутрич-групп, большая часть которых сотрудничает с неправительственными организациями, предоставляют услуги, направленные на удовлетворение базовых потребностей людей, подверженных высокому риску ВИЧ-инфицирования, в том числе предоставление убежища, пищи и медицинской помощи (2).

Несмотря на наличие бесплатных антиретровирусных препаратов, охват лечением не превышает 30%. При этом количество людей, получающих антиретровирусную терапию, увеличилось на 56% за период с 2014 по 2016 гг. В число нерешённых задач входит неудовлетворительный охват тестированием на ВИЧ среди групп населения, подверженных высокому риску. С целью увеличения охвата тестированием и лечением руководители городского здравоохранения с конца 2015 г. проводят кампанию «СПИД-автобус» для мобильного тестирования и консультирования. С момента запуска этой программы услугой воспользовались более 1500 человек, а недавно программа была расширена путём подключения к ней и других городов (3). В январе 2016 г. муниципалитет Тегерана начал кампанию «Здоровый гражданин», целью которой является повышение информированности общественности об инфекционных и неинфекционных заболеваниях с помощью рекламных щитов, созданных художниками-графиками. Дальнейшими шагами станут подробные обследования ключевых групп населения и оценка эффективности используемых подходов к предоставлению услуг.



ПОКАЗАТЕЛИ СТРАН НА ПУТИ К ДОСТИЖЕНИЮ ЦЕЛЕЙ «90–90–90»

Ближний Восток и Северная Африка

	ПЕРВАЯ ЦЕЛЬ «90»				ВТОРАЯ ЦЕЛЬ «90»				ТРЕТЬЯ ЦЕЛЬ «90»			
	Знание своего ВИЧ-статуса всеми людьми, живущими с ВИЧ*	Предоставляются ли услуги тестирования и консультирования на базе общин и/или непрофессионалами?	Имеются ли возможности самотестирования?	Применяется ли оповещение партнёра медработником?	Процент людей, живущих с ВИЧ, знающих свой ВИЧ-статус и получающих лечение*	Процент всех людей, живущих с ВИЧ и получающих лечение*	Рекомендуемый документами минздрава порог CD4-клеток для начала АРТ	Предоставляется ли АРТ на базе сообществ (т.е. за пределами мед. учреждений), пациентам со стабильным состоянием на АРТ?	Процент людей, живущих с ВИЧ, получающих лечение и имеющих подавленную ВН*	Процент всех людей, живущих с ВИЧ, имеющих подавленную вирусную нагрузку*	Имеется ли национальная политика планового тестирования на ВН для взрослых и подростков?	Процент ЛЖВ, получающих АРТ и прошедших тестирование на вирусную нагрузку
АЛЖИР	76%				>89%	76%			73%	55%		
БАХРЕЙН ²						42%						
ДЖИБУТИ						26%						
ЕГИПЕТ	57%				48%	27%			44%	12%		
ИРАН	38%				37%	14%			58%	8%		
ИРАК												
ЙОРДАНИЯ ²						55%			73%	40%		
КУВЕЙТ ²						80%			>89%	72%		
ЛИВАН						51%			82%	42%		
ЛИВИЯ ¹						48%						
МАРОККО	63%				77%	48%						
ОКУПИРОВАННАЯ ПАЛЕСТИНСКАЯ ТЕРРИТОРИЯ												
ОМАН ¹						70%						
КАТАР ²						86%						
САУДОВСКАЯ АРАБИЯ ¹						74%			77%	57%		
СОМАЛИ						11%						
СУДАН	39%				27%	10%						
СИРИЯ												
ТУНИС	58%				50%	29%						
ОАЭ												
ЙЕМЕН						18%						
БЛИЖНИЙ ВОСТОК И СЕВЕРНАЯ АФРИКА	58%				41%	24%			66%	16%		

85% и более
70–84%
50–69%
менее 50%

Да
Нет данных о наличии

Да
Нет данных о наличии

85% и более
70–84%
50–69%
менее 50%

75% и более
55–74%
30–54%
менее 30%

Лечить всех
Другие подходы к лечению

85% и более
70–84%
50–69%
менее 50%

65% и более
40–64%
25–39%
менее 25%

75% и более
50–74%
менее 50%

Нет ни того, ни другого

Имеется тестирование непрофессионалами; тестирование и консультации на базе общин отсутствуют

Имеется тестирование и консультации на базе общин; тестирование непрофессионалами отсутствует

Имеется и то и другое

Да, полностью реализуется

Да, не реализуется или реализуется частично

Нет политики по тестированию на вирусную нагрузку

Нет, только целевое тестирование на ВН

Источник: специальный анализ ЮНЭЙДС, 2017 г. Глобальный мониторинг СПИДа, 2017 г. Оценка 2017 г. Национальные обязательства и политические инструменты. 2017 г.

* Полный перечень показателей по целям «90–90–90», а также данные по каскаду медицинской помощи можно найти на aidsinfo.unaids.org.

¹ Оценочные данные по количеству людей, живущих с ВИЧ, которые определяют прогресс на пути к достижению целей «90–90–90», предоставляются соответствующими странами и не проверялись ЮНЭЙДС

² Оценки количества людей, живущих с ВИЧ, касаются только граждан страны.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Malekinejad M, Mohraz M, Razani N, Akbari G, McFarland W, Khairandish P et al. High HIV prevalence in a respondent-driven sampling survey of injection drug users in Tehran, Iran. *AIDS Behav.* 2015;19(3):440–49.
2. Summary of service statistics submitted by Ministry of Health & Medical Education and the Ministry of Labour, Cooperatives & Social Welfare. Tehran Fast-Track profile (updated 2 May 2017).
3. AIDS Bus implementation report. Payam-Avaran Hamyari, Ministry of Health & Medical Education, Ministry of Labour, Cooperatives and Social Welfare and UNAIDS; 2016.

12. Восточная Европа и Центральная Азия

ПРОГРЕСС НА ПУТИ К ДОСТИЖЕНИЮ ЦЕЛЕЙ «90–90–90»

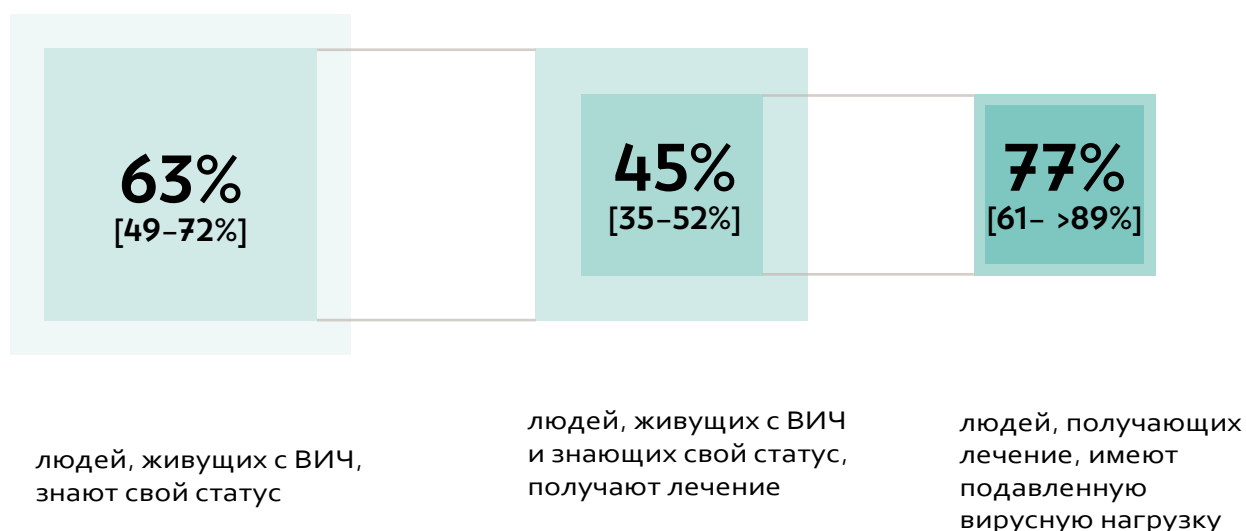
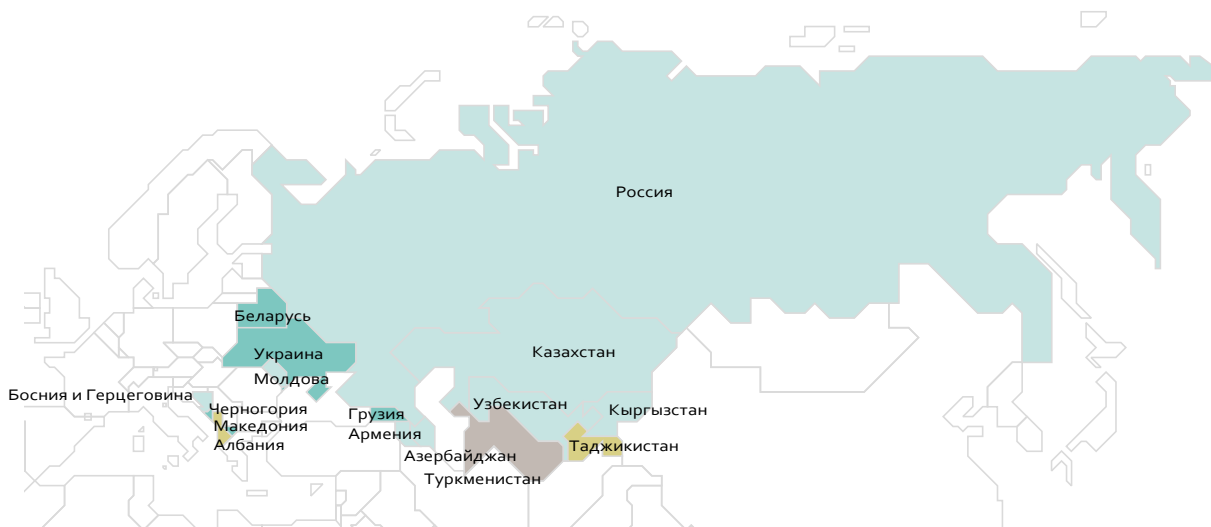


РИСУНОК 12.1. ПРОГРЕСС НА ПУТИ К ДОСТИЖЕНИЮ ЦЕЛЕЙ «90–90–90», ВОСТОЧНАЯ ЕВРОПА И ЦЕНТРАЛЬНАЯ АЗИЯ, 2016 г.

Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2017; см. Приложение с подробным описанием использованных методов

В Восточной Европе и Центральной Азии годовое количество новых случаев ВИЧ-инфекции продолжает расти. В регионе имеются значительные пробелы в реализации целей «90–90–90». Показатели охвата лечением остаются на низком, вызывающем тревогу уровне, при этом в 2016 году менее четверти людей, живущих с ВИЧ, имели подавленную вирусную нагрузку. Прогресс на пути к достижению целей может быть ускорен за счёт увеличения внутреннего финансирования и большего внимания вопросам предоставления услуг ключевым группам населения.

ПРИНЯТИЕ ПОДХОДА ЛЕЧИТЬ ВСЕХ



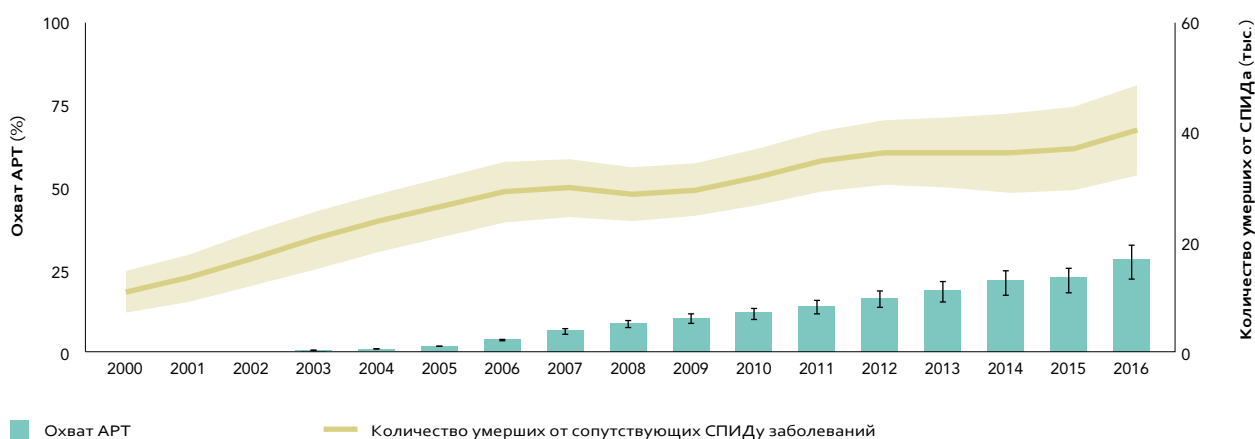
■ Лечить всех независимо от количества CD4 ■ Количество CD4 500 клеток/мкл или меньше ■ Количество CD4 350 клеток/мкл или меньше ■ Нет данных

РИСУНОК 12.2. ПОРОГ НАЧАЛА ЛЕЧЕНИЯ CD4-КЛЕТОК ДЛЯ НАЧАЛА АРТ, РЕКОМЕНДУЕМЫЙ РУКОВОДЯЩИМИ ДОКУМЕНТАМИ МИНИСТЕРСТВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ПО СТРАНАМ, ВОСТОЧНАЯ ЕВРОПА И ЦЕНТРАЛЬНАЯ АЗИЯ, 2016 г.

Четыре страны – Беларусь, Грузия, Черногория и Украина – приняли на национальном уровне рекомендацию Всемирной Организации Здравоохранения проводить антиретровирусную терапию любому человеку, живущему с ВИЧ, независимо от количества CD4-клеток.

Источник: Всемирная Организация Здравоохранения, 2017 г.

КОЛИЧЕСТВО СВЯЗАННЫХ СО СПИДОМ СМЕРТЕЙ ПРОДОЛЖАЕТ РАСТИ



■ Охват АРТ ■ Количество умерших от сопутствующих СПИДу заболеваний

РИСУНОК 12.3. ОХВАТ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИЕЙ И КОЛИЧЕСТВО УМЕРШИХ ОТ СОПУТСТВУЮЩИХ СПИДУ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВОСТОЧНАЯ ЕВРОПА И ЦЕНТРАЛЬНАЯ АЗИЯ, 2000–2016 гг.

Низкий уровень охвата программами тестирования на ВИЧ и лечения, а также растущее количество новых случаев инфицирования являются факторами, определяющими тренд на повышение смертности, связанной со СПИДом. Оценочное годовое количество умерших от СПИДа увеличилось с 32 000 [27000–37 000] в 2010 г. до 40 000 [32000–49000] в 2016 г., то есть на 25%. Основная доля этого увеличения приходится на Российскую Федерацию, где эпидемия, согласно отчётам, унесла 30 550 жизней в 2016 г. (1).

Источник: Глобальный мониторинг СПИДа, 2017 г. Оценка ЮНЭЙДС 2017 г.

КАСКАД МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ

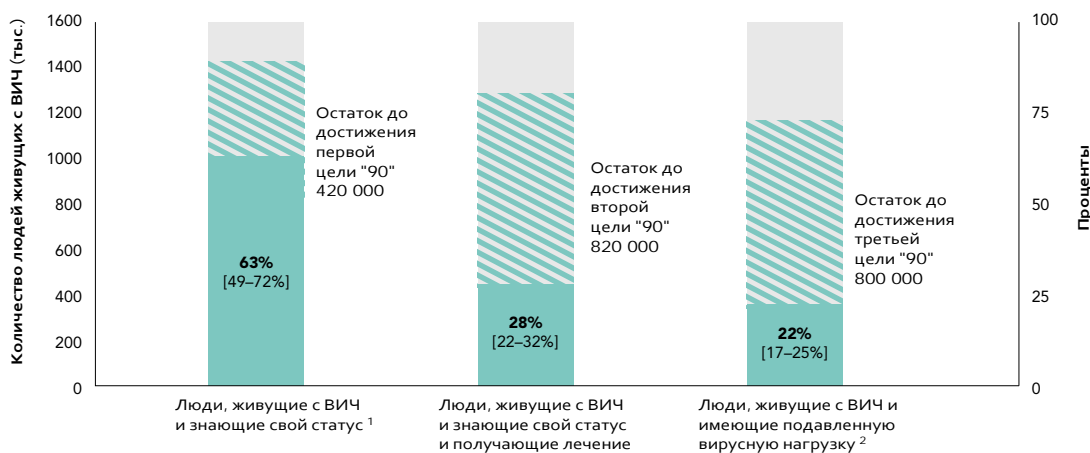


РИСУНОК 12.4. ЗНАНИЕ СВОЕГО ВИЧ-СТАТУСА, ОХВАТ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИЕЙ И ПОДАВЛЕНИЕ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ СРЕДИ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, ВОСТОЧНАЯ ЕВРОПА И ЦЕНТРАЛЬНАЯ АЗИЯ, 2016 г.

Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2017; см. Приложение с подробным описанием использованных методов

¹ Показатели за 2016 г. основаны на данных отчётов 12 стран, в которых находятся 99% людей, живущих с ВИЧ в регионе.

² Показатели за 2016 г. основаны на данных отчётов 13 стран. Согласно отчётам в целом по региону, 93% всех людей, живущих с ВИЧ, прошли тестирование на вирусную нагрузку в течение отчётного периода.

ОСТАВШАЯСЯ ЧАСТЬ ПУТИ К ДОСТИЖЕНИЮ ЦЕЛЕЙ КАСКАДА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

По состоянию на конец 2016 года, почти две трети из 1,6 млн. [1,4 млн.–1,7 млн.] человек, живущих с ВИЧ в странах Восточной Европы и Центральной Азии, знали свой ВИЧ-статус. Из тех, кто знал свой ВИЧ-статус, 45% [35–52%] получали антиретровирусную терапию, а из этого количества 77% [61–89%] имели подавленную вирусную нагрузку (Рисунок 12.1). Эти данные означают, что охват лечением составляет 28% [22–32%], а подавление вирусной нагрузки отмечено у 22% [17–25%] от общего количества людей, живущих с ВИЧ в регионе (Рисунок 12.4).

Знание своего ВИЧ-статуса

Показатель знания своего ВИЧ-статуса среди людей, живущих с ВИЧ в Восточной Европе и Центральной Азии, немного увеличился, с 59% [46–67%] в 2015 г. до 63% [49–72%] в 2016 г. (Рисунок 12.5). В 2016 г. для достижения первой цели «90» необходимо охватить тестированием 420 000 человек, живущих с ВИЧ и не знающих свой ВИЧ-статус.

Исследования показывают, что в регионе тестирование на ВИЧ людей, употребляющих инъекционные наркотики, остаётся на низком уровне. В прошлые годы, по которым имеются данные, охват тестированием людей, употребляющих инъекционные наркотики, составлял 12% в Азербайджане (2016 год), 23% в Боснии и Герцеговине (2015 год), 26% в Грузии (2015 год), 62% в Казахстане (2016 год), 43% в Кыргызстане (2013 год), 49% в Украине (2015 год) и 32% в Узбекистане (2015 год). Охват тестированием геев и других мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, также оставался низким – от 57% в Украине (2015 год) до 70% в Азербайджане (2016 год).

Лечение ВИЧ-инфекции

Охват лечением людей, живущих с ВИЧ в регионе, за прошедшие шесть лет увеличился с 12% [10–13%] в 2010 г. до 28% [22–32%] в 2016 году. При этом общий показатель охвата лечением остаётся низким. Факторами, ограничивающими его рост, являются криминализация обладания наркотиками, высокие цены на антиретровирусные препараты, а также высокая стоимость услуг, связанных с лечением. Для того, чтобы выполнить вторую цель «90» к 2020 году и обеспечить антиретровирусной терапией 81% всех людей, живущих с ВИЧ, потребуется существенное наращивание усилий. Исходя из уровня 2016 года, выполнение второй цели «90» потребует предоставления лечения ещё 820 000 человек.

Подавление вирусной нагрузки

В 11 странах, предоставивших свои отчёты в ЮНЭЙДС в 2016 году, приблизительно 93% людей, получавших антиретровирусную терапию, проходили плановые тестирования вирусной нагрузки. Около четырёх пятых от общего количества людей, получавших лечение, имели подавленную вирусную нагрузку. При этом низкие показатели знания своего ВИЧ-статуса и охвата лечением означают, что всего 22% [17–25%] всех людей, живущих с ВИЧ в регионе, имели подавленную вирусную нагрузку, что больше, чем 18% [14–21%] в 2015 году (Рисунок 12.5). В 2016 году оставшаяся часть пути к достижению третьей цели «90» состояла в том, чтобы достичь подавления вирусной нагрузки ещё у 800 000 человек, живущих с ВИЧ в регионе.

РОСТ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПО ВСЕМУ КАСКАДУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

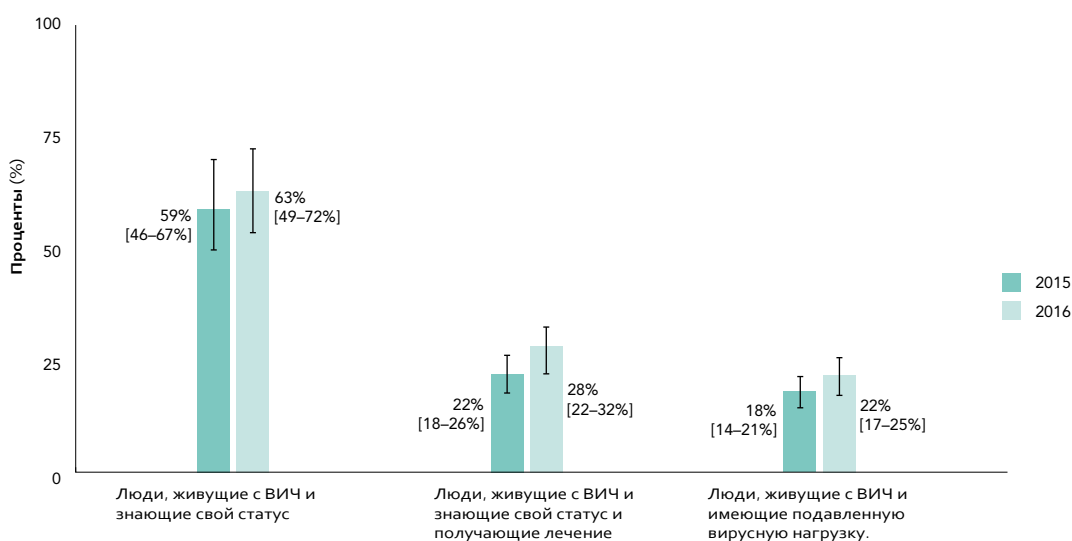


РИСУНОК 12.5. ЗНАНИЕ СВОЕГО ВИЧ-СТАТУСА, ОХВАТ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИЕЙ И ПОДАВЛЕНИЕ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ СРЕДИ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, ВОСТОЧНАЯ ЕВРОПА И ЦЕНТРАЛЬНАЯ АЗИЯ, 2015 И 2016 гг.

Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2017; см. Приложение с подробным описанием использованных методов.

КОЛИЧЕСТВО СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ ПРОДОЛЖАЕТ РАСТИ

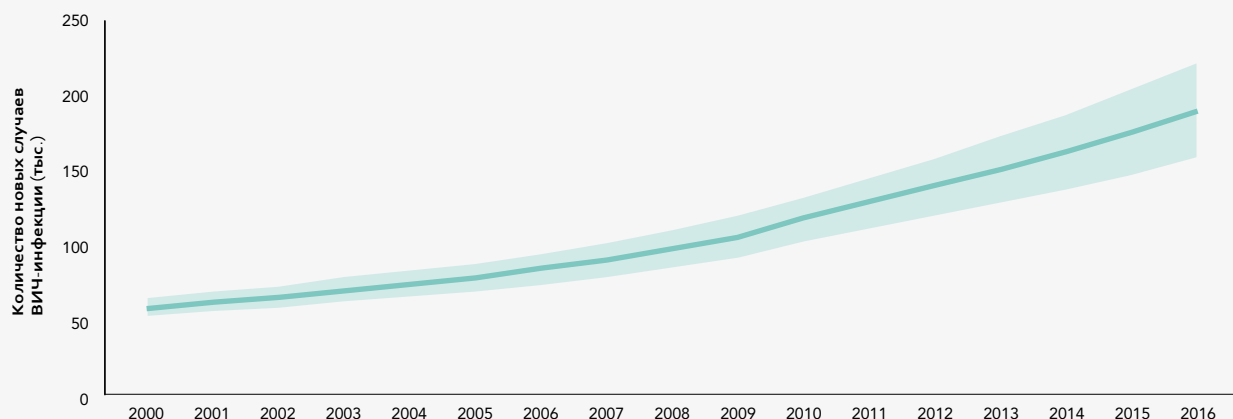


РИСУНОК 12.6. КОЛИЧЕСТВО НОВЫХ СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, ВЗРОСЛЫЕ (15 ЛЕТ И СТАРШЕ), ВОСТОЧНАЯ ЕВРОПА И ЦЕНТРАЛЬНАЯ АЗИЯ, 2000–2016 гг.

Источник: Оценка ЮНЭЙДС 2017 г.

В Восточной Европе и Центральной Азии эпидемия ВИЧ продолжает расширяться. В 2016 году оценочное количество новых случаев ВИЧ-инфекции в регионе составило 190000 [160 000–220000] человек, что на 60% больше, чем в 2010 году (120000 [100 000–130000]). В 2015 году на долю людей, употребляющих инъекционные наркотики, пришлось 42% новых случаев ВИЧ-инфекции.

Эпидемия ВИЧ в регионе затронула, в основном, две страны: Российскую Федерацию и Украину. В 2016 году на эти две страны приходилось, соответственно, 81% и 9% общего количества новых случаев ВИЧ-инфекции. В России эпидемия продолжает быстро развиваться – количество новых случаев выросло с 62 581 в 2010 году до 103 438 в 2016 году (1). Эпидемия быстро нарастает и в нескольких других странах региона, в том числе в Албании и Черногории, а в Кыргызстане и Таджикистане наблюдается небольшое снижение количества новых случаев инфицирования – 5% и 9%, соответственно.

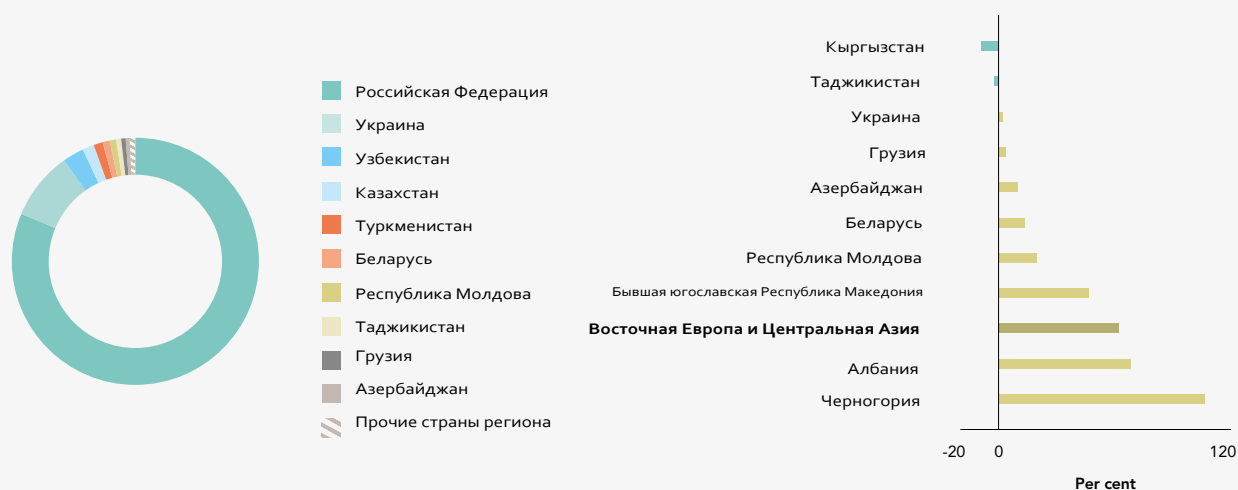


РИСУНОК 12.7. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ НОВЫХ СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ПО СТРАНАМ, ВОСТОЧНАЯ ЕВРОПА И ЦЕНТРАЛЬНАЯ АЗИЯ, 2016 г.

Источник: Оценка ЮНЭЙДС 2017 г.

РИСУНОК 12.8. ИЗМЕНЕНИЕ ДОЛИ (В ПРОЦЕНТАХ) НОВЫХ СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, ПО СТРАНАМ. ВОСТОЧНАЯ ЕВРОПА И ЦЕНТРАЛЬНАЯ АЗИЯ, С 2010 ПО 2016 гг.

Источник: Оценка ЮНЭЙДС 2017 г.

ФИНАНСИРОВАНИЕ МЕР В ОТВЕТ НА СПИД

ВНУТРЕННЕЕ ФИНАНСИРОВАНИЕ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ, НО СОХРАНЯЕТСЯ БОЛЬШОЙ ДЕФИЦИТ РЕСУРСОВ

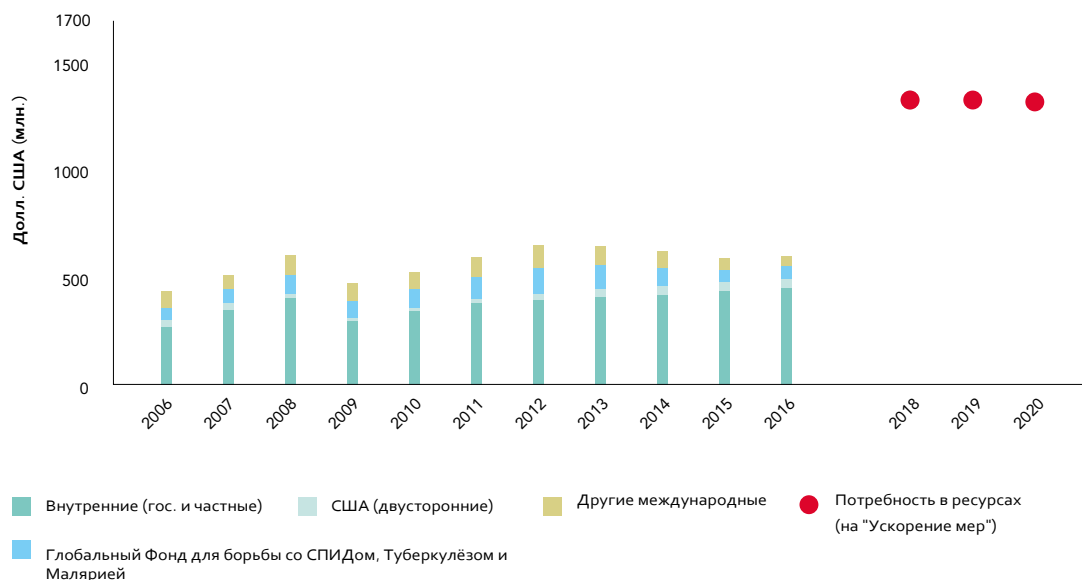


РИСУНОК 12.9. РЕСУРСЫ НА МЕРЫ В ОТВЕТ НА ВИЧ, ПО ИСТОЧНИКАМ, 2006–2016 гг., ПРОГНОЗ ПОТРЕБНОСТЕЙ В РЕСУРСАХ К 2020 г., ВОСТОЧНАЯ ЕВРОПА И ЦЕНТРАЛЬНАЯ АЗИЯ*

Источник: Оценки ЮНЭЙДС по доступности ресурсов для борьбы с ВИЧ, июнь 2017 года. Обновленная информация об Ускорении и потребностях в инвестициях, необходимых для борьбы со СПИДом, 2016-2030 гг. Женева: ЮНЭЙДС; 2016. Финансирование мер реагирования в странах с низким и средним уровнем доходов: международная помощь правительств стран-доноров в 2016 году. Фонд семьи Кайзер и ЮНЭЙДС (в печати). Доклады GAM/GARPR (2005-2017 гг.). Благотворительная поддержка в борьбе с ВИЧ/СПИДом в 2015 году. Вашингтон, округ Колумбия: Фонды обеспокоены ситуацией со СПИДом; 2016 г.

* Оценки по странам с низкими и средними доходами даны в соответствии с классификацией доходов Всемирного Банка за 2015 г. Все значения даны в долл. США в ценах 2016 г. без учёта инфляции.

По оценкам, в 2016 году на противодействие СПИДу было выделено около 600 млн долл. США в странах с низким и средним уровнем доходов по классификации Всемирного Банка 2015 года.¹ В 2016 году объём внутренних ресурсов, направляемых на борьбу с ВИЧ, достиг исторического максимума, при этом доля внутренних ресурсов составила 75% от всего объёма ресурсов, имевшихся на эти цели в регионе. Тем не менее, для достижения целей Ускорения по финансированию требуется более чем удвоить и довести до максимального уровня в 1,6 млрд. долл. США, после чего расходы будут медленно сокращаться на 16% в период с 2020 по 2030 гг.

Беларусь стала одной из первых стран региона, которая существенно нарастила объём внутреннего финансирования на борьбу с ВИЧ, в том числе на расширенные услуги по уменьшению вреда (2). Внутреннее финансирование борьбы с ВИЧ также резко выросло в Казахстане: доля внутреннего финансирования лечения ВИЧ-инфекции увеличилась с 7% до 100% за период с 2007 по 2011 гг. (3).

¹ Необходимо отметить, что Российская Федерация в 2015 не относилась к этой категории стран.

КИЕВ

ПРИМЕР ГОРОДСКОЙ ПРОГРАММЫ

Столица Украины Киев стал первым городом в Восточной Европе и Центральной Азии, которых официально взял на себя обязательство покончить с эпидемией СПИДа и подписал Парижскую декларацию, направленную на прекращение эпидемии СПИДа ускоренными темпами в городах. Было разработано подробное описание ситуации с ВИЧ в городе, и Городской совет Киева составил план начала работы по ускорению мер противодействия СПИДу, а также программу действий на период 2017–2021 гг., целью которой является обеспечить АРТ 82% людей, живущих с ВИЧ. Наглядность в продвижении к целям обеспечивает табло Киева, размещённое на интернет-портале городов, взявших на себя обязательства по ускорению мер противодействия СПИДу (4).

Программа Киева по Ускорению мер противодействия СПИДу совместно финансируется за счёт государственных субвенций, муниципального бюджета, средств Глобального фонда, Чрезвычайного плана президента США по борьбе со СПИДом (PEPFAR) и Фонда Олены Пинчук.

Государственно-частные партнёрства смогли также привлечь дополнительные средства доноров.

Киевское городское руководство призывает другие города последовать примеру столицы. В начале 2017 года Одесса также подписала Парижскую декларацию и взяла на себя обязательство существенно увеличить охват тестированием и лечением, сосредоточив основные усилия на ключевых группах населения. Эти обязательства города получили мощную поддержку в 2017 году, когда было объявлено об увеличении на 132% средств городского бюджета, выделяемых на антиретровирусную терапию, а также выделении грантов Глобального фонда и PEPFAR (5).

Оптимизация процессов государственных закупок позволила снизить цены на антиретровирусные препараты, что поможет увеличить количество людей, получающих лечение.



ПОКАЗАТЕЛИ СТРАН НА ПУТИ К ДОСТИЖЕНИЮ ЦЕЛЕЙ «90–90–90»

Восточная Европа и Центральная Азия

	ПЕРВАЯ ЦЕЛЬ «90»				ВТОРАЯ ЦЕЛЬ «90»				ТРЕТЬЯ ЦЕЛЬ «90»			
	Знание своего ВИЧ-статуса всеми людьми, живущими с ВИЧ*	Предоставляются ли услуги тестирования и консультирования на базе общин и/или непрофессионалами?	Имеются ли возможности самотестирования?	Применяется ли оповещение партнёра медработником?	Процент людей, живущих с ВИЧ, знающих свой ВИЧ-статус и получающих лечение*	Процент всех людей, живущих с ВИЧ и получающих лечение*	Рекомендуемый документами минздрава порог CD4-клеток для начала АРТ	Предоставляется ли АРТ на базе сообществ (т.е. за пределами мед. учреждений), пациентам со стабильным состоянием на АРТ?	Процент людей, живущих с ВИЧ, получающих лечение и имеющих подавленную ВН*	Процент всех людей, живущих с ВИЧ, имеющих подавленную вирусную нагрузку*	Имеется ли национальная политика планового тестирования на ВН для взрослых и подростков?	Процент ЛЖВ, получающих АРТ и прошедших тестирование на вирусную нагрузку
АЛБАНИЯ	47%				64%	30%			79%	24%		
АРМЕНИЯ	60%				59%	36%			69%	25%		
АЗЕРБАЙДЖАН	58%				52%	30%			61%	19%		
БЕЛАРУСЬ	>89%				50%	45%			79%	35%		
БОСНИЯ И ГЕРЦЕГОВИНА ¹					81%							
ГРУЗИЯ	42%				74%	32%			88%	28%		
КАЗАХСТАН	74%				42%	31%			64%	20%		
КОСОВО ¹						37%						
КЫРГЫЗСТАН	61%				46%	28%			62%	18%		
ЧЕРНОГОРИЯ ^{1,2,3}	76%				67%	51%			69%	35%		
РЕСПУБЛИКА МОЛДОВА ^{1,2,3}	57%				38%	21%			69%	15%		
РОССИЯ												
ТАДЖИКИСТАН	48%				63%	30%			74%	22%		
БЫВШ. ЮГОСЛ.												
РЕСПУБЛИКА МАКЕДОНИЯ						48%						
ТУРКМЕНИСТАН												
УКРАИНА	56%				66%	37%			59%	22%		
УЗБЕКИСТАН ^{1,2,3}	52%				69%	36%						
ВОСТОЧНАЯ ЕВРОПА И ЦЕНТРАЛЬНАЯ АЗИЯ	63%				45%	28%			77%	22%		

85% и более
70–84%
50–69%
менее 50%

Да
Нет данных о наличии

Да
Нет данных о наличии

85% и более
70–84%
50–69%
менее 50%

75% и более
55–74%
30–54%
менее 30%

Лечить всех
Другие подходы к лечению

Да
Нет

85% и более
70–84%
50–69%
менее 50%

65% и более
40–64%
25–39%
менее 25%

75% и более
50–74%
менее 50%

Нет ни того, ни другого

Имеется тестирование непрофессионалами: тестирование и консультации на базе общин отсутствуют

Имеется тестирование и консультации на базе общин; тестирование непрофессионалами отсутствует

Имеется и то и другое

Нет политики по тестированию на вирусную нагрузку

* Полный перечень показателей по целям «90–90–90», а также каскаду медицинской помощи приведён на aidsinfo.unaids.org
 Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2017; Глобальный мониторинг СПИДа, 2017 г.; Оценка ЮНЭЙДС 2017 г.; Национальные обязательства и политические инструменты 2017 г.; Европейские центры по контролю и профилактике заболеваний. Континуум медицинской помощи при ВИЧ, 2017 г.

¹ Оценочные данные по количеству людей, живущих с ВИЧ, которые определяют прогресс на пути к достижению целей «90–90–90», предоставляются соответствующими странами и не проверялись ЮНЭЙДС.

² Все показатели продвижения к целям 90-90-90, а также каскада медицинской помощи относятся к 2015 г. Данные по политическим мерам 2016 г.

³ Данные взяты из отчёта о деятельности в 2017 г. европейских Центров по контролю заболеваемости и профилактике ВИЧ-инфекции.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Справка: «ВИЧ-инфекция в Российской Федерации на 31 декабря 2016 года». Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом. ФБУН Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора.
2. Страновой координационный механизм Беларуси: концептуальная записка по ВИЧ-инфекции. Женева, Глобальный Фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией; 2015 г.
3. Efficient and sustainable HIV responses: case studies on country progress. Geneva: UNAIDS; 2013.
4. Kyiv. In: Fast-Track Cities Global Web Portal [website]. International Association of Providers of AIDS Care; n.d. (<http://www.fast-trackcities.org/cities/kyiv>, accessed 29 June 2017).
5. Одесса подписала Парижскую декларацию об ускорении действий в городах. 17 марта 2017 г. (http://www.unaids.org/ru/resources/presscentre/featurestories/2017/march/20170320_odessa/

13. Западная и Центральная Европа и Северная Америка

ПРОГРЕСС НА ПУТИ К ДОСТИЖЕНИЮ ЦЕЛЕЙ «90–90–90»



РИСУНОК 13.1. ПРОГРЕСС НА ПУТИ К ДОСТИЖЕНИЮ ЦЕЛЕЙ «90–90–90», ЗАПАДНАЯ И ЦЕНТРАЛЬНАЯ ЕВРОПА И СЕВЕРНАЯ АМЕРИКА, 2015 г.

Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2017: см. Приложение с подробным описанием использованных методов.

Несколько стран Западной и Центральной Европы и Северной Америки уже достигли целей «90–90–90», а многие находятся на пороге их достижения. Среди стран, которые предоставили отчётные данные за последние годы, 12 из 27 указали, что 85% или более от общего количества людей, живущих с ВИЧ, знали свой ВИЧ-статус. 13 стран из 27 указали, что 85% или более людей, знающих свой ВИЧ-статус, получают лечение, и 21 страна из 25 указала, что 85% или более людей, получающих лечение, имеют подавленную вирусную нагрузку. Не до конца решённой проблемой остаётся поздняя диагностика: в 2014–2016 гг. примерно у четверти людей, на момент постановки диагноза ВИЧ-инфекция количество CD4-клеток составляло менее 200 клеток/мкл.

ПРИНЯТИЕ ПОДХОДА ЛЕЧИТЬ ВСЕХ

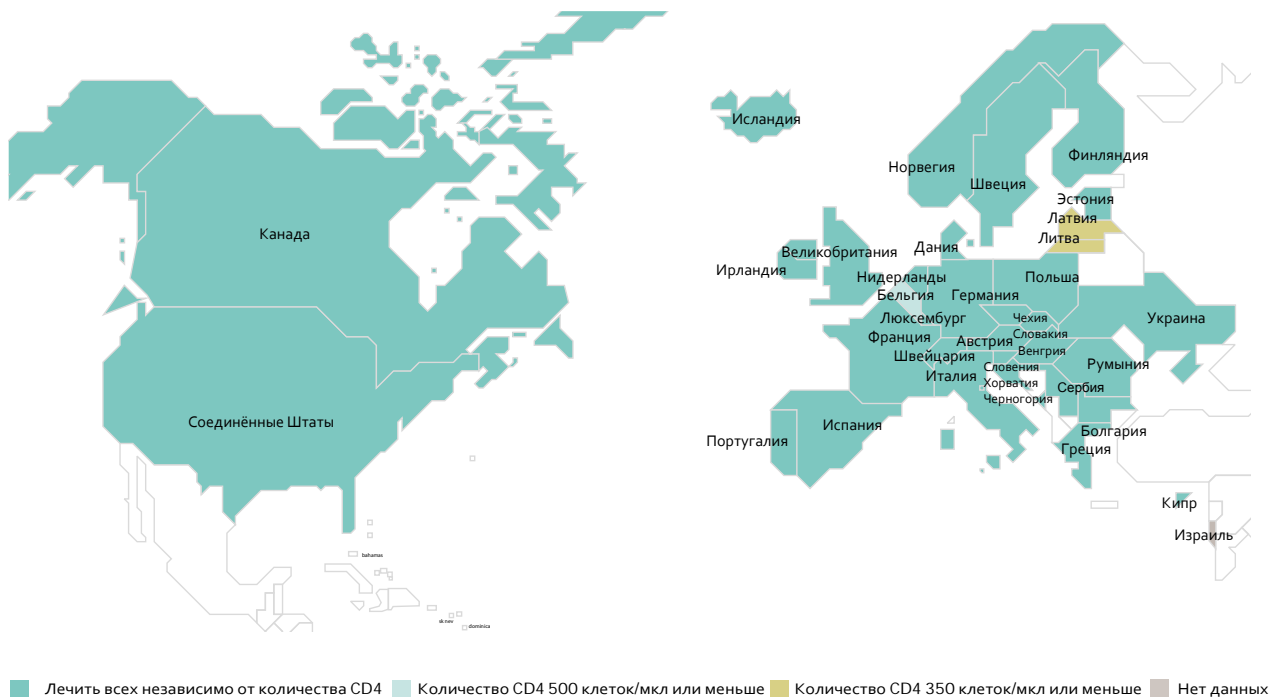


РИСУНОК 13.2. ПОРОГ НАЧАЛА АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, РЕКОМЕНДУЕМЫЙ МИНИСТЕРСТВАМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ПО СТРАНАМ, ЗАПАДНАЯ И ЦЕНТРАЛЬНАЯ ЕВРОПА И СЕВЕРНАЯ АМЕРИКА, 2016 г.

Большинство стран региона приняли рекомендацию Всемирной Организации Здравоохранения о том, что антиретровирусную терапию необходимо начинать независимо от количества CD4-клеток у любого человека, живущего с ВИЧ. В Латвии и Литве для начала антиретровирусной терапии установлено пороговое значение количества CD4-клеток <350 клеток/мкл, а в Бельгии – <500 клеток/мкл.

Источник: ВОЗ, 2017 г.

БЛАГОДАРЯ ШИРОКОМУ ОХВАТУ ЛЕЧЕНИЕМ, СМЕРТНОСТЬ, СВЯЗАННАЯ СО СПИДОМ, СОСТАВЛЯЕТ МЕНЕЕ 20 000 В ГОД

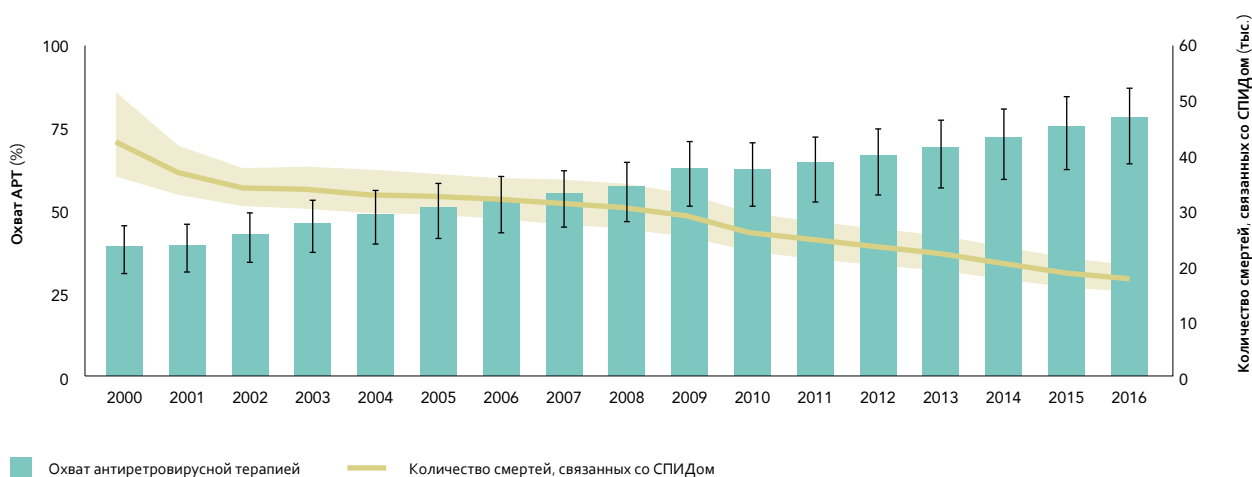


РИСУНОК 13.3. ОХВАТ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИЕЙ И КОЛИЧЕСТВО УМЕРШИХ ОТ СПИДА, ЗАПАДНАЯ И ЦЕНТРАЛЬНАЯ ЕВРОПА И СЕВЕРНАЯ АМЕРИКА, 2000–2016 гг.

Широкий и продолжающийся увеличиваться охват антиретровирусной терапией сыграл основную роль в снижении смертности, связанной со СПИДОМ, по оценкам, с 43 000 [36000–52000] в 2000 г. до 18 000 [15000–20000] в 2016 г.

Источник: Глобальный мониторинг СПИДа, 2017. Оценка ЮНЭЙДС 2017 г.

КАСКАД МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ЗАПАДНОЙ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ ЕВРОПЕ И СЕВЕРНОЙ АМЕРИКЕ

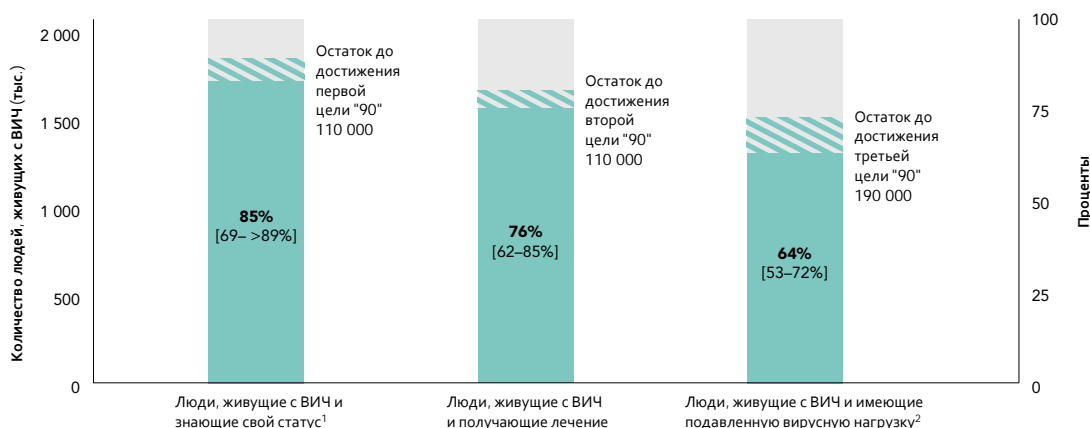


РИСУНОК 13.4. ЗНАНИЕ СВОЕГО ВИЧ-СТАТУСА, ОХВАТ АРТ И ПОДАВЛЕНИЕ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ СРЕДИ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, ЗАПАДНАЯ И ЦЕНТРАЛЬНАЯ ЕВРОПА И СЕВЕРНАЯ АМЕРИКА, 2015 г.

Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2017; см. Приложение с подробным описанием использованных методов

¹ Показатели 2016 г. основаны на данных отчётов 25 стран, на которые приходится 99% людей, живущих с ВИЧ в Западной и Центральной Европе и в Северной Америке.

² Показатели 2016 г. основаны на данных отчётов 14 стран. Согласно отчётам, в целом по региону 100% всех людей, получающих антиретровирусную терапию, проходили тестирование на вирусную нагрузку в течение отчётного периода.

ЗАКРЫТЬ ПРОБЕЛЫ В КАСКАДЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

По состоянию на конец 2015 года более четырёх пятых (85% [69–>89%]) из 2,1 млн. [2,0 млн–2,2 млн] человек, живущих с ВИЧ в Западной и Центральной Европе и Северной Америке, знали свой ВИЧ-статус. Из количества знающих свой статус >89% [74–>89%] получали антиретровирусную терапию, а из них 84% [69–>89%] имели подавленную вирусную нагрузку (Рисунок 13.1). Эти данные означают, что охват лечением составляет 76% [62–85%], а доля имеющих подавленную вирусную нагрузку – 64% [53–72%] от общего количества людей, живущих с ВИЧ в регионе в 2015 году (Рисунок 13.4). Для подготовки оценок по региону за 2016 году не имелось достаточного объёма данных.

Знание своего ВИЧ-статуса

В соответствии с самыми свежими наличными данными, две европейские страны – Дания и Швеция – уже достигли первой цели «90» из триады «90–90–90»; ещё 10 стран доложили, что 85% или более людей, живущих с ВИЧ, знают свой ВИЧ-статус. В 2014 году США также сообщили в своём отчёте, что 15% [14–16%] из общего оценочного количества в 1,1 млн. человек, живущих с ВИЧ, не выявлены (1). По состоянию на 2015 год, оставшаяся часть пути до достижения первой цели «90» регионами Западной и Центральной Европы и Северной Америки составляла ещё 110 000 человек, живущих с ВИЧ и не знающих свой ВИЧ-статус.

Увеличения показателя знания своего ВИЧ-статуса может быть достигнуто за счёт более широкого использования инновационных подходов к ВИЧ-тестированию, таких как тестирование на базе общин и самотестирование. В 2016 году лишь три страны Западной и Центральной Европы – Франция, Норвегия и Соединённое Королевство Великобритании и Северной Ирландии – имели законы и стратегии, разрешающие самотестирование (2). Наборы для оральноего самотестирования доступны в Соединённых Штатах с 2012 года (3).

Лечение ВИЧ-инфекции

В 2016 году более трёх четвертей от общего количества людей, живущих с ВИЧ в Западной и Центральной Европе и Северной Америке, (1 674 000 [1 473 000 – 1 741 000]) получали антиретровирусную терапию, по сравнению с 1 166 000 [1 026 000–1 213 000] в 2010 году. Поскольку за последние шесть лет общее количество людей, живущих с ВИЧ, в регионе выросло, то этот рост привёл к увеличению охвата лечением с 63% [51–71%] людей, живших с ВИЧ в регионе в 2010 году, до оценочных 78% [64–87%] в 2016 году. Аналогичный рост в течение следующих четырёх лет позволит, скорее всего, достичь цели в предоставлении лечения 81% всех людей, живущих с ВИЧ, к 2020 году. В 2015 году оставшаяся часть пути к достижению второй цели «90» составляла ещё 110 000 человек, которым необходимо будет предоставить лечение.

Согласно последним имеющимся данным, охват лечением людей, живущих с ВИЧ, превышал 81% в Дании, Исландии, Швеции и в Великобритании, однако в Болгарии, Латвии и Литве лечение получал лишь один из четырёх человек, живущих с ВИЧ. В Эстонии и Польше этот показатель составлял примерно один из трёх.

Соединённые Штаты, по-видимому, сталкиваются с большими трудностями, чем страны Западной Европы, в достижении второй цели «90». В соответствии с последним отчётом США, 71% людей, живущих с ВИЧ, по оценочным данным получали медицинскую помощь в 2014 году, но лишь 57% людей, живущих с ВИЧ, соответствовали национальному критерию как получающие непрерывную медицинскую помощь в связи с ВИЧ-инфекцией (4).¹

Позднее выявление ВИЧ-инфекции остаётся проблемой в нескольких странах. Примерно четверть людей, у которых была диагностирована ВИЧ-инфекция в период 2014–2016 гг., имели количество CD4-клеток ниже 200 клеток/мкл. Доля случаев, когда диагноз ставится на поздней стадии ВИЧ-инфекции, особенно велика в Румынии и Сербии (соответственно 38% и 37%).

В Западной и Центральной Европе стоимость антиретровирусных препаратов существенно отличается в разных странах, от свыше 20 000 евро на пациента в год в Германии и в Швейцарии, до 7088 евро в Великобритании и 4190 евро в Эстонии (2).

¹ В соответствии с Национальной стратегией мер в ответ на ВИЧ США (NHAS 2020), непрерывной считается медицинская помощь при ВИЧ, включающая два или более исследований на количество CD4-клеток или вирусную нагрузку, выполненные с интервалом не более трёх месяцев в течение одного отчётного года.

КАСКАД МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ЕВРОПЕЙСКОМ СОЮЗЕ

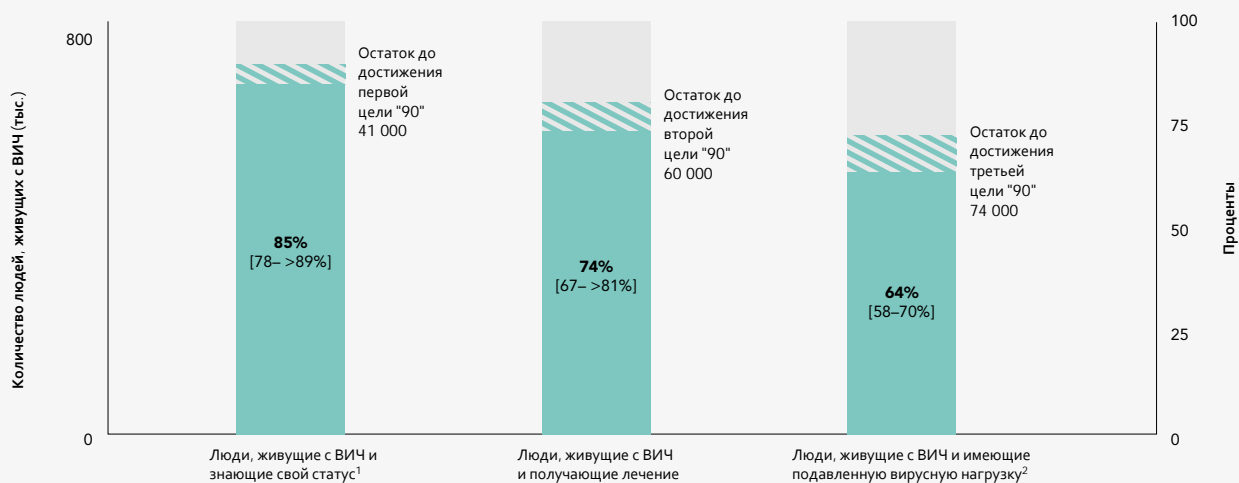


РИСУНОК 13.5. ЗНАНИЕ СВОЕГО ВИЧ-СТАТУСА, ОХВАТ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИЕЙ И ПОДАВЛЕНИЕ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ СРЕДИ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, В ЕВРОПЕЙСКОМ СОЮЗЕ, 2016 г.

Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2017; см. Приложение с подробным описанием использованных методов

В 2016 году в Европейском Союзе насчитывалось 840 000 [770 000–920 000] людей, живущих с ВИЧ. В период с 2010 по 2016 гг. количество получающих антиретровирусную терапию увеличилось на 46%, с 440 000 [400 000–480 000] до 650 000 [580 000–710 000], что означает расширение охвата лечением с 60% [54–66%] до 77% [69–84%]. За тот же период количество новых случаев инфицирования сократилось на 6%, с 31 000 [28 000–34 000] до 29 000 [26 000–31 000]. Количество умерших от СПИДа также сократилось более чем на четверть, с 11 400 [8700–14 100] до 8300 [6600–10 400].

Подавление вирусной нагрузки

В Западной и Центральной Европе и Северной Америке большинство людей, получающих антиретровирусную терапию, также проходили плановое тестирование на вирусную нагрузку. В 2015 году 84% [69–>89%] людей, живущих с ВИЧ и получающих лечение, имели подавленную вирусную нагрузку, что эквивалентно 64% [52–72%] всех людей, живущих с ВИЧ в регионе (Рисунок 13.5). В 2015 году оставшаяся часть пути к полному достижению третьей цели «90» заключалась в подавлении вирусной нагрузки у ещё 190 000 человек, живущих с ВИЧ в регионе.

В Дании, Исландии, Нидерландах, Швеции, Швейцарии и Великобритании более 70% всех людей, живущих с ВИЧ, имели подавленную вирусную нагрузку. Однако в Болгарии, Чехии, Греции, Венгрии, Литве, Польше, Сербии и Словении менее половины всех людей, живущих с ВИЧ, имели подавленную вирусную нагрузку. В Соединённых Штатах в 2013 году подавление вирусной нагрузки имели 77% людей, получавших лечение, и 81% людей, прошедших тестирование вирусной нагрузки в 2013 году, что эквивалентно 55% общего количества людей с диагнозом ВИЧ-инфекция к концу 2012 года, и которые были живы в 2013 году (4).

НЬЮ-ЙОРК

ПРИМЕР ГОРОДСКОЙ ПРОГРАММЫ

Город Нью-Йорк добился значительного прогресса в реализации мер в ответ на СПИД, и в настоящее время близок к достижению целей «90–90–90». Из примерно 90 000 человек, живших с ВИЧ в городе, 94% знали свой серологический статус, 87% знавших свой статус получали антиретровирусную терапию, и 91% получавших терапию имели подавленную вирусную нагрузку (8). 2493 новых случаев ВИЧ-инфекции, указанные в отчётах, – это самый низкий показатель за десятилетия, при этом впервые в истории не произошло ни одного случая передачи ВИЧ-инфекции от матери ребёнку (9).

Развивая этот успех, город создал новый механизм, в рамках которого ведётся разработка и реализация программ, связанных с ВИЧ – «Цикл профилактики и лечения: ВИЧ-статус нейтральный» (HIV Status Neutral Prevention and Treatment Cycle). В отличие от традиционных подходов к лечению и профилактике, новая городская стратегия не делает различия между людьми, живущими с ВИЧ, которые нуждаются в лечении и людьми, которые являются ВИЧ-отрицательными и нуждаются в профилактике. Предполагается, что это приведёт к сдвигу в отношении ВИЧ-стигмы. В этом цикле главное внимание уделяется длительной и непрерывной вовлечённости в качественные услуги лечения и профилактики с учётом культурных особенностей. К числу этих услуг относятся антиретровирусная терапия, доконтактная профилактика (ДКП) и постконтактная профилактика.

С клинической точки зрения подход «ВИЧ-статус нейтральный» не делает различия между людьми, подверженными риску ВИЧ-инфицирования и применяющими ДКП, и людьми, живущими с ВИЧ и имеющими подавленную вирусную нагрузку.

Восемь городских клиник сексуального здоровья, совокупно принимающие около 90 000 пациентов в год, являются инструментом реализации нового рамочного подхода (8). Лица, обращающиеся в клиники, проходят обследование, включая тестирование на ВИЧ, после чего им предлагаются те виды помощи, которые соответствуют их личным потребностям и условиям жизни. Если результат исследования на ВИЧ был отрицательным, но человек имеет высокий риск ВИЧ-инфицирования, то ему предлагается ДКП. Если человеку впервые ставится диагноз ВИЧ-инфекции, то ему сразу предлагается антиретровирусная терапия по городской программе «Джампст-АРТ» (JumpstART). Независимо от предложенного вида помощи, все клиенты направляются к социальному работнику, который помогает им решать социальные и финансовые вопросы, связанные с медицинской помощью, а также к наставнику-«навигатору», помогающему пройти все этапы процесса. Такой подход позволяет уделять основное внимание предоставлению правильных услуг правильным группам населения.



ТЕМП ОБЩЕГО СНИЖЕНИЯ КОЛИЧЕСТВА НОВЫХ СЛУЧАЕВ ИНФИЦИРОВАНИЯ В РЕГИОНЕ СДЕРЖИВАЕТСЯ РОСТОМ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В ЧЕХИИ, СЕРБИИ И СЛОВАКИИ

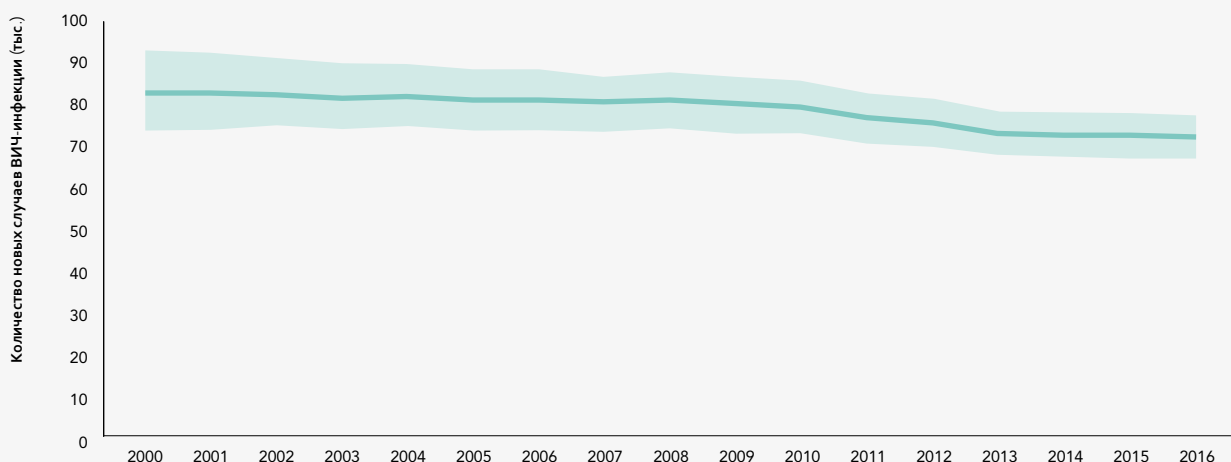


РИСУНОК 13.6. КОЛИЧЕСТВО НОВЫХ СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, ВЗРОСЛЫЕ (15 ЛЕТ И СТАРШЕ), ЗАПАДНАЯ И ЦЕНТРАЛЬНАЯ ЕВРОПА И СЕВЕРНАЯ АМЕРИКА, 2000–2016 гг.

Источник: Оценка ЮНЭЙДС 2017 г.

В Западной и Центральной Европе и Северной Америке различают несколько видов эпидемий. В трёх прибалтийских странах (Эстонии, Латвии и Литве) большая часть случаев передачи ВИЧ происходит посредством использования инъекционных наркотиков или через гетеросексуальные контакты, в том числе с участием работников секс-бизнеса (5). В Северной Америке и Западной Европе передача ВИЧ чаще происходит при гомосексуальных контактах между мужчинами. В Соединённых Штатах на долю геев и других мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, в 2015 году пришлось 67% новых случаев ВИЧ-инфекции, несмотря на то, что эти группы населения составляют менее 2% от общего количества населения (6).

За последние шесть лет годовое количество новых случаев инфицирования среди взрослых в Западной и Центральной Европе и Северной Америке сократилось на 9% с 79000 [74000–86000] в 2010 году до 72000 [68000–78000] в 2016 году. В 2016 году половина всех новых случаев ВИЧ-инфекции в регионе произошла в Соединённых Штатах.

За шестилетний период с 2008 по 2014 гг. количество новых случаев ВИЧ-инфекции в США сократилось на 18% (7). Хотя в Соединённых Штатах количество заражённых ВИЧ-инфекцией при использовании инъекционных наркотиков и гетеросексуальных контактах уменьшилось соответственно на 56% и 36%, количество новых случаев инфицирования при гомосексуальных контактах среди мужчин осталось на прежнем уровне. При этом отмечают большие различия по этническим группам: среди белокожих геев и других мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, количество новых случаев ВИЧ-инфекции уменьшилось на 18%; тренд среди чёрнокожих геев и других мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, оставался стабильным, а среди геев и других мужчин латиноамериканского происхождения, имеющих половые контакты с мужчинами, наблюдался рост на 20% (7).

В Западной и Центральной Европе в период с 2010 – 2016 гг. в Нидерландах произошло уменьшение количества новых случаев инфицирования на 55%. Более плавное снижение было отмечено во Франции, в Ирландии, Италии, Латвии, Литве, Румынии и Испании. За тот же период количество новых случаев ВИЧ-инфекции выросло почти на 80% в Чехии, более чем на 70% в Сербии и более чем на 60% в Словакии.

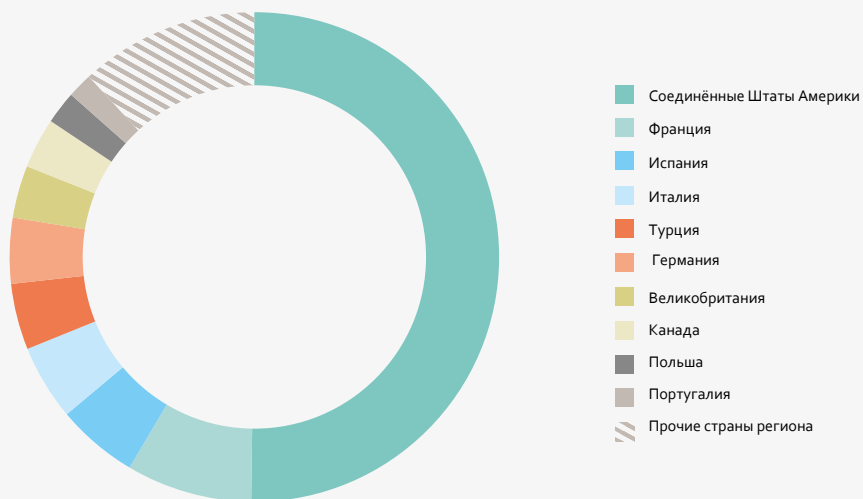


РИСУНОК 13.7. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ НОВЫХ СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ПО СТРАНАМ, ЗАПАДНАЯ И ЦЕНТРАЛЬНАЯ ЕВРОПА И СЕВЕРНАЯ АМЕРИКА, 2016 г.

Источник: Оценка ЮНЭЙДС 2017 г.

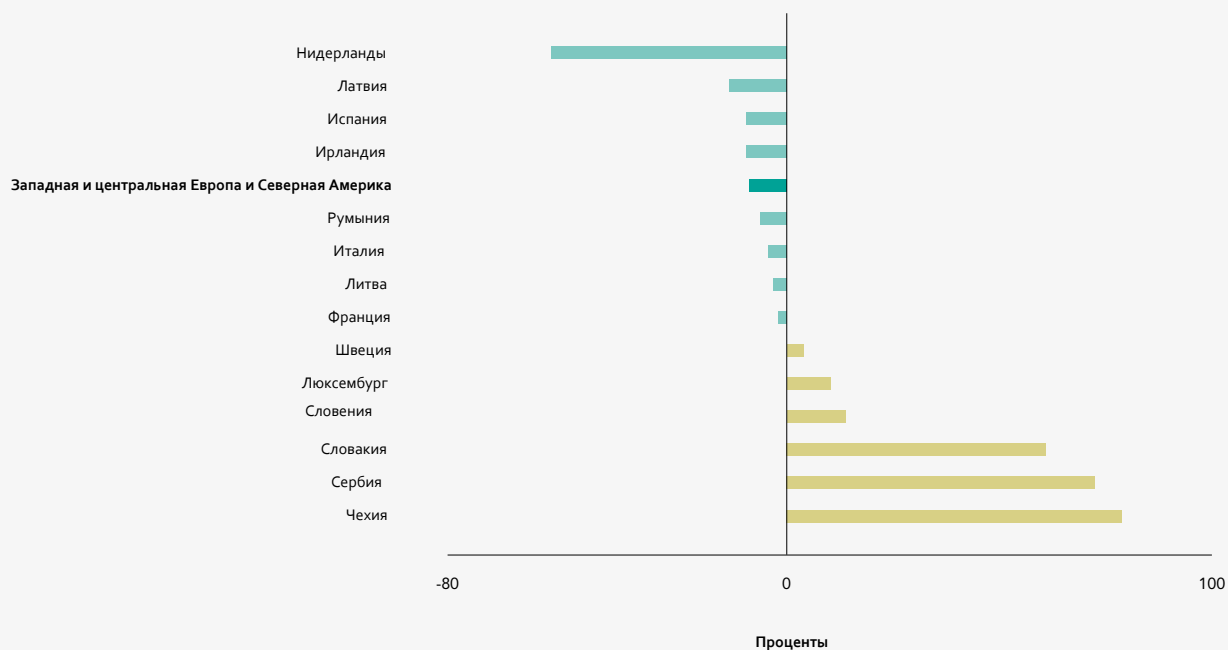


РИСУНОК 13.8. ИЗМЕНЕНИЕ ПРОЦЕНТНОЙ ДОЛИ НОВЫХ СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, ПО СТРАНАМ, ЗАПАДНАЯ И ЦЕНТРАЛЬНАЯ ЕВРОПА И СЕВЕРНАЯ АМЕРИКА, 2010 – 2016 гг.

Источник: Оценка ЮНЭЙДС 2017 г.

ПОКАЗАТЕЛИ СТРАН НА ПУТИ К ДОСТИЖЕНИЮ ЦЕЛЕЙ «90-90-90»

Западная и Центральная Европа и Северная Америка

	ПЕРВАЯ ЦЕЛЬ «90»				ВТОРАЯ ЦЕЛЬ «90»				ТРЕТЬЯ ЦЕЛЬ «90»			
	Знание своего ВИЧ-статуса всеми людьми, живущими с ВИЧ*	Предоставляются ли услуги тестирования и консультирования на базе общин/или непрофессионалами?	Имеются ли возможности самотестирования?	Применяется ли оповещение партнёра медработником?	Процент людей, живущих с ВИЧ, знающих свой ВИЧ-статус и получающих лечение*	Процент всех людей, живущих с ВИЧ и получающих лечение*	Рекомендуемый документами минздрава порог CD4-клеток для начала АРТ	Предоставляется ли АРТ на базе сообществ (т.е. за пределами мед. учреждений), пациентам со стабильным состоянием на АРТ?	Процент людей, живущих с ВИЧ, получающих лечение и имеющих подавленную ВН*	Процент всех людей, живущих с ВИЧ, имеющих подавленную вирусную нагрузку*	Имеются ли национальная политика планового тестирования на ВН для взрослых и подростков?	Процент ЛЖВ, получающих АРТ и прошедших тестирование на вирусную нагрузку
АНДОРРА												
АВСТРИЯ ^{1,2,3}	88%				85%	75%			76%	57%		
БЕЛЬГИЯ ^{1,2,3}	84%				84%	71%			>89%	67%		
БОЛГАРИЯ ^{1,2,3}	64%				36%	23%			87%	20%		
КАНАДА ^{1,2}	80%				76%	61%			89%	54%		
ХОРВАТИЯ												
КИПР												
ЧЕХИЯ	75%				69%	52%			>89%	50%		
ДАНИЯ ^{2,3}	>89%				>89%	>81%			>89%	>73%		
ЭСТОНИЯ ^{2,3}	84%				40%	34%						
ФИНЛЯДИЯ												
ФРАНЦИЯ ^{1,2,3}	84%				89%	75%			>89%	68%		
ГЕРМАНИЯ ^{1,2,3}	85%				84%	72%			>89%	67%		
ГРЕЦИЯ ^{1,2,3}	78%				67%	53%			73%	39%		
ВЕНГРИЯ ^{1,2,3}	87%				53%	46%			>89%	43%		
ИСЛАНДИЯ ²						>81%			>89%	73%		
ИРЛАНДИЯ	85%				>89%	77%						
ИЗРАИЛЬ ^{1,2,3}	74%				69%	51%						
ИТАЛИЯ ^{1,2,3}	88%				88%	78%			87%	67%		
ЛАТВИЯ						26%						
ЛИХТЕНШТЕЙН												
ЛИТВА	88%				26%	23%			74%	17%		
ЛЮКСЕМБУРГ ²	85%				88%	75%			>89%	68%		
МАЛЬТА ^{2,3}	75%				>89%	72%			86%	62%		
МОНАКО												
НИДЕРЛАНДЫ ^{1,2,3}	88%				88%	77%			>89%	72%		
НОРВЕГИЯ												
ПОЛЬША ^{2,3}	57%				63%	36%			>89%	32%		
ПОРТУГАЛИЯ	76%				>89%	70%			88%	62%		
РУМЫНИЯ	89%				77%	68%			>89%	64%		
САН МАРИНО												
СЕРБИЯ ^{2,3}	63%				66%	42%			>89%	40%		
СЛОВАКИЯ	79%				74%	59%						
СЛОВЕНИЯ						54%			83%	44%		
ИСПАНИЯ ¹	82%				>89%	75%			88%	66%		
ШВЕЦИЯ ^{1,2,3}	>89%				>89%	>81%			>89%	>75%		
ШВЕЙЦАРИЯ ^{1,3}	82%				>89%	75%			>89%	72%		
ТУРЦИЯ												
ВЕЛИКОБРИТАНИЯ ^{1,2,3}	87%				>89%	>81%			>89%	78%		
США												
ЗАПАДНАЯ И ЦЕНТРАЛЬНАЯ ЕВРОПА И СЕВЕРНАЯ АМЕРИКА						78%						

85% и более
70-84%
50-69%
менее 50%

Да
Нет данных
о наличии

Да
Нет данных
о наличии

85% и более
70-84%
50-69%
менее 50%

75% и более
55-74%
30-54%
менее 30%

Лечить всех
Другие подходы
к лечению

Да
Нет

85% и более
70-84%
50-69%
менее 50%

65% и более
40-64%
25-39%
менее 25%

75% и более
50-74%
менее 50%

Нет ни того, ни другого

Имеется тестирование непрофессионалами; тестирование и консультирование на базе общин отсутствуют

Имеется тестирование и консультирование на базе общин; тестирование непрофессионалами отсутствует

Имеется и то и другое

Да, полностью реализуется

Да, не реализуется или реализуется частично

Нет, только целевое тестирование на ВН

Нет политики по тестированию по вирусную нагрузку

* Полный комплект параметров «90-90-90», а также данные по каскаду медицинской помощи можно найти на aidsinfo.unaids.org.

¹ Все показатели прогресса на пути к достижению целей «90-90-90», а также каскада медицинской помощи при ВИЧ-инфекции, относятся к 2016 г. за следующими исключениями: 2015 г.: Болгария, Германия, Венгрия, Израиль, Нидерланды, Швеция, Швейцария, Великобритания; 2014 г.: Бельгия, Канада, Сербия, Испания; 2013 г.: Австрия, Франция, Греция; 2012 г.: Италия. Стратегии приведены по состоянию на 2016 г.

² Оценочные данные по количеству людей, живущих с ВИЧ, на основании которых определяется прогресс на пути к достижению целей «90-90-90», предоставлены странами и не проверялись ЮНЭЙДС.

³ Данные из отчёта Европейских центров контроля заболеваемости и профилактики ВИЧ о проделанной работе 2017 г.

Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2017. Глобальный мониторинг СПИДа, 2017 г. Оценка ЮНЭЙДС 2017 г. Национальные обязательства и политические инструменты. 2017 г. Европейские центры профилактики и борьбы с заболеваниями. Отчет о прогрессе в континууме медицинской помощи при ВИЧ 2017 года. Стокгольм: Европейские центры профилактики и борьбы с заболеваниями; 2017 г.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Satcher Johnson A, Song R, Hall HI. State-level estimates of HIV incidence, prevalence and undiagnosed infection. CROI 2017. Abstract number 0260.
2. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on Partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2017 progress report. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC); 2017.
3. First rapid home-use HIV kit approved for self-testing. U.S. Food & Drug Administration [website]. 8 September 2014. Silver Spring (Md): U.S. Food and Drug Administration; 2017 (<https://www.fda.gov/ForConsumers/ConsumerUpdates/ucm310545.htm>; accessed 4 July 2017).
4. Monitoring selected national HIV prevention and care objectives by using HIV surveillance data—United States and 6 dependent areas, 2014. United States Centers for Disease Control and Prevention. HIV Surveillance Supplemental Report 2016;21(No. 4). (<http://www.cdc.gov/hiv/library/reports/surveillance>; accessed 8 July 2017).
5. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), World Health Organization Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe, 2014. Stockholm: ECDC; 2015.
6. Singh S, Song R, Johnson AS, McCray E, Hall HI. HIV incidence, prevalence and undiagnosed infections in men who have sex with men. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), 14 February 2017, Seattle. Abstract number 30.
7. HIV incidence: estimated annual infections in the U.S., 2008–2014. Atlanta (Ga): United States Centers for Disease Control and Prevention; 2017 (https://www.cdc.gov/nchhstp/newsroom/docs/factsheets/HIV-Incidence-Fact-Sheet_508.pdf)
8. Personal communication, Demetre C Daskalakis, Acting Deputy Commissioner Disease Control, New York City Department of Health and Mental Hygiene, 5 May 2017.
9. HIV surveillance annual report, 2015. New York: HIV Epidemiology and Field Services Program, New York City Department of Health and Mental Hygiene; December 2016.

**ПРИЛОЖЕНИЕ
ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ МЕТОДИКИ**

Часть 1. Методы получения оценок с помощью моделирования

ВВЕДЕНИЕ

ЮНЭЙДС ежегодно предоставляет уточнённые глобальные, региональные и страновые оценочные показатели, полученные по результатам моделирования с использованием самых надёжных эпидемиологических и программных данных с целью мониторинга эпидемии ВИЧ. Оценочные показатели, полученные при помощи математического моделирования, являются необходимыми, так как невозможно подсчитать точное количество людей, живущих с ВИЧ; людей, вновь инфицированных ВИЧ, или людей, умерших от причин, связанных со СПИДом в любой стране: эта попытка потребовала бы регулярного тестирования на ВИЧ каждого отдельного человека и расследования всех смертей, что технически невозможно и этически проблематично. Оценки, полученные с помощью моделирования, а также верхние и нижние границы значений этих оценок, представляют собой научно обоснованный способ описания уровней и тенденций развития эпидемии ВИЧ.

ПАРТНЁРСТВО В РАЗРАБОТКЕ МЕТОДОВ ПОЛУЧЕНИЯ ОЦЕНОК ЮНЭЙДС

Становые группы пользуются программными инструментами, поддерживаемыми ЮНЭЙДС, для подготовки ежегодных оценок. В состав стантовых групп входят преимущественно демографы, эпидемиологи, специалисты по мониторингу и оценке, а также технические специалисты, работающие под руководством национального государственного органа здравоохранения, ответственного за борьбу со СПИДом.

Программным обеспечением, применяемым для выработки оценок, является «Спектрум» (Spectrum, разработчик – Avenir Health), и пакет «Оценки и прогнозы» (Estimates and Projections Package), разработчик – East-WestCenter.¹ Группа ЮНЭЙДС по оценкам, моделированию и прогнозированию (UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections) обеспечивает техническое руководство разработкой ВИЧ-компонента программного обеспечения.²

КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ МЕТОДОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ЮНЭЙДС ДЛЯ ВЫРАБОТКИ ОЦЕНОЧНЫХ ДАННЫХ

В странах, где передача ВИЧ настолько высока, что поддерживает эпидемию среди общего населения, эпидемиологические данные по распространённости ВИЧ обычно опираются на данные, собираемые в дородовых медицинских учреждениях, а также на данные национально репрезентативных обследований населения. Во многих странах уже длительное время проводится дозорный эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией у женщин, посещающих антенатальные клиники, что предусматривает сбор данных от выборки клиник, производимый в течение нескольких месяцев каждые несколько лет. В последние годы некоторые страны отказались от дозорного эпиднадзора и в настоящее время используют данные рутинных тестов на ВИЧ, проводимых в рамках обследования беременных женщин в дородовых учреждениях по программе предотвращения передачи ВИЧ от матери ребёнку.

¹ С более подробной информацией об Avenir Health можно ознакомиться на сайте www.avenirhealth.org. Сайт The East-West Center находится по адресу www.eastwestcenter.org.

² С более подробной информацией о Группе ЮНЭЙДС по оценкам, моделированию и прогнозированию (UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections) можно ознакомиться на сайте www.epidem.org.

Наличие таких данных позволяет избежать необходимости проводить отдельную работу по обследованию населения, поскольку уже имеется полный комплект данных, поступивших из всех клиник, а не только из некоторых, вошедших в выборку.

Тенденции, выявленные на основе данных антенатальных клиник, будь то данные дозорного эпиднадзора или данные рутинных тестов, могут использоваться для оценки динамики заболеваемости в общенациональном масштабе, а данные, полученные в ходе обследований групп населения – которые проводятся реже, но имеют более широкую географию и охватывают мужчин – являются более информативными для оценки распространённости ВИЧ в общенациональном масштабе.

Для некоторых стран Африки, находящихся южнее Сахары, не проводивших обследования определённых групп населения, уровни распространённости ВИЧ-инфекции уточняются по результатам сравнения данных антенатальных клиник и данных обследований групп населения, полученных в других странах региона. Тенденции в отношении распространённости ВИЧ и количества людей, получающих антиретровирусную терапию, затем используются для оценки динамики заболеваемости ВИЧ-инфекцией.

Исторически сложилось так, что страны с высокой частотой передачи ВИЧ имеют разные тенденции распространённости и заболеваемости для сельских и городских районов в тех случаях, когда имеются чётко выраженные географические различия в распространённости. С целью более точного описания и учёта географических различий растущее количество стран стали готовить оценки, масштаб которых был меньше, чем общенациональный (например, оценки для отдельных штатов или провинций), которые в некоторых случаях также учитывают различия между сельской и городской местностью. Затем эти суб-национальные оценки и тенденции, или оценки, касающиеся городского и сельского населения, агрегируют для получения общенациональных оценок.

В остальных странах, где передача ВИЧ-инфекции происходит в основном среди ключевых групп населения, имеющих высокий риск заражения ВИЧ-инфекцией, и где уровень эпидемии можно охарактеризовать низким, источником этих оценочных данных является либо эпиднадзор среди ключевых групп населения и общего населения, имеющего низкий риск, либо из регистрационных карт по каждому случаю заболевания ВИЧ в зависимости от того, какие данные являются наиболее надёжными в конкретной стране. В странах, где имеются высококачественные данные эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией в ключевых группах населения, данные повторных исследований распространённости ВИЧ, сфокусированных на ключевых группах, используются для получения национальных оценок и тенденций. Оценки размеров ключевых групп населения в каждой стране в основном получают эмпирически; когда соответствующие исследования отсутствуют, то оценки выводятся на основе показателей по региону и методом экспертных оценок. Прочие источники данных – включая отчётные данные по количеству случаев ВИЧ-инфекции, обследования населения и наблюдение за беременными женщинами – используются для оценки распространённости ВИЧ-инфекции среди общего населения, характеризующегося низкой степенью риска. Динамика распространённости ВИЧ и количества людей, получающих антиретровирусную терапию, затем используются для выявления общенациональных тенденций заболеваемости ВИЧ.

Во многих странах Западной и Центральной Европы и Северной Америки, Латинской Америки, Карибского бассейна, а также Ближнего Востока и Северной Африки, существует недостаток данных эпиднадзора и обследований групп населения, однако там часто хорошо функционирует система отчётности о заболеваниях. При этом данные по случаям ВИЧ-инфекции и количеству умерших от СПИДа используются напрямую для расчёта тенденций и общенациональных показателей заболеваемости и распространённости. Эти методы также позволяют странам учитывать занижение показателей или задержки в предоставлении данных о случаях ВИЧ-инфекции, а также признаки неправильной классификации причин смертности, связанной со СПИДом.

Во всех странах, где ЮНЭЙДС поддерживает выработку оценочных показателей, используются допущения в отношении эффективности наращивания программы противодействия ВИЧ, а также путей передачи ВИЧ и развития заболевания – для выработки оценочных показателей по конкретным возрастным и половым группам людей, живущих с ВИЧ; людей, недавно заразившихся ВИЧ; людей, умирающих от болезней, связанных со СПИДом; и других важных показателей (в том числе статистики по охвату лечением).

Такие допущения основываются на систематическом изучении литературы и анализе исходных данных исследований научными экспертами. Демографические данные по группам населения, в том числе оценки рождаемости, были взяты из архива данных к изданию 2015 года «Мировые демографические перспективы» Отдела народонаселения ООН.

Отобранные для моделирования исходные данные – включая количество людей, получающих антиретровирусную терапию и количество женщин, получающих услуги по предотвращению передачи ВИЧ от матери ребёнку, в разбивке по схемам лечения – изучаются и проходят валидацию совместно с Детским фондом ООН (ЮНИСЕФ), Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и другими партнёрами.

Окончательные варианты данных, поданных странами и содержащих результаты моделирования, анализируются в ЮНЭЙДС для проверки сопоставимости результатов по всем регионам, странам и периодам времени.

ГРАНИЦЫ НЕОПРЕДЕЛЁННОСТИ ОЦЕНОК ЮНЭЙДС

Программное обеспечение, используемое для расчёта оценочных показателей, вычисляет и границы неопределённости по каждой оценке. Эти границы определяют диапазон, в пределах которого находится истинное значение (если оно измеряемо). Узкий диапазон означает, что оценка является точной, а широкий – указывает на большую неопределённость оценки.

В странах, где используются данные мониторинга ВИЧ, количество имеющихся данных и их источник частично определяют точность оценок: страны, располагающие большим объёмом данных мониторинга ВИЧ, имеют более узкие диапазоны, чем страны, где таких данных меньше или меньше размер выборки. Страны, в которых проводилось общенациональное обследование населения, обычно имеют более узкие диапазоны по сравнению со странами, где такие обследования не проводились. Страны, в которых рассчитываются суб-национальные оценки на уровне провинций, имеют более широкие диапазоны. В странах, где используются данные отчётности по случаям ВИЧ-инфекции и смертности, связанной со СПИДом, точность оценки определяется числом лет, за которые имеются данные; порядком количества случаев, по которым имеется отчётность, и количеством связанных со СПИДом смертей.

Допущения, которые приходится делать для выработки оценки, также вносят свой вклад в ширину диапазона, в пределах которых находится истинное значение: коротко говоря, чем больше допущений, тем шире диапазон неопределённости, поскольку каждое допущение является дополнительным фактором неопределённости. Например, диапазон неопределённости оценки распространённости ВИЧ-инфекции среди взрослых более узок, чем диапазон неопределённости оценок количества случаев ВИЧ-инфицирования детей, поскольку последние требуют дополнительных данных по распространённости ВИЧ среди беременных женщин и вероятности передачи ВИЧ от матери ребёнку, каковые данные имеют собственные факторы неопределённости.

ЮНЭЙДС выражает уверенность в том, что истинные значения количества людей, живущих с ВИЧ; количество вновь инфицированных людей; а также количества людей, умерших от причин, связанных со СПИДом, лежат внутри диапазонов, указанных в отчёте. С течением времени и по мере накопления данных более высокого качества, поступающих из стран, неопределённость будет неуклонно уменьшаться.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ В МОДЕЛИ ОЦЕНОК ЮНЭЙДС 2017 ГОДА

Страновые группы каждый год создают новые файлы Спектрум. Эти файлы могут отличаться от года к году по двум причинам. Во-первых, в модель вводятся новые данные эпиднадзора и программные данные; со временем это может изменить тенденции распространённости и заболеваемости, в том числе за прошлые годы. Во-вторых, сама модель совершенствуется на основе новейших достижений науки и новейших статистических методов, что ведёт к уточнению динамики новых случаев заражения ВИЧ. Из-за таких усовершенствований самой модели и добавления новых данных для выработки оценочных показателей результаты моделирования в прошлые годы нельзя сопоставлять с результатами моделирования в текущем году. Тем не менее, ежегодно создаётся полный исторический комплект оценок, что позволяет описывать тенденции в их развитии во времени.

В период между временем выполнения оценок за 2017 г. и временем предыдущей оценки в соответствии с указаниями Информационной группы ЮНЭЙДС по оценкам, моделированию и прогнозированию в модель были внесены следующие изменения, основанные на новейших научных достижениях:

- Возможность добавления данных, получаемых в ходе плановых посещений антенатальных клиник беременными женщинами в тех же клиниках, в которых ранее проводился дозорный эпиднадзор. Кроме того, страны теперь могут вводить процент всех выявленных ВИЧ-положительных беременных женщин в ходе плановых посещений дородовых учреждений во всей стране.
- Порядок расчёта оценочных показателей по детям был изменён с целью улучшения расчёта количества передачи ВИЧ детям от матерей, у которых сероконверсия происходит в период грудного вскармливания.
- Распределение по возрастным группам детей, которым начинают проводить антиретровирусную терапию, было улучшено за счёт добавления данных по младенцам, предоставленным Совместной инициативой педиатрического ВИЧ-просвещения и исследований Международного общества СПИД (International AIDS Society's Collaborative Initiative for Paediatric HIV Education and Research).
- Модель была усовершенствована для возможности включения в неё данных по заболеваемости, получаемых по результатам как перекрёстных обследований, так и когортных обследований.
- Данные по распространённости по возрастным и половым группам, полученные в ходе обследования семей, теперь используются для расчёта распределения количества новых случаев инфицирования по возрастным и половым группам.
- Для оценки количества детей, живущих с ВИЧ, критически важными исходными данными являются точные значения фертильности женщин, живущих с ВИЧ. Новая модель снижает показатель фертильности женщин с низким количеством CD4-клеток.
- В модель была введена дополнительная переменная с целью учёта ошибок, не являющихся систематическими ошибками выборки, в оценке распространённости инфекции среди женщин, посещающих антенатальные клиники.
- В модель были внесены модификации с целью расширения показаний для антиретровирусной терапии людей, количество CD4-клеток у которых ниже 250 клеток/мкл, в тех случаях, когда национальные руководящие документы по лечению устанавливают пороговое значение количества CD4-клеток на уровне ниже 200 клеток/мкл. Это позволяет рассматривать дополнительную группу людей с заболеванием на 3 или 4 стадии как подлежащих лечению в соответствии с ранее выпущенными рекомендациями ВОЗ.

- Был удалён предел на количество людей, получающих антиретровирусную терапию, который возникал в страновом отчёте, если этот показатель был равен оценочному количеству людей, нуждающихся в АРТ (последнее выводилось по пороговому количеству CD4-клеток, устанавливаемому национальными руководящими документами). Снятие этого предела позволяет включать в модель всех людей, указанных странами в отчётах как люди, имеющие доступ к лечению.
- Для стран, которые используют новые случаи инфицирования ВИЧ для расчёта заболеваемости, в модель были введены усовершенствованные допущения по количеству людей, умерших без диагноза ВИЧ-инфекции, основанные на существующей модели выживаемости людей, не получающих лечение.
- В модель была добавлена опция для стран, использующих данные системы записи актов гражданского состояния для расчёта заболеваемости из указываемого в отчётах количества смертей людей, живших с ВИЧ (а не только количества смертей, связанных со СПИДом).
- Были расширены статистические методы, используемые для соотнесения кривых заболеваемости с данными эпидемиологического надзора за случаями ВИЧ-инфекции и данными записей актов гражданского состояния, с целью более точной оценки заболеваемости в странах, где показатель заболеваемости ещё не достиг своего пика.

Более подробную информацию об уточнениях, внесённых в модель 2016 г. можно найти на сайте www.epidem.org, а также в сборнике опубликованных статей по тематике в журнале AIDS¹.

ИЗМЕРЕНИЕ ОХВАТА АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИЕЙ

Начиная с 2013 г., ЮНЭЙДС предоставляет количество и оценочную долю всех взрослых и детей, живущих с ВИЧ, которые получают антиретровирусную терапию (в отличие от оценочного количества людей, получающих лечение, основанного на соотношении взрослых и детей, подлежащих лечению в соответствии с национальными руководящими документами). Такой метод расчёта охвата соответствует рекомендациям ВОЗ о том, что необходимо начинать антиретровирусную терапию любому человеку, имеющему диагноз ВИЧ-инфекция.

Страны предоставляют отчётные данные о количестве людей, получающих лечение, посредством Глобальной системы мониторинга СПИДа (Global AIDS Monitoring – GAM) и через Спектрум. При том, что соответствующие значения основываются на текущей отчетности, тем не менее, остаётся некоторая доля неопределённости, в связи с тем, что в странах часто возможности исключить повторный учёт лиц, которые, например, могут получать препараты в двух разных клиниках, или при возникновении задержек в предоставлении отчётных данных. На основе результатов недавно выполненного анализа качества данных, в модель были введены коэффициенты неопределённости – 0,88 и 1,04 для нижней и верхней границ, соответственно – которые применяются к показателям количества людей, получающих лечение на региональном и глобальном уровнях.

¹ AIDS апрель 2017 г. – Том 31 - Приложение 1 (журнал)

ПУБЛИКАЦИЯ ОЦЕНОЧНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПО КОНКРЕТНЫМ СТРАНАМ

ЮНЭЙДС стремится к публикации оценочных показателей по всем странам, население которых превышает 250 000 человек. По странам с населением не менее 250 000 человек, не предоставляющим свои оценочные показатели, ЮНЭЙДС вырабатывает свои оценки с помощью программы «Спектр», которая основывает свои расчёты из опубликованной и иной доступной информации. Эти оценки учитываются при подсчёте региональных и глобальных итоговых показателей, но ранее не публиковались в качестве оценочных показателей по конкретным странам.

В странах, где эпидемия находится на низком уровне, трудно оценить количество беременных женщин, живущих с ВИЧ. Многие женщины, живущие с ВИЧ в таких странах, являются секс-работницами или потребителями инъекционных наркотиков – что с большой вероятностью означает, что они имеют уровень фертильности, отличающийся от этого показателя для общего населения. ЮНЭЙДС не даёт оценок количества случаев передачи ВИЧ-инфекции от матери ребёнку, в том числе оценок, связанных с детьми, в отношении некоторых стран, где эпидемия сосредоточена в очагах, если отсутствуют адекватные данные, необходимые для валидации таких оценок. Кроме того, ЮНЭЙДС не публикует такие оценки в отношении стран, где оценочное количество беременных женщин, живущих с ВИЧ, меньше 50.

Что касается тенденций заболеваемости, если отсутствуют достаточные исторические данные для уверенного вывода о том, что произошло снижение заболеваемости, то ЮНЭЙДС не публикует более ранние данные, чтобы пользователи не сделали неверных выводов о тенденции. Более конкретно, тенденции заболеваемости не публикуются, если отсутствуют как минимум четыре точки данных (результата наблюдения) по ключевой группе населения или если отсутствуют данные по странам за последние четыре года, основанные на результатах регулярных обследований населения или планового тестирования. Тенденции, существовавшие до 2000 г., не публикуются в отношении тех стран, по которым отсутствуют данные эпиднадзора за недавними случаями заболевания или данные по смертности.

И наконец, ЮНЭЙДС не публикует оценочные показатели по той или иной стране в тех случаях, когда необходимы дополнительные данные или аналитическая работа для получения достоверных оценок. С более подробной информацией по оценкам ЮНЭЙДС и с отдельными файлами Спектр в отношении большинства стран можно ознакомиться на страницах раздела [aidsinfo](http://aidsinfo.unaids.org) интернет-сайта ЮНЭЙДС (<http://aidsinfo.unaids.org>).

Более подробную информацию по оценкам ЮНЭЙДС – а также отдельные файлы Спектр по большинству стран – можно найти на интернет-сайте ЮНЭЙДС (www.unaids.org).

Часть 2. Методы расчёта целей «90–90–90»

ВВЕДЕНИЕ

Начиная с 2016 г. ЮНЭЙДС публикует оценки прогресса на пути к достижению целей «90–90–90» на глобальном и региональном уровнях, а также на уровне конкретных стран. Продвижение к этим целям оценивается напрямую по следующим трём основным показателям:

- Показатель 1: Процент всех людей, живущих с ВИЧ, которые знают свой ВИЧ-статус.
- Показатель 2: Процент людей, которые знают свой ВИЧ-положительный статус и получают лечение.
- Показатель 3: Процент людей, получающих лечение, которые имеют подавленную вирусную нагрузку.

Показатели 2 и 3 также могут быть выражены в виде процентной доли от общего количества людей, живущих с ВИЧ. Когда количественные показатели или доля пути к цели охвата лечением выражена в соотношении с общим количеством людей, живущих с ВИЧ, обычно используется термин «каскад медицинской помощи при ВИЧ-инфекции». Если следовать этому подходу, то вторая и третья цели из триады «90-90-90» выражаются в 81% охвата антиретровирусной терапией и 73% людей, имеющих подавленную вирусную нагрузку к 2020 году. В 2015 году ЮНЭЙДС впервые опубликовала полные данные по каскаду медицинской помощи. Оценки охвата антиретровирусной терапией людей, живущих с ВИЧ, имеются за весь период с момента внедрения этой терапии. Результаты, приведённые в настоящем отчёте, замещают данные, содержащиеся в ранее опубликованном отчёте за 2015 год.

Кроме того, ЮНЭЙДС отслеживает прогресс на пути к достижению целей лечения «90–90–90» путём мониторинга доступности тестирования на вирусную нагрузку для людей, получающих лечение. Если большинство людей в стране проходят ежегодное тестирование на вирусную нагрузку, что соответствует рекомендации ВОЗ, то мы можем с уверенностью сделать вывод о точности оценок подавления вирусной нагрузки в отношении всех людей, живущих с ВИЧ.

МЕТОДЫ ИЗМЕРЕНИЯ ПРОГРЕССА НА ПУТИ К ДОСТИЖЕНИЮ ЦЕЛЕЙ «90–90–90»

Чтобы описать прогресс той или иной страны на пути к достижению целей «90–90–90», ЮНЭЙДС проводит анализ данных по количеству людей, знавших свой ВИЧ-статус, количеству людей, получающих лечение, и количеству людей, которые имели подавленную вирусную нагрузку по результатам тестирования. Значения этих величин рассчитывались на основании отчётных показателей, поданных через систему GAM. В 2015 году 147 стран отчитались как минимум по одному показателю; в 2016 году это количество возросло до 163 стран.

Описание системы GAM и отчётных показателей, связанных с целями медицинской помощи, которые подают страны, приведено в руководстве ЮНЭЙДС GAM 2017 (UNAIDS GAM 2017 guidelines) (1). Все данные по программам, переданные в ЮНЭЙДС – включая количество людей, которые, согласно отчётам, знают свой статус, количество людей, получающих лечение, и количество людей, получающих лечение, которые имеют подавленную вирусную нагрузку – прошли валидацию ЮНЭЙДС и её партнёров до их публикации.

Не были опубликованы те предоставленные странами данные, которые оказались не соответствующими обязательным критериям качества, применяемым при валидации либо на уровне отдельных показателей, либо по всему каскаду медицинской помощи. С окончательными вариантами показателей прогресса стран на пути к достижению целей «90–90–90» за 2015 и 2016 гг. можно ознакомиться на сайте <http://aidsinfo.unaids.org>. Не все страны смогли предоставить отчёты по каждой из целей триады «90–90–90». В 2016 году полный каскад медицинской помощи имелся в 60 странах; ещё 17 стран, в основном страны Западной и Центральной Европы и Северной Америки, имели полный каскад медицинской помощи в течение не менее одного года в период 2012 – 2015 гг. Верхние и нижние границы неопределённости оценок по странам были рассчитаны, исходя из диапазона оценочного количества людей, живущих с ВИЧ. Этот диапазон может не в полной мере отражать неопределённость, имеющуюся в отчётных программных данных.

С целью оценки прогресса на пути к достижению целей «90–90–90» на региональном и глобальном уровнях, ЮНЭЙДС дополнила данные, предоставленные странами посредством GAM, данными, полученными в результате анализа других источников опубликованных и неопубликованных данных, в том числе «серой» литературы и результатов демографических обследований в области здоровья и здравоохранения. В 2016 году отчётные данные (содержащиеся в отчётах, опубликованные и неопубликованные) по странам Западной Европы и Северной Америки оказались недостаточными для того, чтобы представить результаты по этому региону, при этом, те показатели, которые имелись по странам региона, были использованы для расчёта глобальных итоговых показателей. Верхние и нижние границы неопределённости оценок по регионам, а также глобальные, были рассчитаны, исходя из диапазона оценочного количества людей, живущих с ВИЧ, и верхних и нижних границ диапазона количества людей, получающих лечение в регионе. Этот диапазон может не полностью отражать неопределённость, имеющуюся в или отсутствующих в отчётах и программных данных по первому и третьему показателям.

ИСТОЧНИКИ ДАННЫХ И ИНДИКАТОР-СПЕЦИФИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДЛЯ ВЫВЕДЕНИЯ ГЛОБАЛЬНЫХ И РЕГИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

Оценки количества людей, живущих с ВИЧ

Если не указано иное, то все показатели прогресса, содержащиеся в настоящем отчёте, основаны на смоделированных оценках количества людей, живших с ВИЧ в 2015 и 2016 гг. Эти оценки были получены ЮНЭЙДС посредством моделирования по отдельным странам, регионам и во всем мире. Более подробная информация о методах расчета оценочных показателей и границ неопределённости по количеству людей, живущих с ВИЧ и количеству людей, получающих антиретровирусную терапию, приведена выше в разделе «Измерение охвата антиретровирусной терапией».

Знание своего ВИЧ-статуса людьми, живущими с ВИЧ

Глобальные и региональные показатели количества людей, живущих с ВИЧ и знающих свой статус, были получены на основе самых свежих данных эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией и национально репрезентативных данных обследований населения, которые в 2016 году имелись по 109 странам. В тех случаях, когда данные имелись отдельно по детям (в возрасте 0–14 лет) и взрослым (от 15 лет и старше), сначала рассчитывались показатели по возрастным группам, а затем эти показатели объединялись для получения общего показателя по стране.

В 2016 году в отношении 57 стран количество людей, живущих с ВИЧ и знающих свой ВИЧ-статус принималось как совокупное количество людей, сведения о которых были переданы в систему мониторинга ВИЧ, за вычетом количества смертей лиц, о которых было известно, что они являются ВИЧ-положительными. Если показатель, содержащийся в системе мониторинга ВИЧ, был ниже, чем количество людей, получающих антиретровирусную терапию, то отчётное значение системы мониторинга исключалось из анализа. Кроме того, страновой показатель учитывался только в том случае, если система эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией функционировала до 2005 года. Существует вероятность того, что в систему учёта не будут включены люди, живущие с ВИЧ и выявленные до 2005 года, в странах, где система эпиднадзора работает с более позднего времени.

При том, что система эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией может являться достаточно надёжным источником данных для оценки количества людей, живущих с ВИЧ и знающих свой статус, в ней всё же могут содержаться искажения. Например, национальный показатель знания своего ВИЧ-статуса может оказаться недооценённым, если не все люди, имеющие диагноз, будут своевременно внесены в систему; показатель также может быть переоценён, если люди вносятся в систему более чем один раз, и такое дублирование остаётся незамеченным. Аналогичным образом, если из системы не удаляются умершие или эмигрировавшие люди, живущие с ВИЧ, то количество людей, живущих с ВИЧ и которые в отчётах значатся как знающие свой ВИЧ-статус, может оказаться завышенным.

В 25 африканских странах южнее Сахары оценочные количества людей, живущих с ВИЧ и знающих свой статус, в 2016 году были выведены из результатов обследований населения, являющихся репрезентативными в общенациональном масштабе и проводимых с 2010 года, а также данных по лечению, поданных посредством GAM. В трёх странах, где обследования проводились в 2016 году, респондентам, имевшим положительный результат тестирования на ВИЧ, в ходе обследования задавался прямой вопрос, знали ли они свой ВИЧ-статус, а затем полученный показатель был применён к общему оценочному количеству людей, живущих с ВИЧ в стране.

В остальных 22 странах, где в ходе обследований населения респондентам не задавался прямой вопрос о знании ими своего ВИЧ-статуса, применялся поэтапный подход для расчета показателя по знанию своего ВИЧ-статуса.

В качестве первого этапа оценивался общий процент людей, которые могли знать свой статус в год, когда проводилось последнее обследование населения. В отношении взрослых, этот процент оценивался путём расчёта процента взрослых, которые, согласно отчётам, когда-либо проходили тестирование на ВИЧ и получили результат последнего тестирования среди тех, чей результат ВИЧ-тестирования оказался положительным в данном исследовании. В отношении детей (которые не включались в обследование населения), для оценки показателя знания своего ВИЧ-статуса используется суррогатный показатель охвата лечением детей в год проведения обследования. Значение этого показателя получается консервативным, поскольку некоторые дети могли не получать лечения. Для оценки показателя знания своего статуса всеми людьми в год проведения обследования производилось сложение оценок по детям и взрослым с использованием весового коэффициента доли детей и взрослых, живущих с ВИЧ.

На втором этапе процент людей, которые могут знать свой статус в текущем или предшествующем отчётном году, рассчитывался путём проецирования вперед результатов первой ступени. Для этого было сделано допущение, что величина увеличения охвата тестированием была аналогична величине увеличения количества людей, начинающих лечение, рассчитываемой как разница в процентах в общем охвате лечением (и для взрослых, и для детей) между значением для года проведения обследования и значением охвата лечения для текущего или предшествующего года. Для стран Восточной и Южной Африки использовалась половина процентного увеличения охвата лечением, что определялось сравнениями с результатами обследований, проведённых в регионе в 2016 году, когда вопрос о знании респондентом своего ВИЧ-статуса задавался напрямую; для стран Западной и Центральной Африки, где стигматизация и дискриминация могли ограничить раскрытие информации о ранее проведённом тестировании на ВИЧ в ходе обследования, использовалось увеличение на полный процент.

По результатам обследований, проведённых в 2016 году, значения для 2015 года рассчитывались путём обратного проецирования величин, полученных в ходе обследования 2016 года с использованием методики, аналогичной вышеописанной.

На третьей этапе, для определения оценочного показателя количества людей, живущих с ВИЧ и знающих свой статус за 2015 и 2016 гг. использовалась средняя точка между процентом людей, живущих с ВИЧ, которые могли знать свой статус в 2016 году (например, этап 2), и процентом людей, живущих с ВИЧ и получавших лечение в 2015 году или в 2016 году.

Метод определения оценочного показателя знания своего ВИЧ-статуса на основе данных обследований населения имеет ряд недостатков, особенно в тех случаях, когда участникам не задаётся прямой вопрос о знании ими своего ВИЧ-статуса. Обычно оценочные показатели, рассчитанные с использованием данных таких обследований, ведут к заниженным значениям по трём причинам. Как отмечалось выше, в местах, где уровень стигматизации и дискриминации высок или был высок ранее, респонденты могут иметь склонность к утаиванию того, что они когда-либо проходили тестирование на ВИЧ и получили результат тестирования. Во-вторых, у многих респондентов, сообщивших о прохождении тестирования, могла произойти сероконверсия уже после получения результатов последнего тестирования, в связи с чем их правильно учитывают в количестве знающих свой ВИЧ-статус. И наконец, многие обследования, в ходе которых респондентам не задавался прямой вопрос об их ВИЧ-статусе, были выполнены до 2016 года. Несмотря на то, что результаты обследований, проведённых до 2010 года, были исключены из рассмотрения, сохраняется возможность, что метод корректировки, использованный для учёта исторического характера обследования, неточно отражает увеличение со временем показателя знания своего статуса людьми, живущими с ВИЧ.

Занижение указанного в отчёте количества людей, живущих с ВИЧ и знающих свой статус, может также происходить в странах, где респондентам в ходе обследований задавался прямой вопрос об их ВИЧ-статусе. В таких обследованиях риск заключается в том, что участники опроса не раскроют свой ВИЧ-статус интервьюеру и в результате окажутся неправильно классифицированы как не знающие своего статуса. При том, что точно определить величину этого искажения невозможно, в обследованиях, проводившихся в Кении, Малави и Уганде от одной десятой до одной трети ВИЧ-положительных респондентов неверно указали свой ВИЧ-статус как отрицательный (2). Занижение показателя знания своего статуса может также произойти и на общенациональном уровне, если люди, живущие с ВИЧ, узнают свой статус либо в результате, либо в ходе обследования.

В отношении 27 стран, которые не имеют данных по эпиднадзору, передаваемых через систему GAM, или результатов обследований населения, ЮНЭЙДС использовал опубликованную и неопубликованную «серую» литературу или оценки, полученными методами компьютерного моделирования для исчисления региональных и глобальных оценочных показателей за 2015 и 2016 гг. Аналогичный метод, ранее использовавшийся для корректировки показателей знания своего статуса в обследованиях, где не задавался прямой вопрос, был применён к оценочным показателям, полученным из этих стран до 2016 года (большинство таких стран находятся в Западной и Центральной Европе).

В отношении 59 стран, по которым отсутствуют какие-либо оценки количества людей, живущих с ВИЧ и знающих свой статус (в них проживает лишь 4% от общего оценочного количества людей, живущих с ВИЧ во всём мире) среднее по региону значение соотношения между количеством людей, знающих свой статус, и количеством людей, получающих лечение рассчитано, исходя из имеющихся данных, поданных странами региона, с применением весового коэффициента, соответствующего количеству людей, живущих с ВИЧ, по странам. Это региональное значение было затем соотнесено с оценочным количеством людей, получающих лечение, в каждой стране, по которой отсутствовала оценка, с целью получения полной картины ситуации в регионе за отчётный год. Общее оценочное количество людей, знающих свой статус, было добавлено к показателям по всему региону и к глобальным показателям для получения значений по первой и второй целям «90».

Люди, имеющие доступ к антиретровирусной терапии

Общемировые и региональные значения показателя количества людей, получающих антиретровирусную терапию, были рассчитаны на основе данных программ, переданных странами через систему GAM и пакет программного обеспечения «Спектрум», поддерживаемого ЮНЭЙДС. Что касается небольшого количества стран, по которым отсутствовали отчётные данные по количеству людей, получающих лечение (в основном это страны Западной и Центральной Европы), оценки количества людей, получающих лечение, были выработаны либо в результате консультаций с государственным органом здравоохранения, ответственным за мониторинг национальной программы лечения, либо на основании данных их открытых источников.

Совместно с ЮНИСЕФ, ВОЗ и другими партнёрами, которые оказывают поддержку предоставлению медицинских услуг в странах, ЮНЭЙДС проводит анализ и валидацию показателей охвата лечением, ежегодно передаваемым через системы GAM и «Спектрум». Кроме того, сотрудники ЮНЭЙДС предоставляют техническую поддержку и проводят обучение руководящих работников органов здравоохранения и медицинских учреждений разных стран с целью обеспечения высокого качества предоставляемых странами отчётных данных. Тем не менее, показатель количества людей, получающих лечение, может оказаться завышенным, если люди, которые переходят из одного лечебного учреждения в другое, будут попадать в отчёты обоих учреждений. Аналогично, показатель охвата лечением может оказаться завышенным, если не будут выявляться и сниматься с учёта умершие, эмигранты и люди, прекратившие лечение. Показатели количества людей, получающих лечение, могут быть и занижены, если не все клиники подают полные и своевременные отчёты.

ЮНЭЙДС недавно завершила работу по триангуляции данных с целью проверки глобальной оценки ЮНЭЙДС количества людей, получавших антиретровирусную терапию по состоянию на конец 2015 года. Более подробную информацию по оценке ЮНЭЙДС достоверности отчётных данных о показателях лечения можно найти в документе «Сколько людей, живущих с ВИЧ, имеют доступ к лечению?» (How many people living with HIV access treatment?)²

Люди, имеющие подавленную вирусную нагрузку

Показатели прогресса на пути к цели в области подавления вирусной нагрузки у людей, получающих лечение, а также доли имеющих подавленную вирусную нагрузку в общем количестве людей, живущих с ВИЧ, были определены исходя из отчётных данных, поступивших через систему GAM. Для целей отчётности пороговым значением подавления является вирусная нагрузка менее 1000 копий на мкл, хотя некоторые страны могут устанавливать и более низкие пороги или требование по достижению неопределяемой вирусной нагрузки.

В руководстве ЮНЭЙДС «ГЛОБАЛЬНЫЙ МОНИТОРИНГ ЭПИДЕМИИ СПИДА 2017» указано, что странам следует включать в отчёты только те результаты тестирования вирусной нагрузки, которые были получены в ходе планового оказания услуг (а не в случае подозрения на неудачу лечения). В этом руководстве также говорится, что подавать следует только последний результат тестирования человека в отчётном году, с тем, чтобы количество людей, имеющих подавленную вирусную нагрузку, из числа людей, прошедших тестирование, отражало бы именно количество людей, а не количество выполненных тестов.

88 стран из всех регионов подали отчётные данные по подавлению вирусной нагрузки за 2016 год, полученные по результатам эпиднадзора за случаями ВИЧ-инфекции или извлечённые из систем отчётности лабораторий. Три страны предоставили отчётные данные за 2016 год, полученные по результатам обследований населения, которые являются репрезентативными в общенациональном масштабе, при этом тестирование вирусной нагрузки проводилось только среди тех людей, которые сами сообщили, что они получают лечение. Посредством изучения опубликованной и неопубликованной литературы ЮНЭЙДС выработала репрезентативные в общенациональном масштабе оценки подавления вирусной нагрузки ещё для пяти стран. В тех случаях, когда свежие данные не поступили от стран Западной и Центральной Европы и Северной Америке, было сделано допущение, что оценочные данные за 2015 год остались неизменными.

В 2016 году в отношении 72 стран, не имевших репрезентативных в общенациональном масштабе оценочных показателей подавления вирусной нагрузки среди прошедших тестирование (а на долю этих стран приходится 58% общемирового количества людей, получающих лечение), было рассчитано среднее по региону количество людей, получающих антиретровирусную терапию и имеющих подавленную вирусную нагрузку.

² Этот документ можно найти по ссылке: <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/how-many-people-living-with-hiv-access-treatment>.

Расчёт производился по данным, поданным странами региона и взвешенным в соответствии с количеством людей, получающих лечение в стране. Полученное значение затем соотносилось с оценочным количеством людей, получающих лечение в стране, с целью определения полной картины региональной ситуации за отчётный год. Общие показатели количества людей, имеющих подавление вирусной нагрузки, затем складывались по региону и глобально для определения показателя по третьей цели «90» и общей оценки подавления вирусной нагрузки у людей, живущих с ВИЧ. Тот же подход был использован для получения региональных и глобальной оценок за 2015 год.

Несмотря на то, что число стран, по которым имеются оценочные показатели в отношении подавления вирусной нагрузки, увеличилось с 74 в 2015 году до 96 в 2016 году, остаются нерешёнными ряд вопросов, связанных с использованием отчётных данных, поданных странами, для мониторинга прогресса на пути к достижению целей «90–90–90». Во-первых, не все лечебные учреждения проводят рутинное тестирование вирусной нагрузки, а те учреждения, где такое тестирование предлагается, могут не являться репрезентативными по набору медицинских услуг, предоставляемых учреждениями, где тестирование вирусной нагрузки не проводится. Делая допущение, что процент людей, имеющих подавленную вирусную нагрузку, от общего количества людей, прошедших тестирование, является репрезентативным по отношению ко всем людям, получающим лечение в данной стране, можно получить завышенную либо заниженную оценку в зависимости от характеристик клиник, подавших отчёты.

Во-вторых, отчётные данные по количеству проведённых тестирований вирусной нагрузки существенно различаются во всех регионах, в связи с чем трудно сделать заключение о том, является ли положение в странах, подающих отчётные данные в ЮНЭЙДС, аналогичным положению в тех странах региона, по которым данные отсутствуют. В Западной и Центральной Африке данные по тестированию на вирусную нагрузку, поданные в ЮНЭЙДС в 2015 году, охватывали лишь 2% людей, получающих лечение в регионе. В результате этого уровни подавления вирусной нагрузки по региону за 2015 год не публиковались.

ЮНЭЙДС исходит из того допущения, что все люди, получающие лечение в Западной и Центральной Европе и Северной Америке проходили ежегодное тестирование на вирусную нагрузку как в 2015 году, так и в 2016 году.

Ещё одним нерешённым вопросом, связанным с определением точности оценок подавления вирусной нагрузки, является то, что руководство, выпущенное ЮНЭЙДС, запрашивает результаты рутинных (ежегодных) тестирований на вирусную нагрузку только по тем людям, которые получают лечение. Если люди, недавно начавшие лечение, имеют подавленную вирусную нагрузку, но им ещё не будет предложено пройти тестирование на вирусную нагрузку, то такие люди будут неправильно классифицированы как не имеющие подавления вирусной нагрузки, и в результате этого оценка показателя подавления вирусной нагрузки окажется заниженной.

ЮНЭЙДС также просит, чтобы страны подавали отчётные данные только по рутинному тестированию на вирусную нагрузку. Если страны подадут отчёт по результатам тестирования, которое проводилось ранее, в связи с предполагаемой неудачей лечения, то количество людей, имеющих подавленную вирусную нагрузку, в соответствующих странах будет занижено. ЮНЭЙДС проводит валидацию данных, подаваемых странами, на предмет качества, однако не всегда представляется возможным различать данные рутинных исследований от данных по другим видам тестирования.

И наконец, руководство ЮНЭЙДС рекомендует подавать отчётные данные по результатам тестирования на вирусную нагрузку только в отношении тех людей, которые получают антиретровирусную терапию; люди, получающие медицинскую помощь, но имеющие подавленную вирусную нагрузку за счёт естественных факторов, не будут учтены при исчислении этого показателя.

По мере роста доступности тестирования на вирусную нагрузку, расширения его охвата и укрепления системы рутинного мониторинга, обрабатывающей соответствующие данные и составляющей отчёты по ним, будут улучшаться возможности определения количественных показателей и, в конечном итоге, уменьшаться искажений, возникающих при оценке прогресса в достижении целей «90–90–90».

НАЛИЧИЕ ДАННЫХ ДЛЯ РАСЧЁТА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРОГРЕССА ЮНЭЙДС К ДОСТИЖЕНИЮ ЦЕЛЕЙ «90-90-90»

	ЦЕЛИ, СВЯЗАННЫЕ СО ЗНАНИЕМ СВОЕГО ВИЧ-СТАТУСА				ЦЕЛИ, СВЯЗАННЫЕ С АРТ		ЦЕЛИ, СВЯЗАННЫЕ С ПОДАВЛЕНИЕМ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ					
	Количество стран, имеющих оценки продвижения к первой и второй цели «90» (#)		Наличие показателя по знанию своего ВИЧ-статуса среди людей, живущих с ВИЧ (%)		Количество стран, имеющих данные о количестве людей, получающих лечение, и включённых ЮНЭЙДС в специальный анализ прогресса в достижении целей «90-90-90» (#)		Количество стран, имеющих оценки продвижения к третьей цели «90» (#)		Процент людей, имеющих подавленную вирусную нагрузку среди всех людей, получающих лечение		Количество стран, имеющих оценки продвижения ко всем трём целям	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Азиатско-Тихоокеанский регион	19	20	94%	99%	28	28	14	14	29%	18%	12	11
Страны Карибского бассейна	4	7	79%	93%	10	10	6	10	14%	52%	3	7
Восточная и Южная Африка	16	17	99%	99%	19	19	7	11	14%	37%	7	11
Восточная Европа и Центральная Азия	13	12	98%	99%	18	18	11	13	59%	93%	11	12
Латинская Америка	9	14	79%	82%	17	17	9	14	75%	87%	4	12
Ближний Восток и Северная Африка	8	6	89%	80%	18	18	6	6	33%	32%	4	2
Западная и Центральная Африка	14	13	89%	88%	24	24	6	14	2%	13%	1	9
Западная и Центральная Европа и Северная Америка*	25	20	99%	98%	34	34	15	14	100%	100%	13	12
Мир в целом	108	109	95%	96%	168	168	74	96	26%	42%	55	76

Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2017 г.

* Процент людей, прошедших тестирование на вирусную нагрузку в период лечения, принимается равным 100%

Часть 3. Распределение новых случаев ВИЧ-инфекции по группам населения

Распределение новых случаев ВИЧ-инфекции по регионам оценивалось на основе данных по 163 странам с использованием пяти источников данных.

В отношении стран, которые проводят моделирование своей эпидемии ВИЧ на основе данных по группам населения, включая ключевые группы населения, количество новых случаев ВИЧ-инфекции было взято из файлов «Спектрум» за 2016 год. Таким образом, были получены данные 63 стран по работникам секс-бизнеса, 37 стран – по потребителям инъекционных наркотиков, 57 стран – по мужчинам, имеющих половые контакты с мужчинами, и 13 стран – только Латинской Америки и Азии – по трансгендерным людям.

Вторым источником стали исследования путей передачи, проведённые в странах с 2006 по 2012 гг. Доля новых случаев инфицирования по каждой группе населения, рассчитанный по результатам анализа путей передачи, была умножена на оценочное количество новых случаев ВИЧ-инфекции среди взрослых (15–49 лет) с учётом пола, для определения оценочного количества новых случаев ВИЧ-инфекции по группам населения. Из этого источника получены данные 18 стран по работникам секс-бизнеса, 25 стран – по потребителям инъекционных наркотиков, и 22 стран – по мужчинам, имеющим половые контакты с мужчинами.

Оценочное количество новых случаев ВИЧ-инфекции по европейским странам, в отношении которых отсутствовали вышеупомянутые данные, были определены на основе данных из Отчёта по мониторингу ВИЧ за 2014 год. Европейского центра профилактики и контроля за заболеваемостью (European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) HIV Surveillance Report 2014). Доли новых случаев ВИЧ-инфекции по каждому региону Европы (Западной, Центральной и Восточной) были соотнесены с оценкой ЮНЭЙДС по количеству новых случаев ВИЧ-инфекции в каждой из стран в отношении людей, употребляющих инъекционные наркотики, а также мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами. В указанном отчёте отсутствовали данные по работникам секс-бизнеса. Данные по новым случаям ВИЧ-инфекции в Китае, России и Соединённых Штатах были взяты из имеющихся национальных отчётов о количестве новых случаев ВИЧ-инфекции.

Оценки количества новых случаев ВИЧ-инфекции по странам, в отношении которых отсутствовали непосредственные источники данных, были определены по сопоставимым странам в регионе. Сопоставимость задавалась по медианной доле новых случаев ВИЧ-инфекции в отдельных группах населения во всех странах того же региона, по которым имелись данные. Большинство таких стран находятся в Африке южнее Сахары. Сравнительные показатели для определения оценочных значений в отношении работников секс-бизнеса использовались в 91 стране, в отношении потребителей инъекционных наркотиков – в 62 странах, в отношении мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами – в 66 странах, и в отношении трансгендерных людей – в 44 странах.

Расчётные соотношения новых случаев ВИЧ-инфекции по каждой ключевой группе населения включают также секс-партнёров представителей ключевых групп населения. Показатели новых случаев ВИЧ-инфекции среди секс-партнёров с учетом известной из литературы вероятности передачи ВИЧ-инфекции.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Глобальный мониторинг эпидемии СПИДа 2017, Индикаторы для мониторинга выполнения Политической декларации ООН по ВИЧ/СПИДу (2016), Женева ЮНЭЙДС, http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2017-Global-AIDS-Monitoring_ru.pdf
2. Johnston LG, Sabin ML, Prybylski D, Sabin K, McFarland W, Baral S et al. Policy and practice: the importance of assessing self-reported HIV status in bio-behavioural surveys. *Bull World Health Organ.* 2016;94:605–612



Прекращение эпидемии СПИДа

**ПРОГРЕСС В ДОСТИЖЕНИИ
ЦЕЛЕЙ «90–90–90»**

**ЮНЭЙДС
Объединенная программа
ООН по ВИЧ/СПИДу**

20 Avenue Appia
1211 Geneva 27
Switzerland
(Женева, Швейцария)

+4122 791 3666

unaids.org