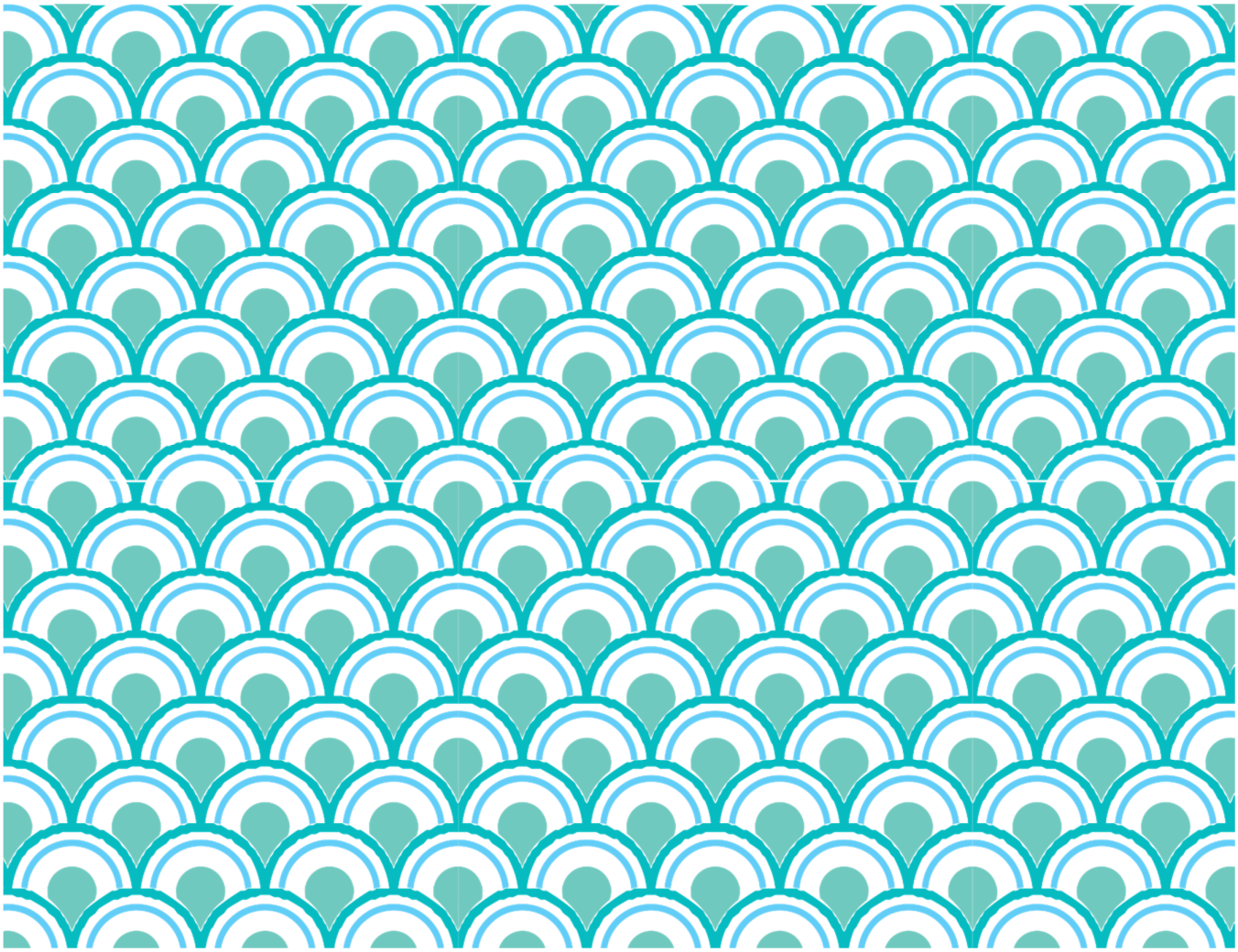
Уход и поддержка приВИЧ-инфекции

Уход и поддержка при ВИЧ-инфекциив контексте Сводного руководства ВОЗ 2016 г.



Содержание

Цель

“Уход и поддержка представляет собой всеобъемлющий комплекс услуг, включая медицинскую, социально-психологическую, физическую, социально-экономическуюпомощь, обеспечение питанием и юридической поддержку. Эти услуги имеют решающее значение для благополучия и выживания людей, живущих с ВИЧ, и их опекунов, а также сирот и других уязвимых детей.Услуги по уходу и поддержке необходимы с момента постановки диагноза на протяжении всего заболевания, обусловленного ВИЧ,независимо от доступа к антиретровирусной терапии”.

Цель данного документа:

- Описать, что такоеуход и поддержка.
- Описать цельухода и поддержки в контексте *Сводного руководства ВОЗ по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции2016 года (1)*.
- Проиллюстрировать значимость ухода и поддержки наряду с лечением ВИЧ-инфекции для снижения заболеваемости и смертности в связи с ВИЧ, а также улучшения состояния здоровья и благополучия людей, живущих с ВИЧ, в том числе детей-сирот и других уязвимых детей, подростков, ключевых групп населения и людей старше 50 лет.

Уход и поддержка представляет собой всеобъемлющий комплекс услуг, включая медицинскую, социально-психологическую, физическую, социально-экономическую помощь, обеспечение питанием и юридической поддержку. Эти услуги имеют решающее значение для благополучия и выживания людей, живущих с ВИЧ, и их опекунов, а также сирот и других уязвимых детей. Услуги по уходу и поддержке необходимы с момента постановки диагноза на протяжении всего заболевания, обусловленного ВИЧ, независимо от доступа к антиретровирусной терапии.

Данный документ основывается на рекомендациях *Сводного руководства ВОЗ по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции 2016 года* (1), а также «Технических соображений в отношении помощи и поддержки» (2) Чрезвычайного плана Президента США по борьбе со СПИДом (PEPFAR). Документ подчеркивает важную роль ухода и поддержки в достижении целей 90-90-90, в результате которых 90% людей, живущих с ВИЧ, будут знать свой ВИЧ-статус, 90% людей, знающих о своём ВИЧ-положительном статусе, получат доступ к лечению, и 90% людей, получающих лечение, добьются подавления вирусной нагрузки.

Настоящий документ предназначен длятех,кто стремитсямаксимизировать нелекарственную терапевтическую помощь и поддержку в целях повышения эффективности антиретровирусной терапии путём расширения доступа к консультированию и тестированию на ВИЧ, создания связи с медицинскойпомощью и удержания на лечении людей, живущих с ВИЧ, а также улучшения качества их жизни.

Документ адресован людям, живущимс ВИЧ или находящимся под угрозой заражения, а также руководителям национальных программ по борьбе с ВИЧ;организациям, оказывающим услугив области ВИЧ-инфекции и разрабатывающим соответствующие стратегии.

Введение

“В настоящее время существуют знания и инструменты, способныепокончить с эпидемией СПИДа к 2030 году (3, 4).Дополнительными инструментами могут статьновые виды лечения и вакцины. Эффективность использования существующих инструментов в решающей степени зависит от политической приверженности и устойчивого финансирования мер по противодействию СПИДу”.

Меры по противодействию эпидемии СПИДа меняются вместе с ходом развивающейся эпидемии. Эпидемия ВИЧ-инфекции остается одной из наиболее значимых мировых проблем общественного здравоохранения. Миллионы жизней были спасены благодаря крупнейшим научным достижениям и накопленным знаниям за три десятилетия противодействия эпидемии.

В настоящее время существуют знания и инструменты, способные покончить с эпидемией СПИДа к 2030 году *(3, 4).* Дополнительными инструментами могут стать новые виды лечения и вакцины. Эффективность использования существующих инструментов в решающей степени зависит от политической приверженности и устойчивого финансирования мер по противодействию СПИДу.

Лечение первыми антиретровирусными препаратами требовало от людей, живущих с ВИЧ, приёма множества таблеток. Антиретровирусная терапия была специализированной и проводилась централизованно, в основном в крупных городских больницах. Количество умиравших от болезней, обусловленных СПИДом, оставалось неизменно большим*(5)*

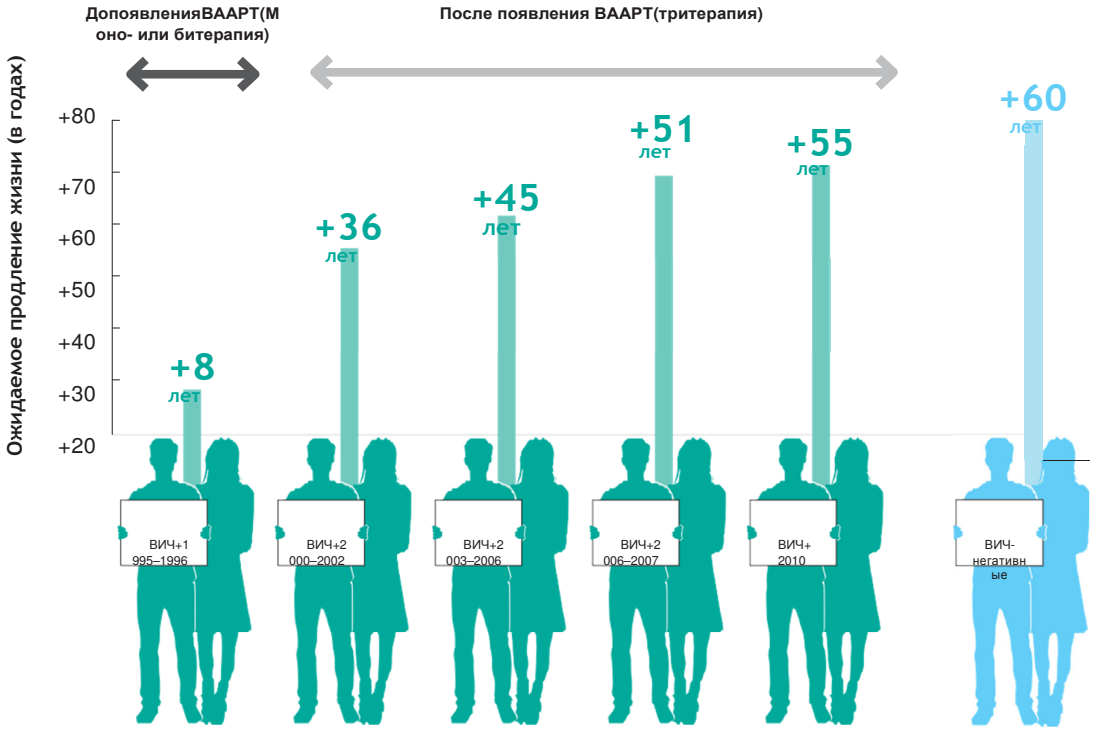
С тех пор антиретровирусная терапия значительно усовершенствовалась, особенно для взрослых. Новые антиретровирусные препараты стали более действенными, более прологированными, с меньшим количеством побочных эффектов. Современные комбинированные препаратыс фиксированной дозой проще в применении по сравнению спрежними лекарствами, а это способствует большей приверженности к лечению..

Стоимость антиретровирусных препаратов и тест-систем значительно снизилась, что открывает широкий доступ к антиретровирусной терапии *(6, 7).*
Резко сократились заболеваемость и смертность в связи со СПИДом. Люди живут с ВИЧ дольше: их продолжительность жизни в настоящее время измеряется десятилетиями *(5),* и приближается к нормальной продолжительности жизни общего населения.
Ожидаемая продолжительность жизни человека в возрасте 20 лет, живущего с ВИЧ и получающего антиретровирусную терапию, увеличилась с 36 лет в 2000–2002 гг. до 51 года в 2006–2007 гг.

Можно ожидать, что 20-летний человек, живущий с ВИЧ в странах с высоким уровнем дохода, таких как Канада или Соединенные Штаты, начавший получать антиретровирусную терапию, проживёт до 70 и более лет, что очень близко к ожидаемой продолжительности жизни среди общего населения (Рис. 1).Тем не менее, сохраняются различия по признаку расы, пола, возраста, типу передачи ВИЧ и количеству CD4-клеток в крови: более низкой продолжительность жизни ожидается у людей, употреблявших инъекционные наркотики, с не белым цветом кожи и начавшим антиретровирусную терапию при более низком уровне CD4-клеток*(8).*

Рис.1

Ожидаемая продолжительность жизни 20-летнего человека, живущего с ВИЧ, в странах с высоким уровнем дохода в разные периоды времени



Источник:Доклад Целевой группы.ЮНЭЙДС,2014 г.

Почти нормальная продолжительность жизни людей, живущих с ВИЧ и получающих антиретровирусную терапию, отмечается не только в странах с высоким уровнем дохода, но и в странах с низким и средним уровнем доходов. Ожидаемая продолжительность жизни человека в возрасте 20 лет, живущего с ВИЧ в Уганде, после начала антиретровирусной терапии составит ещё 26 лет *(9)*.
В сельских районах Южной Африки ожидаемая продолжительность жизни для людей, живущих с ВИЧ, при раннем начале антиретровирусной терапии увеличилась до 60,5 лет в 2011 году, по сравнению с 49,2 лет в 2003 году, когда антиретровирусная терапия не была ещё доступна в системе общественного здравоохранения *(10)*. В Руанде ожидаемая продление жизни для людей в возрасте 20 лет, живущих с ВИЧ и получающих антиретровирусную терапию 1997–2007 годах, составила 20,4 дополнительных лет; эта цифра возросла до 25,6 дополнительных лет в 2008–2011 годах.
В разных странах средняя продолжительность жизни среди мужчин и женщин отличалась, причём женщины имели большую ожидаемую продолжительность жизни. Наибольшее продление жизни ожидалось у людей с количеством CD4-клетоквыше 200 клеток/мкл к началу лечения *(11)*.

Миллионы людей, живущих с ВИЧ, не имеют доступа к лечению ипомощи, людям, получающим лечениепри ВИЧ-инфекции также необходима поддержка. И хотя доступность антиретровирусной терапии привела к резкому снижению смертности от СПИДа и явномуулучшению здоровья, антиретровирусная терапия всё же не в состоянии полностью восстановить здоровье. Растёт смертность, не связанная со СПИДом,наблюдается более широкий, чем в прошлом,спектр осложнений. Важно отметить, что люди, живущие с ВИЧ, должны принимать антиретровирусную терапию всю оставшуюся жизнь, и для того, чтобы справится с этой сложнойзадачей, им необходима поддержка *(5)*.
На рисунках 2 и 3 показаны наиболее распространенные причины смертности среди людей, живущих с ВИЧ, в Европе,Австралии, США и Уганде.

Изучение динамики смертности от всех причин и от специфических причин с течением времени среди людей, живущих с ВИЧ, участвующих в когортных исследованиях и получавших лечение в Европе, США и Австралии, указывает на то, что смертность среди людей, получавших лечение от ВИЧ, снижалось, начиная с 1999-2000 годов и до 2009-2011 годов. Наиболее распространенными причинами летальных исходов были причины, связанные со СПИДом. За ними следовали «другие причины», такие как инвазивные бактерии, самоубийства и передозировка наркотиков. В категории смертности, связанной со СПИДом, и среди "других причин" отмечалось наибольшее снижение смертности. Увеличилась доля не связанных со СПИДом раковых заболеваний по сравнению с болезнями печени и сердечно-сосудистыми заболеваниями *(12)*.

В одном из немногих исследований,

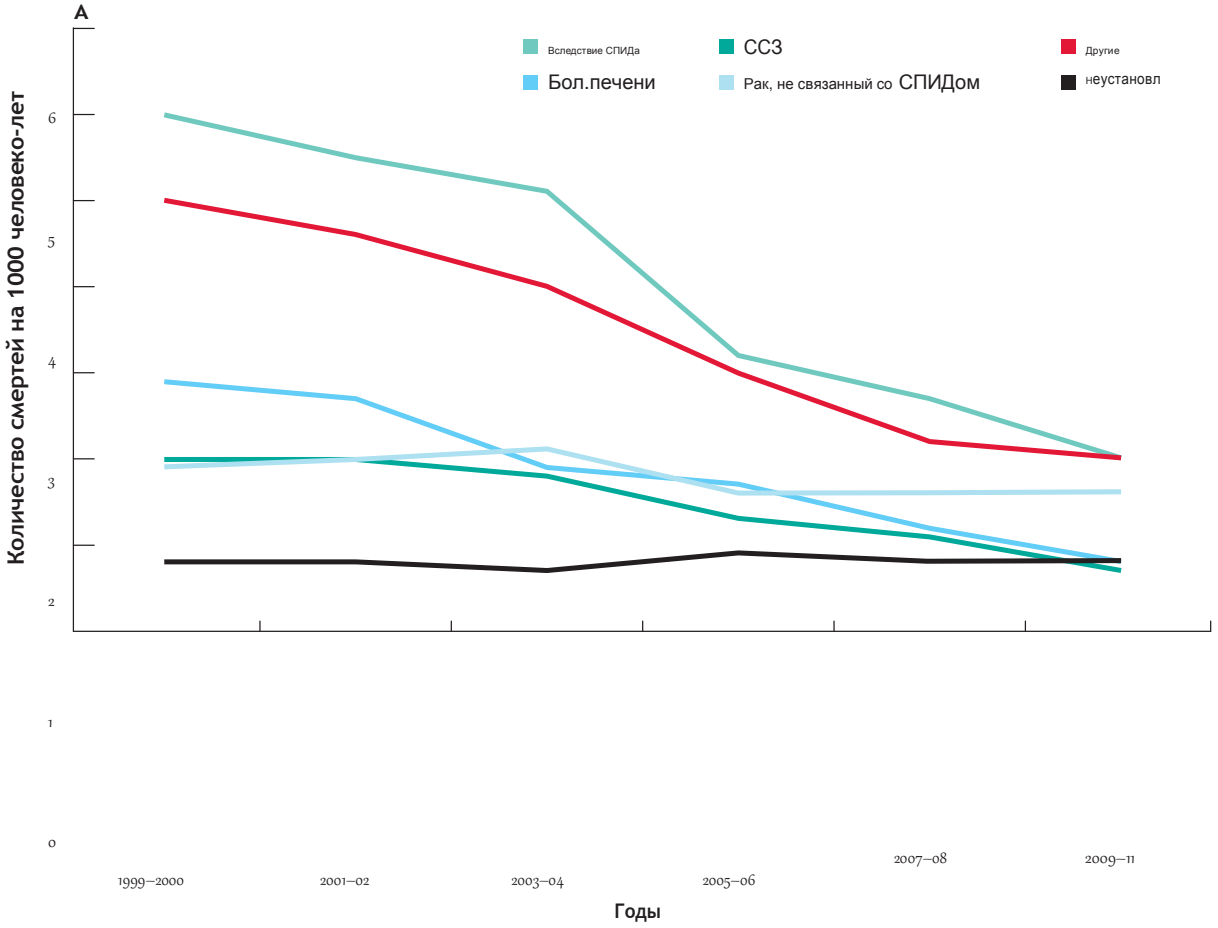
проведенных в странах с низким уровнем доходов, направленном на изучение причин смерти среди людей, живущих с ВИЧ, в период с 2002 по 2012 годы, уровень смертности среди людей, живущих с ВИЧ, с течением времени снижался (Рис. 3). Оценочный показатель смертности снизился с 21,86 случаев на 100 человеко-лет наблюдения в 2002 году до 1,75 случаев на 100 человеко-лет наблюдения в 2012 году.

Доля смертей от инфекционных заболеваний и злокачественных опухолей при СПИДе снизилась с 84% [74-90%] до 64% [53-74%]; доля смертей от хронических неинфекционных состояний, других неинфекционных состояний, а также сочетание инфекционных и неинфекционных состояний увеличилось. Тем не менее, инфекционные заболевания и СПИД-индикаторные злокачественные опухоли оставались основными причинами большинства смертей *(13).*

.

Рис. 2

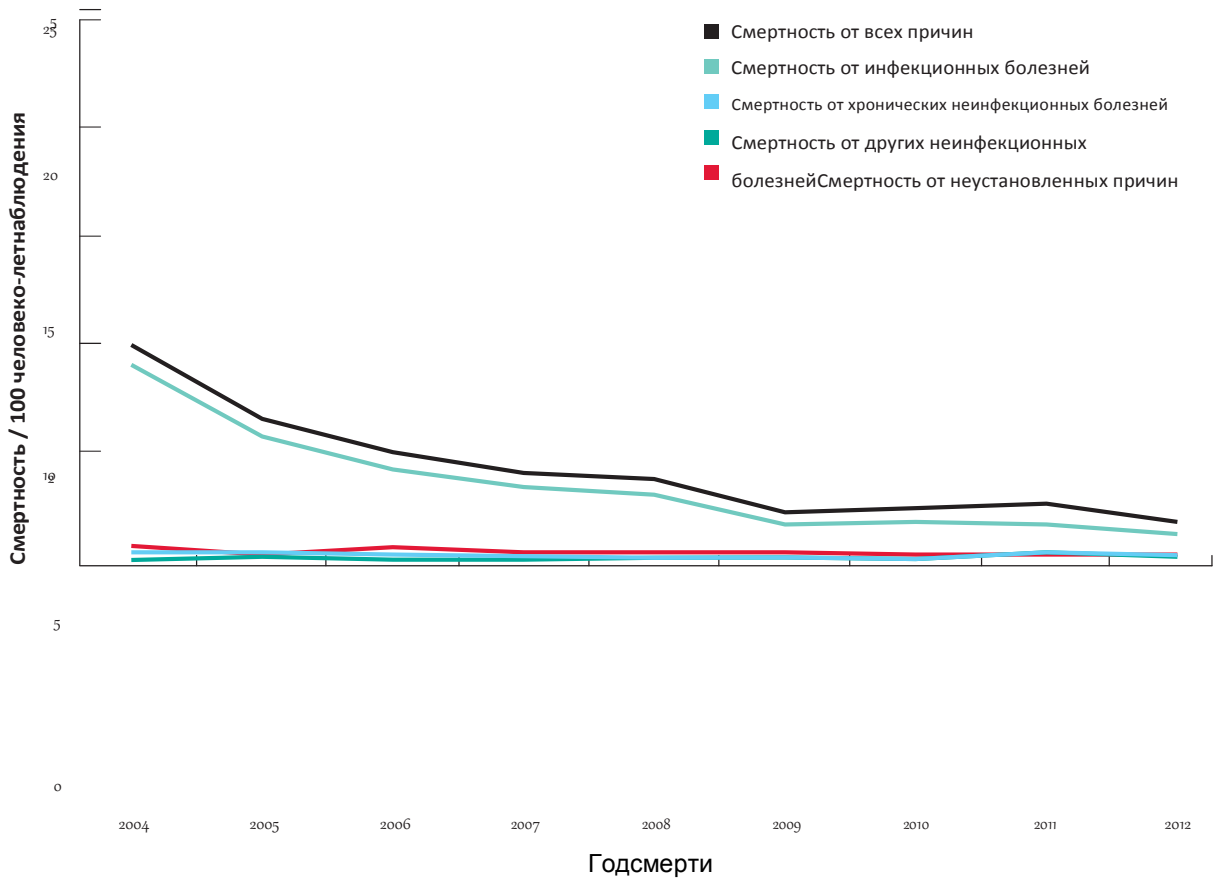
Динамикапричин смертностисреди людей, живущих с ВИЧ, в Европе, Австралии и Соединенных Штатов Америки, 1999-2012 гг.



Source: SmithCJ,RyomL,WeberR,MorlatP,PradierC, ReissP,etalТенденции основных причин смерти среди людей с ВИЧ (D: A: D): мультикогортноеисследование.Lancet.2014;384:241–248.

Рис. 3

Уровень смертности среди людей, живущих с ВИЧ, в Уганде в эпоху АРВТ, 2004–2013 гг.[1]



Источник:CoxJA,KiggunduD,ElpertL,MeintjesG,ColebundersR,AlamoS.Временной обзор причин смертности среди взрослых пациентов городской ВИЧ-клиники в Уганде: ретроспективный график. Журнал BMJOpen.2016;6:e008718.

[1]**Инфекционные заболевания:** ВИЧ, туберкулез, диарейные заболевания, инфекции дыхательных путей или респираторные заболевания, менингит, малярия, саркома Капоши, другие злокачественные новообразования, относящиеся к СПИД-индикаторным, инфекция неясной этиологии, другие заразные болезни.

Хронические неинфекционные заболевания: злокачественные новообразования, не относящиеся к СПИД-индикаторным, сердечно-сосудистые заболевания, цереброваскулярные нарушения, хронические респираторные заболевания, желудочные инфекции и заболевания печени, неврологические или психиатрические расстройства, сахарный диабет, хроническая почечная недостаточность, хронический алкоголизм.

Другие неинфекционные заболевания: состояния, связанные с беременностью; несчастные случаи, самоубийства, травмы, легочная эмболия, другие состояния.

В чём важность ухода и поддержки

“Важность ухода и поддержки заключается в следующем:

- *Содействие немедленному доступу к лечению после постановки диагноза ВИЧ-инфекция.*
- *Поддержка приверженности к лечению с целью подавления вирусной нагрузки у людей, живущих с ВИЧ, ради их собственного здоровья и предотвращения заражения ВИЧ-инфекцией других людей.*
- *Улучшение профилактики и лечения инфекций, ассоциированных с ВИЧ.*
- *Повышение устойчивости к проблемам, вызванным жизнью с ВИЧ.”*

Уход и поддержка являютсяважнейшимвидом нелекарственной клиническойпомощи, частью услуг по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции, а также неклинических услуг, которые, в сочетании с антиретровирусной терапией, ведут к снижению заболеваемости и смертности, обусловленные ВИЧ-инфекцией,а также способствуют улучшению благополучия людей, живущих с ВИЧ *(14)*.Важность ухода и поддержки заключается в следующем:

- Содействие немедленному доступу к лечению после постановки диагноза ВИЧ-инфекция.
- Поддержка приверженности к лечению с целью подавления вирусной нагрузки у людей, живущих с ВИЧ, ради их собственного здоровья и предотвращения заражения ВИЧ-инфекцией других людей.
- Улучшение профилактики и лечения инфекций, ассоциированных с ВИЧ.
- Повышение устойчивости к проблемам, вызванным жизнью с ВИЧ.

В Таблице 1 представлены различныеуслуги по уходу и поддержке, взятые из рамочного документа по уходу и поддержке PEPFAR*(14)*. Имеются доказательства, что услуги по уходу и поддержке, перечисленные в Таблице 1 в категории "общие", способствуют снижению заболеваемости и смертности среди людей, живущих с ВИЧ, а также приводят к улучшению их благополучия. Эти услуги, необходимые для всех людей, живущих с ВИЧ, включают в себя:

- установление связи с медицинскойпомощью для скорейшего начала антиретровирусной терапии лицам с недавно уставленным диагнозом ВИЧ-инфекция, а также последующего регулярного клинического и лабораторного наблюдения, а там, где это возможно, – определения количества CD4-лимфоцитов и уровня вирусной нагрузки.

- Скрининговоеобследование на активный туберкулез (ТБ) с направлением на диагностику и лечение в зависимости от обстоятельств.
- Профилактика котримоксазолом для людей, живущих с ВИЧ, если это предусмотрено национальными правилами.
- Основанные на фактах клинические и неклинические услуги, способствующие удержанию пациентов в сфере медицинской помощи и укрепляющие их приверженность к антиретровирусной терапии.

Эффективное консультирование и тестирование в сочетании с непрерывной антиретровирусной терапией для людей с недавно установленным диагнозом ВИЧ-инфекция, независимо от уровня CD4-клеток, предопределяютполучение доступа к уходу и поддержке.

Для людей с тяжелой или поздней стадии ВИЧ-инфекции (клиническая стадия 3 или 4 по классификации ВОЗ, а также взрослые с количеством CD4-лимфоцитов ниже 350 клеток/мкл), назначение антиретровирусной терапии должностатьприоритетной задачей.*(1)*.На последующих этапах важнейшими компонентами ухода и поддержки при ВИЧ-инфекции становятся услуги в области доступа и приверженности к лечению, сестринскийи паллиативный уход, предоставление доступа к социальнойпомощи, психосоциальной и психической поддержки, помощь в поисках надежного источника средств к существованию и обеспечению продовольственной безопасности *(15)*.

Таблица1

Услуги по уходу и поддержке[1]

Общие (универсальные)	▪ установление связи с медицинским учреждением для скорейшего начала антиретровирусной терапии лицам с недавно уставленным диагнозом ВИЧ-инфекция, и регулярного клинического и лабораторного наблюдения, включая мониторинг вирусной нагрузки; ▪ скрининг на туберкулёз; ▪ профилактика котримоксазолом; ▪ удержание пациентов в сфере медицинской помощи и укрепление приверженности к антиретровирусной терапии.
Специальные (контекстные)	▪ клинический уход; ▪ физический уход; ▪ социальная поддержка; ▪ купирование болевого и других синдромов, паллиативный уход; ▪ услуги в области психического здоровья и преодоления алкогольной и другой зависимости; ▪ оценка состояния питания, консультирование и поддержка по вопросам питания; ▪ юридическая поддержка.

[1]Услуги перечислены в произвольном порядке.

Все остальные услуги, которые не являются общими, являются контекстными и применяются с учётом специфики конкретных стран и групп населения. Они включают в себя: скрининг и лечение рака шейки матки у женщин, живущих с ВИЧ, особенно в районах высокой распространенностью – странах Африки южнее Сахары; доступ к услугам в области охраны психического здоровья и лечения зависимости от вредных веществ, в том числе алкоголя и табака; скрининг и лечение гепатита, особенно среди ключевых групп населения, живущих с ВИЧ; а также юридическая поддержка.

Поскольку географические районы с высокой заболеваемостью ВИЧ также характеризуются высокой распространенностью неинфекционных заболеваний (таких как диабет, рака, сердечно-сосудистые заболевания), отсутствием продовольственной безопасности и последствиями эндемичных инфекций (таких как малярия, туберкулез, диарея) *(16)*, необходимость многих контекстныхуслуг по уходу и поддержкепоявляется в зависимости от конкретной ситуации.

Меняющийся ландшафт требует динамичногореаги рования

"Изменение ландшафта эпидемии ВИЧ означает, что услуги по уходу и поддержке должны развиваться в направлении более целостного, скоординированного и комплексного подхода.Антиретровирусная терапия остаётся в основе лечения ВИЧ-инфекции, но уход и поддержка являются её неотъемлемой частью."

Комплексный и всесторонний уход и поддержка подход имеют большое значение для удовлетворения все более сложных потребностей людей, живущих с ВИЧ, и гарантировать, что их жизнь будет долгой, здоровой, полноценной и самостоятельной. Изменение ландшафта эпидемии ВИЧ (рис. 4) означает, что услуги поуходу и поддержке должны развиваться в направлении более целостного, скоординированного и комплексного подхода *(17).*
Антиретровирусная терапия остаётся в основе лечения ВИЧ-инфекции, но уход и поддержка являются её неотъемлемой частью. Уход и поддержка выходят за рамки лекарственных методовлечения и официальной системымедицинской помощи, что требует адаптации новых стратегий, учитывающихкомплексные и разносторонние потребности людей, живущих с ВИЧ.

Во времена до появления антиретровирусной терапии, основные проблемы были связаны с лечением вторичных заболеваний и ростом смертности среди людей, живущих с ВИЧ. Вируспоражал в основном молодых людей и детей в странах с высоким уровнем распространенности ВИЧ, что вело к низкой ожидаемой продолжительности жизни в этих группах. Ключевые группы населения, в том числе работники секс-бизнеса, мужчины, имеющих половые контакты с мужчинами, транссексуалы и люди, употребляющие инъекционные наркотики, оказались наиболее пострадавшимиот эпидемии во многих странах мира.

Теперь множество людей получают антиретровирусную терапию, меньше взрослых и детей заражаются ВИЧ-инфекцией. Тем не менее, девочки-подростки и молодые женщины в восточных и южных районах Африке, а также ключевые группы населения по-прежнему несут непропорционально тяжелое бремя ВИЧ-инфекции *(5).*

До появления антиретровирусной терапии системы здравоохранения во многих странах, особенно с низким и средним уровнем доходов, были неспособны справиться согромным количеством заболевших людей.

Рис.4

Развитие эпидемииВИЧ, профилактика и лечение с исторической перспективы

	Прошлое	Настоящее	Будущее
Иммунный статус людей, живущих с ВИЧ	Тяжелая иммунная недостаточность у больных, не получающих лечение Частично компенсированная иммунная недостаточность у получающих лечение пациентов СПИД-индикаторные заболевания и туберкулёз Интоксикация от принятия первых антиретровирусных препаратов	Частично восстановленная иммунная система при получении АРВТ Стойкие воспаления, препятствующие полному восстановлению здоровья Возрастающая важность осложнений, затрагивающих сердечно-сосудистую систему, печень, почки и когнитивные функции	Восстановленная иммунную функция благодаря раннему началу АРВТ Функциональное излечение некоторых пациентов Заболеваемость на уровне возрастной группы общего населения Нет повышенного риска туберкулеза
Модель ухода и поддержки	Стационарная помощь симптоматичным пациентам Уход на дому, паллиативная помощь и уход за больным в терминальной стадии	Помощь на базе клиники больниц Переход к каскаду комплекснойпомощи при ВИЧ-инфекции	Интегрированная модель помощи при ВИЧ-инфекции на основе местного центра ухода и поддержки, взаимодействующего со специализированной клиникой по излечению ВИЧ-инфекции Широкое применение технологий по месту лечения, уход и поддержка с информационным сопровождением Децентрализованный уход Регулярный мониторинг вирусной нагрузки
Эпидемиология ВИЧ-инфекции	Резкий рост количества новых случаев ВИЧ-инфекции Заболеваемость в основном среди молодых людей Несоразмерное бремя новых случаев инфицирования в группах высокого риска Ожидаемая продолжительность жизнь менее чем два года после появления СПИДа Небольшая доля людей, имеющих доступ к антиретровирусной терапии	Снижение новых случаев заболевания среди взрослого населения, привсё большем количество людей, живущих с ВИЧ Заболевание чаще встречается у людей среднего возраста. Сокращение доли детей, живущих с ВИЧ Несоразмерное тяжёлое бремя новых случаев ВИЧ-инфекции в группах высокого риска и серодискордантных парах Растущая доля людей, получающих АРВТ Продолжительность жизни людей, получающих лечение, измеряется десятилетиями	Небольшое число новых случаев ВИЧ-инфекции Искоренение ВИЧ-инфекции у детей Болезнь охватывает широкий возрастной спектр с растущей долей больных старшего и пожилого возраста Снижение риска развития туберкулеза

Источник:DeeksSG,LewinSR,HavlirDV. Конец СПИДа: ВИЧ-инфекция как хроническое заболевание.Lancet.2013;382:1525–1533.

Неотъемлемой частью противодействия эпидемии ВИЧ стали группы поддержки, предлагавшие широкий спектр услуг и направлявшие больных к специалистам по психосоциальной и первичной медицинской помощи, оценке питания и консультированию, а также правовой и экономической поддержке.

Новые данные показывают, что эти структуры сохраняют свою актуальность в улучшении здоровья и благополучия детей и взрослых, живущих с ВИЧ, а также тех, ктоимеет риск заражения ВИЧ или затронут эпидемией ВИЧ-инфекции *(18)*.

Потребности людей, живущих с ВИЧ, в уходе и поддержке

"Удовлетворение разнообразных потребностей людей, живущих с ВИЧ,имеет существенное значение для создания связи и удержания людей в сфере медицинской помощи.Инновационные стратегии тестирования на ВИЧ, включая тестирование на дому и внутри общины, самотестирование и постановка диагноза в пункте оказания помощи (в том числе у младенцев), в сочетании с помощью и поддержкой могут повысить показатели тестирования на ВИЧ и связь с лечением ВИЧ-инфекции."

УскоренноепредоставлениеАРВТ

Немедленное начало антиретровирусной терапии и ухода является критически важным для сохранения здоровья и жизни. Рекомендация ВОЗ предлагать антиретровирусную терапию всем людям, имеющим положительную реакцию на ВИЧ, независимо от количества CD4-клеток, мало что изменит, если люди с положительным результатом исследования на ВИЧ, не смогут немедленно начать антиретровирусную терапию.

Люди, живущие с ВИЧ, обратившиеся за медицинской помощью соСПИД-индикаторными заболеваниями, даже привысоком уровне CD4-клеток, как правило, реагируют на лечение хуже, чем люди, живущие с ВИЧ, не имеющие СПИД-индикаторных заболеваний. У больных с уровнемCD4-лимфоцитов менее 200 клеток/мклк началу АРВТ так же наблюдается тенденцияболее быстрого развития СПИДа или ранней смертностипо сравнению с людьми,имеющими болееустойчивый иммунный профиль *(1)*.

Скорейшее направление к специалисту, немедленное начало медицинской помощи и удержание на терапии, уход и поддержка имеют критическое значение для улучшения состояния здоровья и качества жизни людей, живущих с ВИЧ. Даже когда люди сами пришли на консультирование и тестирование, их не всегда удаётся прикрепить к медицинскому учреждению, предоставить помощь и лечение в связи с ВИЧ немедленно.

Связь с медицинской помощью при ВИЧ-инфекции можно определить как подтверждение диагноза ВИЧ-инфекция и первое посещение центра по лечению ВИЧ-инфекции *(19)*. Исследования, проведенные в Южной Африке, показывают, что временной разрыв между постановкой диагноза и

установлением связи с медицинской помощью может быть чрезвычайно длительным: по данным исследований 8,5–69% людей с диагнозом ВИЧ-инфекция появились в медицинском учреждении в течение 90-180 дней после постановки диагноза *(20-23).*

Продолжительность интервала между постановкой диагноза и установлением связи с медицинской помощью, а также между постановкой диагноза и началом антиретровирусной терапии имеет особое значение для младенцев и людей с низким уровнем CD4-клеток, так как задержка с началом лечения ведёт к повышенному риску появления вторичных заболеваний при ВИЧ-инфекции и смерти.

Модельный эксперимент с использованием данных по ЮАР показал, что задержка с началом антиретровирусной терапии на 70 дней приводит к оценочному увеличению смертности на 34% втечение 12 месяцев.Позднее начало антиретровирусной терапии не только отвращает людей, живущих с ВИЧ, начинатьлечение, но и ставит под угрозу здоровье других людей, которые начали антиретровирусную терапию *(24)*.

Есть много причин, по которым люди не устанавливают связь смедицинской помощью или прекращают её получение. В Таблице 2 приведены прогностические факторыпотери контакта с пациентами, а также барьеры для доступа к медицинской помощи на основе системного анализа факторов риска, барьеров и способствующих факторовдля получения антиретровирусной терапии.

Таблица2

Прогностические факторы потери контакта с пациентами и барьеров для доступа к медицинской помощи

Фактор		Прогностический фактор потери пациента	Барьер
Экономический	③ транспорт	Да	Да
	③ удалённость клиники	Д а	Да
	③ невозможность взять отгул для посещения		Да
	③ клиникинехватка еды		Да
Психосоциальный	③ стигма и боязньогласки		Да
	③ опасения токсичности препаратов		Да
	③ хорошее самочувствие		Да
Система здравоохранения	③ долгое ожидание в очереди		Да
	③ плохое медицинское		Да
	③ обслуживаниенехватка	Да	Да
	③ медицинского персоналанеудобные часы работы клиники		Да
медицинские	③ поздняя стадия иммунодефицита	Да	
	③ противотуберкулёзное лечениеилиТБ	Да	Да
	③ беременность	Да	
	③ острая недостаточностьпитания	Да	
другие	③ мужской пол	Да	
	③ молодой возраст	Да	
	③ низкий уровень образования	Да	

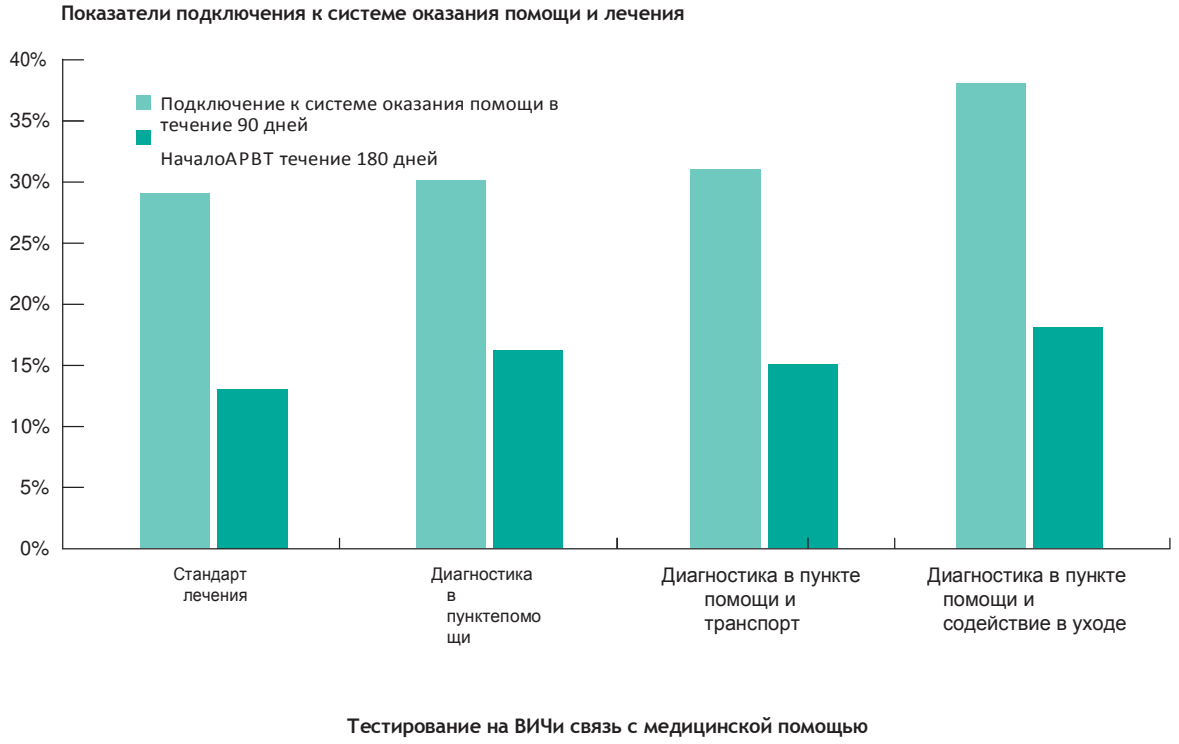
Источник:GovindasamyD,FordN,KranzerK.Факторыриска,барьерыи способствующие факторы для полученияДоступа к антиретровирусной терапии:системный обзор.AIDS.2012;26:2059–2067.

Удовлетворение разнообразных потребностей людей, живущих с ВИЧ, имеет существенное значение для создания связи и удержания людей в сфере медицинской помощи. Инновационные стратегии тестирования на ВИЧ, включая тестирование на дому и внутри общины, самотестирование и постановка диагноза в пункте оказания помощи (в том числе у младенцев), в сочетании с помощью и поддержкой могут повысить показатели тестирования на ВИЧ и связь с лечением ВИЧ-инфекции.

В Южной Африке связь с лечением ВИЧ-инфекции увеличилась на 40% после того, как людям, живущим с ВИЧ, были предложены услуги по диагностике в местных медицинских пунктах, а также помощь в преодолении личных барьеров, таких как страх стигмы в связи с ВИЧ-положительным статусом, страх раскрытия статуса и отсутствие уверенности в доступности лечению ВИЧ-инфекции, в отличие от стандартного консультирования и тестирования на ВИЧ (Рис. 5) *(25)*.

Рисунок5

Показатели подключения к системе оказания помощи в течение 90 дней и начала антиретровирусной терапии в течение 180 дней



Источник:HoffmannC,MabutoT,GinindzaS,FieldingKL,KubekaG,DowdyD,etal.Рандомизированное исследование по ускоренному предоставлению помощи и началу АРВТ при ВИЧ-инфекции вслед за постановкой диагноза. Тезисы 113LB. Представлен на конференции по ретровирусам и оппортунистическим инфекциям, Бостон,МА,22–25февраля2016 г.

В другом исследовании, проведенном в Южной Африке, людям, живущим с ВИЧ, предлагалось начинать антиретровирусную терапию в ходе одного посещения, что привело к увеличению перехода на антиретровирусную терапию на 36% и подавлению вирусной нагрузки на 26%.

Ускоренное начало антиретровирусной терапии сочетало использование сокращённых и ускоренных клинических процедур с применением технологий лабораторного тестирования в пункте оказания медицинской помощи. После проведения медицинского осмотра, обучения и консультирования люди, живущие с ВИЧ, смогли начать антиретровирусную терапию в тот же день. От предоставления информированного согласия на первой выдачи антиретровирусных препаратов потребовалось в среднем 2,4 часа [2,1–2,8 часа].

Этот временной интервал был короче для людей, живущих с ВИЧ, у которых уже имелись результаты исследований на количество CD4-клеток (в среднем 2,25 часа). Больше времени потребовалось для людей, которые нуждались в тестировании на туберкулёз – начало антиретровирусной терапии для них произошло в тот же день в среднем через 4,5 часа.

Стандартный порядок начала лечения происходил по графику, требующему от трех до пяти дополнительных визитов в течение периода от двух до четырех недель. Ускоренный подход к предоставлению АРВТ привёл к увеличению доли людей, живущих с ВИЧ, начавших антиретровирусную терапию в течение 90 дней, с 25% до 97%.Кроме того, 100% людей, живущих с ВИЧ, нуждавшихся в лечении туберкулеза, без задержки получили это лечение. В контрольной группе людей, живущих с ВИЧ, где назначение АРВТ проходило по стандартной схеме, оказалось больше прекративших лечение, что подчеркивает существенную необходимость консультирования по приверженности. В целом в группе быстрого начала АРВТ были получены лучшие клинические результаты (24).

Правильно проведенное послетестовое консультирование, группы поддержки людей, живущих с ВИЧ, и программы по расширению прав и возможностей и играют важную роль для создания связи людей, живущих с ВИЧ, с медицинской помощью и удержания их на лечении.

Привязка к услугам людей, живущих с ВИЧ, выдача им проездных билетов или возмещение транспортных расходов, предоставление свободного транспорта для доставки в клинику пациентов с назначениями – это важные подходы для экономии собственных расходов людей, живущих с ВИЧ, и способствующие сохранению их на лечении.

Использование мобильных клиник, оказывающих услуги антиретровирусные терапии, включая лабораторные исследования в пункте услуг, доставка на дом антиретровирусных препаратов укрепляют связь с медицинской помощью. Финансовые стимулы, возможности для служебного роста, усовершенствованные методы управления, признание личных заслуг и улучшение условий труда имеют решающее значение для сохранения медицинских работников в государственном секторе, поддержания их жизнедеятельности, а также удержания людей, живущих с ВИЧ, в сфере медицинской помощи (28).

Из-за нехватки персонала услуги могут оказаться недоступными или низкого качества. Плохое качество услуг и негативное отношение некоторых медицинских работников, особенно к подросткам и ключевым группам населения, могут отбить у них желание продолжать пользоваться услугами в связи с ВИЧ (26). Устранение негативного отношения, включая предрассудки, незнание и боязнь ВИЧ-инфекции у медицинских работников, в том числе врачей, медсестер и других сотрудников, путём просвещения, распространения информации, а также предоставления адекватных инструментов и расходных материалов для выполнения своей работы является необходимым условием для расширения доступа к медицинской помощи при ВИЧ и удержании пациентов на лечении (19).

Стратегия «СТАРТ-АРТ» привела к увеличению количество людей, получающих антиретровирусную терапию, в Уганде.В этой стране 80% людей, живущих с ВИЧ, участвующих в «Оптимизированной стратегии начала антиретровирусной терапии» («СТАРТ-АРТ») начали получать антиретровирусную терапию в течение 14 дней после постановки диагноза по сравнению с 38% людей, получающих лечение в рамках стандартной программы. Через 90 дней после постановки диагноза, 90% людей, включённых в «Стратегию» начали получать антиретровирусную терапию по сравнению с 70% людей, получивших терапию в рамках стандартной программы лечения.

Проект «СТАРТ-АРТ» был нацелен на изменение распространённого поведения работников здравоохранения с упором на знания, отношение и убеждения, определяющие поведение; с поддержкой положительных навыков и использованием материалов, способствующих привитию желаемой модели поведения, и поощрением ожидаемых последствий данной модели поведения.

Барьеры для начала антиретровирусной терапии включают: распространенное мнение о том, что отсрочка начала антиретровирусной терапии не причиняет вреда; предоставление результатов лабораторных исследований лишь на следующий день, что требует нескольких посещений клиники до назначения антиретровирусной терапии; стандартный порядок, вынуждающий совершить до трёх визитов для консультаций и до начала антиретровирусной терапии; требование найти «сторонников лечения».

Проект «СТАРТ-АРТ» включает обучение, в ходе которого разъяснялись клинические и поведенческие последствия, связанные с ожиданием предложения начать антиретровирусную терапию; обучающие визиты по клиническим вопросам; внедрение обновлённого подхода к консультированию, который смягчает жесткие требования к наличию «сторонников лечения» и делает акцент на том, что необходимо оценивать готовность людей, живущих с ВИЧ, начать антиретровирусную терапию вместо многочисленных шаблонных консультаций по приверженности к лечению. Новый подход также предусматривает применение оборудования в пункте помощи, позволяющее работникам здравоохранения получать результаты в режиме реального времени. Предложение начать антиретровирусную терапию остаётся на усмотрение врачей и медсестер в соответствии с условиями программы, что позиционирует данный подход как приемлемый и достаточно гибкий для использования в повседневной лечебной практике (27).

Клиническая помощь в отношении других заболеваний

Туберкулёз является наиболее частым сопутствующим заболеванием при ВИЧ-инфекции независимо от того, получают ли лечение люди, живущие с ВИЧ, или нет *(1).* Туберкулез остается ведущей причиной госпитализации и смертных исходов в стационаре среди взрослых и детей, живущих с ВИЧ. Из всех причин госпитализации детей, живущих с ВИЧ, 8% связано с туберкулёзом. Среди взрослых, живущих с ВИЧ, уровень госпитализации в связи с туберкулёзом составляет 10% во всех регионах, кроме Европы. Доля летальных исходов в стационаре от туберкулеза составляет 25% среди взрослых, живущих с ВИЧ, и 30% среди детей, живущих с ВИЧ *(29).* Почти половина (45,8%) случаев туберкулёза среди людей, живущих с ВИЧ, устанавливаются только после их смерти *(30).* Среди людей, живущих с ВИЧ, и инфицированных туберкулёзом с множественной или широкой лекарственной устойчивостью, летальность достигает 72–98% *(31).*

Рекомендации ВОЗ в отношениитуберкулеза с широкой лекарственной устойчивостьюзаключаются в ускоренной реализации стратегии "трехИ" в области профилактикии борьбы с туберкулезом:интенсивное выявление туберкулеза, профилактическое лечение изониазидом и инфекционный контроль – для всех клинических случаев туберкулеза с широкой лекарственной устойчивостью среди людей, живущих с ВИЧ *(1).* Эта стратегия сочетает антиретровирусную терапию и профилактическое лечение изониазидом для людей, живущих с ВИЧ. ВОЗ рекомендует, чтобы людям, живущим с ВИЧ в районах с высокойраспространённостью туберкулеза, и всем людям с латентной туберкулезной инфекцией,а также всемподверженным риску заболеваниятуберкулёзом независимо от места проживанияназначалось профилактическое лечение изониазидом и немедленное лечение антиретровируснымипрепаратами сразу же после постановки диагноза ВИЧ-инфекция.

Цитомегаловирус, криптококкоз, саркома Капоши, неходжкинскаялимфома, вирус папилломы человека, другие связанные с ВИЧ злокачественные опухоли и не связанные со СПИДом раковыезаболевания[1] также являются важными причинами смерти среди людей, живущих с ВИЧ *(12, 32).* Исследование, проведенное в США, показало рост заболеваемости саркомой Капоши и неходжкинскойлимфомой после начала антиретровирусной терапии. Показатели заболеваемости саркомойКапошивыросли с 55% в 1996–2001 годах до 76% в течение 2007–2011 гг. Этот рост происходилс увеличением количества людей, получающих эффективную антиретровирусную терапию, имеющих более высокий уровень CD4-клеток и подавленную вирусную нагрузку, а не с общим повышением риска развития рака в подгруппах. Доля людей, получавших антиретровирусную терапию и имевших диагнознеходжкинскаялимфома, осталась высокой и стабильной – 83% *(33).*

Крайне важно, чтобы люди, живущие с ВИЧ, и медицинские работники знали, что люди, живущие с ВИЧ и получающие эффективную антиретровирусную терапию, имеющие высокий уровень CD4-лимфоцитов и достигшие подавления вирусной нагрузки, всё ещё подвержены риску возникновения саркомы Капоши, неходжкинскойлимфомы и других раковых заболеваний, и что необходимо принятие соответствующих мер для снижения этого риска.

Для женщин, живущих с ВИЧ, риск предраковых заболеваний и инвазивного рака шейки матки особенно высок при ослабленном иммунитете. Женщины, живущие с ВИЧ, остаются в группе риска, даже

[1]Не связанные со СПИДом раковые заболевания включают: рак легких, рак простаты, анальный рак, рак головы и шеи, лимфомаХоджкина, первичный рака печени (за исключением онкологических заболеваний, связанных с гепатитом), желудочно-кишечные рак, рак молочной железы, рак матки, яичка рак, рак полового члена, рак мочевого пузыря, рак почки, первичные опухоли костей (за исключением неходжкинскойлимфомы), первичные опухоли неизвестной этиологии и острый или хронический лейкоз *(12).*

если они получают доступ к антиретровирусной терапии и живут дольше. Для них необходимо организовать своевременный скрининг и лечение предраковых состояний.

Хотя можно было бы ожидать, что скрининг и своевременное лечение приведут к уменьшению показателей распространенности предраковых заболеваний и рака шейки матки среди женщин, живущих с ВИЧ, требуются дополнительные данные для подтверждения пользы этих вмешательств *(34, 35).*

Люди, живущие с ВИЧ, независимо от лечения ВИЧ-инфекции, подвержены повышенному риску развития ряда неинфекционных заболеваний, в том числе сердечно-сосудистых заболеваний, диабета и хронических легочных заболеваний *(1).* При отсутствии прямой связи с ВИЧ, сердечно-сосудистые заболевания, в частности инфаркт миокарда, инсульт и сердечная недостаточность продолжают оставаться в числе ведущих причин смерти среди людей, живущих с ВИЧ. Для всех людей, живущих с ВИЧ, ВОЗ рекомендует изменение образа жизни с целью снижения риска сердечно-сосудистых заболеваний путем устранения таких факторов, как гипертония, курение, ожирение, неправильное питание и отсутствие физических упражнений *(1).*

Независимо от того получают ли АРВТ люди, живущие с ВИЧ, или нет, они подвержены повышенному риску заражения малярией и такими инфекциями, как пневмония, грипп, менингит и сепсис, особенно, если они живут в плохих санитарных и экономических условиях.

Люди, живущие с ВИЧ, в том числе дети, имеют более высокие показатели заболеваемости клинической малярией, причём смертность выше среди людей с продвинутой стадией подавления иммунитета. Беременные женщины, живущие с ВИЧ и инфицированные малярией, имеют повышенный риск неблагоприятного исхода родов и других осложнений (36).

ВОЗ рекомендует людям, живущим с ВИЧ, принимать котримоксазол для улучшения состояние здоровья и снижения смертности, связанной с рядом общих сопутствующих заболеваний *(1).*

В тех районах, где широко распространены малярия или тяжелые бактериальные инфекции, людям, в том числе беременным женщинам,живущим с ВИЧ, рекомендована профилактика котримоксазолом независимо от уровня CD4-клеток. Профилактика котримоксазолом может быть эффективной в предотвращении нескольких сопутствующих ВИЧ-инфекции заболеваний, среди которых туберкулез, бактериальная и пневмоцистная пневмонии. Дополнительные преимущества котримоксазоласвязаны с профилактикой малярии и тяжелых бактериальных инфекций среди взрослых и детей, живущих с ВИЧ *(1).*Профилактика котримоксазолом рекомендуется следующим категориям людей, живущих в условиях ограниченных ресурсов:

- младенцы и дети, которые подвергшиеся риску заражения ВИЧ;
- люди, живущие с ВИЧ, в том числе подростки;
- люди, живущие с ВИЧ, с пневмоцистной пневмонией в анамнезе.

Физический уход и поддержка

Физический уход осуществляется преимущественно работниками, ухаживающие за пациентами в общинах, и волонтерами, большинство из которых женщины, живущие с ВИЧ *(37).* Услуги по физическому уходу предоставляются на дому, в общинах и медицинских учреждениях. Физический уход включает в себя:

- помощь со стиркой и элементарной гигиеной;
- помощь в передвижении;
- лечение язв и порезов;
- доставка антиретровирусных препаратов и помощь в приёме основных лекарственных средств;
- направление в центр медицинской помощи или другое учреждение, оказывающее услуги по уходу и поддержке (15).

Плохие экономические и антисанитарные условия могут приводить к заражению людей, живущих с ВИЧ, бактериальными заболеваниями и болезнями, передающимися через воду.

Даже при приёме антиретровирусной терапии люди, живущие с ВИЧ, тяжелее болеют диареей, чаще госпитализируются и умирают от патогенов, передающихся через воду, по сравнению с ВИЧ-отрицательными людьми. Бытовая очистка воды и безопасное хранение, санитарные меры и личной гигиена доказали свою эффективность в снижении риска диарейных заболеваний среди людей, живущих с ВИЧ. Диарейные заболевания у людей, живущих с ВИЧ, могут ухудшать абсорбцию антиретровирусных препаратов, снижая этим эффективность антиретровирусной терапии.

Рандомизированное контролируемое исследование в Уганде показало, что программы обработки воды в домашних условиях и ее безопасное хранения приводит к снижению эпизодов диареи на 25%; среди людей, живущих с ВИЧ, было достигнуто снижение случаев диареи на 67% при проведении этих мероприятий в сочетании с приемом котримоксазола.Кроме того, среди людей, живущих с ВИЧ, которые получали данную услугу, было отмечено снижение вирусной нагрузки на 44%по сравнению с людьми, живущими с ВИЧ, которые не получали эту услугу, что подчеркивает важность строгого соблюдения санитарных мер и правил гигиеныпри оказании помощи людям, живущим с ВИЧ (38).

Другие важнейшие потребности в физической помощи заключаются в доступности пунктов выдачи антиретровирусных препаратов, наличие надлежащей информации о схемах антиретровирусной терапии и связанных с ними побочных эффектах, бесперебойное снабжение антиретровирусными препаратами (15), а также информацию о программах «Хорошее здоровье, достоинство и профилактика», и использовании презервативов.

Поскольку многие услуги по уходу и поддержке не всегда могут быть предоставлены одной службой и в одном месте, для физического ухода также привлекаются «рефералы», т.е. люди, помогающие с получением услуг по месту жительства и за его пределами. Помощь с получением проездных документов, доступ к страхованию, связь со специалистами по охране психического здоровья, помощь с жильём и продовольствием также являются частью работы «активных рефералов»*(28).*

«Активные рефералы» более доступны,чем«пассивные рефералы», и поэтому люди, живущие с ВИЧ, медицинские работники и другиеорганизации, предоставляющие помощь, предпочитают работать с«активными рефералами». Люди, живущие с ВИЧ, особенно молодежь, женщины и бездомные получают в лице «активного реферала» специальногокуратора, который помогает планироватьвизиты к специалистам, делает напоминания, помогает прийти куда надо и записаться наполучение помощи.

Работа «пассивного реферала», с другой стороны, включает обеспечение человека литературой о ВИЧ-инфекции,предоставление номера телефона ВИЧ-центра, напоминание человеку, что он должен записаться на приём.Эта деятельность выполняется без прямой помощи со стороны консультирующего работника, руководителя пункта, где проводится тестирование, или куратора, предоставляющего доступ к медицинской помощи. Для оказания эффективной физической помощи необходимо настойчиво стремитьсяк созданию системы комплексного ухода и поддержки, которая бы включала разныхспециалистов-профессионалов, мотивированных и надлежащим образом оплачиваемых медицинских работников и теми, кто в общинах ухаживает за больными людьми, в том числе домашняя прислуга, обеспечивающая физическийуход. Эти кадры должны быть обучены комплексному уходу и поддержкепри ВИЧ-инфекции.Им необходимы чёткое руководство и мотивация, что осуществимо путем их аккредитацииприофициальных структурах медико-санитарной помощи сдолжным стимулированием и перспективами служебного роста.

Социальная поддержка

Удержание в сфере медицинской помощи и приверженность антиретровирусной терапии могут представлятьсобой серьёзную социальную, экономическую и психологическую проблему. Новые данные показывают, что социальная поддержка может улучшить приверженность антиретровирусной терапии, профилактику передачи ВИЧ от матери ребёнку и качество жизни людей, живущих с ВИЧ. Основнымикомпонентами социальной поддержки являются:

- меры по улучшению материального положения;
- предоставление продуктов питания;
- родительский контроль над детьми и подростками;
- эмоциональная поддержка.
- психосоциальное консультирование или сетевая поддержка.

Группы поддержки людей, живущих с ВИЧ, часто становятся главным форумом по социальной поддержке людей, живущих с ВИЧ. Эти группы формируются с целью обмена опытом, поощрения раскрытия статуса, снижения стигмы и дискриминации, повышения самооценки, улучшения навыков психологической адаптации и психосоциального функционирования, а также поддержки приверженности лечению и удержанию в сфере медицинской помощи при ВИЧ-инфекции. Группы поддержки могут заниматьсяраспределением продуктов питания илидеятельностью, приносящей доход; они могут

подсказать,где можно получить какие-либо услуги. Они могут заниматьсяадвокационной деятельностьюв сферепроблем, влияющихна благополучие людей, живущих с ВИЧ, таких какдефицит лекарственных препаратов или снижение стигмы и дискриминации.

Группы поддержки также участвуют в программахв сфере охраны психического здоровья, направленных, в том числе, наснижение зависимости от алкоголя и других веществ. Группы поддержки, как правило, создаются по инициативе и при поддержке гражданского общества – неправительственными или общинными организациями, и могут проводить собрания в медицинских учреждениях или в общине.Данные свидетельствуют о положительном влиянии социальной поддержки, в том числе групп поддержки, на матерей, живущих с ВИЧ, и их детей благодаря участию в профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку и предоставлению услуг в связи с ВИЧ матерям и младенцам. Участие в женских группах поддержки ассоциируется с сокращением перинатальной и материнской смертности *(39).*

Психосоциальная поддержка может повышать приверженность к лечению (измеряется степенью подавления вируса) и способствовать удержаниюна антиретровирусной терапии *(40, 41)*.Наставничество по модели «мать-матери»ведёт к лучшим показателям ростаи веса детей, живущим с ВИЧ, приверженности к младенческой антиретровирусной терапии, исключительно грудному вскармливанию*(42, 43).*Новые данные в отношении подростков, живущих с ВИЧ, показывают, что участие в группе поддержки и родительский контроль ведут к снижениюнарушенийподростками врачебных назначений (с 54% до 27%), уменьшению вирусной нагрузки и количества оппортунистических инфекций среди подростков, живущих с ВИЧ.Данное исследование также показало, что предоставление терапии в сочетании спитанием как минимум два раза в день («наличные плюс помощь») ещё более снижает количество случаевнесоблюдения режима лечения– до 18% *(44*).

На Рисунке 6 показано снижение количества случаев прерывания антиретровирусной терапии за счет сочетания услуг по уходу и поддержке. Более половины (54%) подростков, живущих с ВИЧ в Южной Африке, не получавших социальной защиты, ухода и поддержки, не соблюдают предписаний по лечению ВИЧ-инфекции.Участие в группе поддержки людей, живущих с ВИЧ, двухразовое питание, родительскийнадзорза подростками– каждый из этих факторов по отдельности сокращали долю ВИЧ-положительныхподростков, прервавших лечение ВИЧ-инфекции. Долю подростков, не соблюдавших режим лечения ВИЧ-инфекции, удалось сократить до 18%, предоставив подросткам, живущие с ВИЧ, комплекс услуг по уходу и поддержке, включая как минимум двухразовое питание, участие в группе поддержки и родительский присмотр, что указывает на важность социальной поддержки для улучшения приверженности терапии при ВИЧ-инфекции. В данном случае, социальная поддержка заключалась в организации двухразового питания, участии в группе поддержки и контроле со стороны родителей.

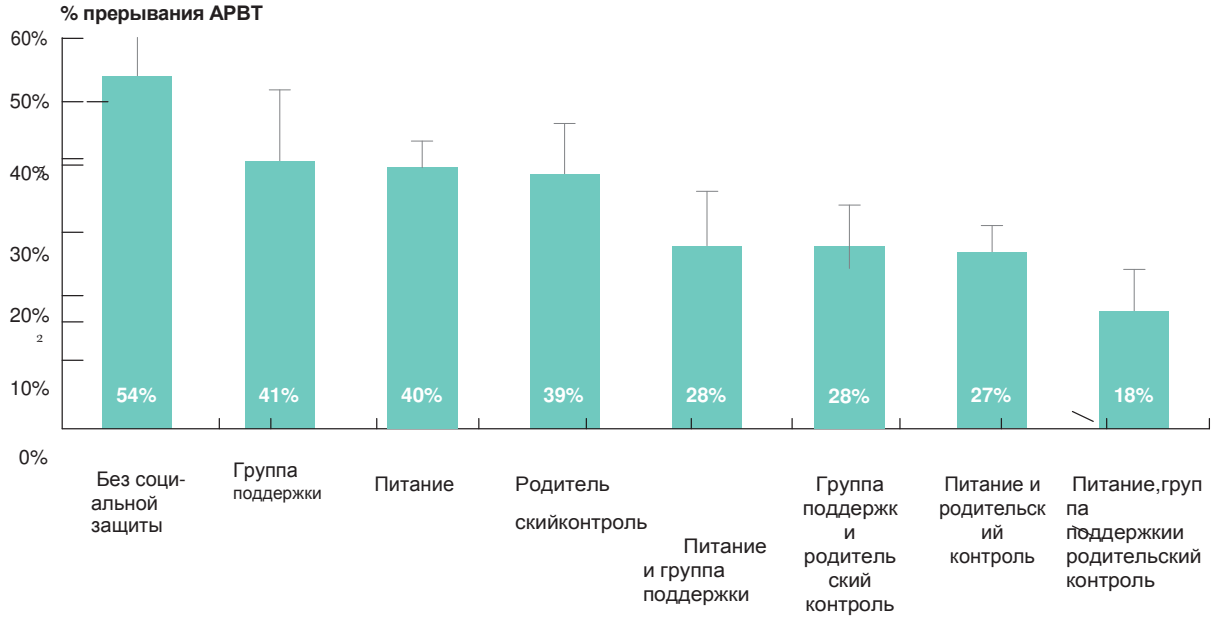
Так как не все люди, живущие с ВИЧ, нуждаются или хотят участвовать в группах поддержки, а общественные и медицинские учреждения не в состоянии вместить всех людей, живущих с ВИЧ, желающих участвовать в группах поддержки, полезность групп поддержки может быть максимально увеличена, если формироватьих по принадлежности к определённым группам населения, таких как мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами, беременные женщины, подростки или серодискордантныепары.Группам поддержки требуется местодля собраний, расположенное вне переполненных медицинских учреждений; они может также потребоватьсярасходы на телефонную связь, транспорт, и легкие угощения во время заседаний (45). Для повышения эффективности работы этих групп необходимо обучать их членов организационным навыкам, в том числе эффективномуменеджменту групп поддержки.

Лечениеболевогосиндрома

Для людей, живущих с ВИЧ, боль остается основным симптомом заболевания, который часто не удаётся должным образом купировать, независимо от получения терапии*(1).* Боль может быть следствием подавления иммунитета, ассоциированного с ВИЧ-инфекцией, или оппортунистических заболеваний, связанных с ВИЧ, или не иметь явного происхождения. Боль может поражать любую часть организма.Другими факторами, ассоциированными с повышенным риском боли у людей, живущих с ВИЧ, могут быть депрессия, беспокойство, отсутствие социальной поддержки и низкий уровень образования. Употребление инъекционных наркотиков, женский пол,афро-американское происхождениетакже связаны с повышенным риском развития боли у людей, живущих с ВИЧ, в развитых странах *(46).*

Рисунок6.

Показатели прерывания АРВТ подросткамиза последнюю неделю с учётом продовольственной безопасности,группы поддержкии родительского контроля(предельное воздействиесопутствующих социально-демографических факторов)



Источник:CluverL,ToskaE,OrkinFM,MeinckF,YakubovichA ,SherrL.Достижение справедливости в результатах лечения при ВИЧ-инфекции: может ли социальная защита улучшить приверженность АРВТ у подростков в Южной Африке? Уход при СПИДе.28(доп.2):73–82.

На протяжении всех стадиях заболевания люди, живущие с ВИЧ, могут испытывать боль и дискомфорт *(1).* Они могут испытывать два или три различных вида боли в любой момент времени. Виды и уровни боли индивидуальны и зависят от стадии ВИЧ-инфекции.Исследование, проведенное в амбулаторном центре ВИЧ в Великобритании,установило, что на ранних стадиях болезни около 30% людей, живущих с ВИЧ, с количествомCD4-лимфоцитов >500 клеток/мклиспытывают боль, в то время как среди людей с количествомCD4-лимфоцитов <200 клеток/мкли с диагнозом СПИДбольиспытывают75% пациентов.Почти все люди в продвинутой стадии ВИЧ-инфекции испытывают боль *(1, 47).* Боль может отрицательно сказываться на функциональной способности и качестве жизни, а также препятствовать доступу к лечению ВИЧ-инфекции и приверженности.Крайне важно, чтобы медицинские работники и люди, живущие с ВИЧ, прошли обучение по купированию боли, а соответствующие обезболивающие средства были доступны. Должна существовать психосоциальная помощь, организованная в приемлемой и доступной для нуждающихся в ней людей форме.

Депрессия у людей, живущих с ВИЧ

Хроническая депрессия широко распространена среди людей, живущих с ВИЧ. Депрессии подвержены от 18% до 81%людей, живущих с ВИЧ, в зависимости от метода исследования и изучаемой группы населения.

Женщины, живущие с ВИЧ, в четыре раза чаще испытывают депрессивные симптомы, чем женщины того же возраста, не имеющие ВИЧ (19,4% против 4,8%).Депрессия может возникнуть как осложнение ВИЧ-инфекции или в результате её последствий, таких как стигма, дискриминация или социальная изоляция, оставаясьне выявленной и запущенной среди людей, живущих с ВИЧ *(48).* Конкретные группы людей, живущие с ВИЧ, сталкиваются с дополнительными факторами риска в отношении депрессии, в том числе:

- женщины, живущие с ВИЧ, особенно в дородовой и послеродовой периоды, чувствующие материнскую вину, страх инфицирования ребенка, стигму, не имеющие достаточных социальных связей, испытывающие бедность и трудности межличностных отношений;
- подростки, живущих с ВИЧ, в четыре раза чащевпадают в депрессию по сравнению со своими сверст-никами, не имеющим ВИЧ; высокий уровень депрессии тесно ассоциирован с неудачей лечения (*49, 50);*
- ключевые группы населения, включая людей, употребляющих наркотики, у которых риск развития депрессии особенно высок *(34).*

Среди людей, живущих с ВИЧ, могут также наблюдаться непропорционально высокие показатели психических расстройств, злоупотребления алкоголя, тревог, приступов паники, наркотической зависимости и употребления психоактивных веществ по сравнению с общим населением.Это может быть отчасти связано с инфицированием ВИЧ, получением лечениях связи с ВИЧ-инфекцией, а также социально-экономическими условиями, которые являются результатом воспринимаемого или реальногозаражения ВИЧ-инфекцией илисвязанных с ВИЧ заболеваний, негативной эмоциональной реакцией на диагноз ВИЧ-инфекция из-за стигмы, связанной с ВИЧ, а также пагубноговлияния алкоголя и других веществ *(51*).

Депрессия может оказывать негативное влияние на здоровье и качество жизни людей, живущих с ВИЧ, а такжевести к повышенной смертности в связис нарушением доступа к лечению ВИЧ-инфекции и снижением приверженности *(51).* Тяжесть депрессии ассоциируется с более быстрым снижением уровня CD4-клеток и повышением частоты летальных исходов. Людям, живущим с ВИЧи имеющим депрессию, требуется в два раза больше времени для подавления вируса, чем людям, живущим с ВИЧ, не имеющим депрессии *(52).* Депрессия может также вести кболее рискованному сексуальному поведению*(53).*

Для профилактики и лечения хронической депрессии у людей, живущих с ВИЧ *(48)* и в ключевых группах населения необходимы терапевтические, в том числе психологические, психотропные, психосоциальные вмешательства, а также физиотерапия.

Диагностика и лечение депрессии являются неотъемлемой частью помощи при ВИЧ-инфекции (54).Диагностика и лечение депрессии имеет существенное значение для укрепления связи с системой медицинской помощи и удержанием на терапии.

Услуги по диагностики и лечению депрессии и психических заболеваний с помощью различных терапевтических программ, в том числе психотерапии, когнитивно-поведенческой терапии, психиатрической оценки, а также направление в другие медицинские и социальные службы необходимы для улучшения доступа к лечению и удержания людей, живущих с ВИЧ, в рамках существующей системы помощи.

Организация питания и предоставление продовольствия

Услуги в области питания играют важную роль в лечении ВИЧ-инфекции. Правильное питание – это необходимое условие для поддержания иммунной системы, лечения сопутствующих инфекций, повышения эффективности лечения ВИЧ-инфекции, поддержки здорового уровня физической активности и поддержки оптимального качество жизни *(1)*.Программы предоставления питания и продовольствия способствуют предотвращению смертельных исходов, обусловленных СПИДом. Люди, живущие с ВИЧ, и страдающие от недоедания на момент начала антиретровирусной терапии,имеют в два-шесть раз больше шансов умереть в течение первых шести месяцев лечения, чем у людей, живущих с ВИЧ, которые не страдают от недостаточности питания *(55).*

Увязкапитания с профилактикой ВИЧ-инфекции и программами лечения туберкулеза является мощным стимулом для доступа к услугам в связи ВИЧ. В Южной Африке девочки-подростки, получавшие наличные деньги или талонна питание, на 50% реже вступали вкоммерческий секс, чем девочки-подростки, которые не получали наличные деньги или талон напитание*(56).*Продуктовый талон стоимостью 5 долл. США увеличивалдолю согласившихся тестироваться на ВИЧ дома на 29%.Эффект продуктового стимула сохранялся ещё год после завершения программы. Люди, получавшиепродовольственные талоны, продолжали давать согласие тестироваться на ВИЧ на домудаже через год после получения талона по сравнению с людьми, которые не получали талон, что указывает на долгосрочнуюсвязьпродовольственного стимула сболее широким охватом консультированиеми тестированиемна ВИЧ *(57)*.Эффективность антиретровирусной терапии значительно возрастает при хорошем питании пациента *(58).* Люди, живущие с ВИЧ, нуждаются как минимум в совете по оптимальному питанию, а в условиях ограниченных ресурсов им может потребоваться доступ к дополнительной социальной защите, в том числе программам продовольственной безопасности.

В Южной Африке подростки,получавшие лечение ВИЧ-инфекциив условиях продовольственной безопасности,имели лучшуюприверженность к лечению ВИЧ-инфекции (на 61%), чемихсверстники, испытывавшиепродовольственнуюнезащищённость*(59).*

У людей, живущих с ВИЧ и страдающих от недоедания, антиретровирусная терапия приводит к восстановлению первоначального веса, однако многие люди, живущие с ВИЧ и принимающие антиретровирусную терапию, продолжают набирать вес,веря в то, что быть полнее – значит быть здоровее.В дальнейшем ожирение может привести к повышенному риску развития сердечно-сосудистых заболеваний, инсульта и диабета (16).Консультационная поддержкапо оценке питания– как ряд услуг по корректировке недостаточного или избыточного питания– играет важную роль для помощи и лечения людей, живущих с ВИЧ. Консультанты по оценке питания поддерживают людей, живущих с ВИЧ, с тем, чтобы они могли выбирать себе диету и образ жизни для наилучшей переносимости и приверженностилечению, восстановления иммунитета и здоровья, а также предотвращения раннего начала неинфекционных заболеваний. Люди, живущие с ВИЧ, могут также нуждаться в поддержке в виде питательной пищи и дополнительных средств к существованию *(60).*

Стигма и дискриминация

Стигма и дискриминация являются одним из главных барьеров на пути к услугам в связи с ВИЧ. Стигма и дискриминация подрывают усилия по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции из-за боязни людей обращаться к услугам в области ВИЧ или сохранять им приверженность, а также отбивают желание людей, живущих с ВИЧ, раскрывать свой статус членам семьи и сексуальным партнерам.

Эти механизмы особенно заметны в условиях крайней нищеты, где широко распространены барьеры на пути к лечению,а социальные связи необходимы для выживания *(61).* В разных культурах общие причины стигмы и дискриминации и их проявления в значительной степени сходны.Они включают в себя *(62):*

- недостаточная информированность о стигматизации и её вредных последствиях;
- иррациональные страхи и отсутствие достаточных знаний о ВИЧ-инфекции;
- социальные суждения, предрассудки и стереотипы в отношении людей, живущих с ВИЧ, и ключевых групп населения;
- отсутствие законов и политики по преодолению стигмы и дискриминации.

Люди, живущие с ВИЧ, и члены их общин, могут нуждаться в помощидля решения проблемы стигмы и

дискриминации, связанных с ВИЧ. Они можетпотребоваться поддержкадля получения доступа к ряду услуг по преодолению стигмы, в том числе информационно-обоснованный подход, который включал бы в себя письменную информацию о фактах и мифах о ВИЧ-инфекции, программахпо развитию навыков для снижения негативного отношения к ВИЧ, консультированию в связи с ВИЧ, включая группы поддержки людей, живущих с ВИЧ, и способствованию установлению контактов между людьми, живущими с ВИЧ, и общественностью для устранения негативного отношения в связи с ВИЧ *(63).*

Влияние ухода и поддержки на время начала АРВТ и доконтактную профилактику ВИЧ

“Доконтактная профилактика и антиретровирусная терапия должны сопровождаться комплексным уходом и поддержкой, включая поддержку приверженности, консультирование и тестирование, юридическую, социальную и экономическую поддержку, охрану психического здоровья и эмоциональную поддержку, а также доступ к противозачаточным средствам и медицинской помощи.”

Сводноеруководство ВОЗ по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции 2016 года*(1)* рекомендует немедленное начало антиретровирусной терапии для всех, живущих с ВИЧ, независимо от количестваCD4-лимфоцитов.Люди с клиническими стадиями III или IV ВИЧ-инфекции или количествомCD4-лимфоцитов ниже 350 клеток/мклдолжны быть приоритетной группой для начала антиретровирусной терапии. Беременные и кормящие женщины, живущие с ВИЧ, должны начинать антиретровирусную терапию независимо от их уровня CD4-лимфоцитов и продолжать антиретровирусную терапиюна протяжении всей жизни; для этих женщин, Вариант B+ становится нормой. Дети и подростки, живущие с ВИЧ, должны начинать антиретровирусную терапию независимо от количества CD4-клеток.

Для групп населения, подверженных существенному риску инфицирования ВИЧ, которымсчитаютсягруппы населения с заболеваемостью ВИЧ-инфекцией 3%, и которые могут включать серодискордантные пары и ключевые группы населения, ВОЗ рекомендует доконтактную профилактику в качестве дополнительной меры профилактики ВИЧ-инфекции наряду с использованием комбинированных профилактических услуг, такимикак презервативы и лубриканты, снижение вреда, консультирование и тестирование на ВИЧ, а также связь с антиретровирусной терапией.

Руководство ВОЗ 2016 года рекомендует: доконтактная профилактика и антиретровирусная терапия должны сопровождаться комплексным уходом и поддержкой, включая поддержку приверженности, консультирование и тестирование, юридическую, социальную и экономическую поддержку, охрану психического здоровья и эмоциональную поддержку, а также доступ к противозачаточным средствам и медицинской помощи.

Люди, живущие с ВИЧ, могут быть разделены на четыре широкие категории по их отношению к доступу к лечению и удержанию на лечении:

- Рано начавшие лечение: люди, впервые ставшие получать лечение ВИЧ-инфекции, с хорошим состоянием здоровья и высоким числом CD4-лимфоцитов.
- Стабильные: люди, получающие лечение ВИЧ-инфекции в течение, по крайней мере, одного года без каких-либо побочных эффектов, требующих регулярного мониторинга; помимо ВИЧ у них нет никаких болезней, они не беременны, не кормят грудью и имеют хорошее представление о пожизненным лечении ВИЧ-инфекции.
- Поздно обратившиеся за помощью: люди, живущие с ВИЧ, получившие доступ к лечению на прогрессирующей стадии ВИЧ-инфекции, с числом CD4-лимфоцитов ниже 200 клеток/мкл.
- Лечебная неудача: люди, получающие лечение ВИЧ-инфекции, но не чувствующие себя хорошо. Могут иметь одно или несколько заболеваний, испытывать побочные реакции на приём препаратов и, возможно, нуждаться в тщательном мониторинге *(1)*.

В Таблице 3 представлены эти категории людей, живущие с ВИЧ, дифференцированные по их отношению к уходу и поддержке.

Дифференцированный уход включает в себя предоставление различных схем АРВТ и не-антиретровирусной терапии людям, живущим с ВИЧ, в зависимости от их потребностей, вида и частоты оказания услуг, а также места проживания и организации, предоставляющей услуги.Эти услуги различны в зависимости от системы здравоохранения в данной стране *(1)*.

Для людей, пришедших за лечением на ранней стадии заболевания, основными приоритетами должны быть: начало антиретровирусной терапии с последующим скринингом на туберкулёз и назначением профилактики котримоксазолом; профилактическая терапия изониазидом; скрининг и лечение неинфекционных заболеваний, с последующей оценкой риска сердечно-сосудистых заболеваний и влиянием на состояние здоровья таких факторов, как гипертония, курение, ожирение, диета и физические упражнения.

Для этой группы следует проводить скрининг и лечение депрессии, злоупотребления алкоголем и другими веществами, а также коррекцию психических расстройств. Выявление и лечение инфекций, передаваемых половым путем, а также предоставление доступа к услугам по планированию семьи, включая выдачу презервативов, являются важными услугами для людей, пришедших для лечения на ранней стадии ВИЧ-инфекции.

Основные приоритеты в ведении этой группы состоят в удержании этих людей в сфере существующей системы помощи и обеспечении их приверженности лечению ВИЧ-инфекции.

Люди, живущие с ВИЧ, принимающие антиретро-вирусную терапию со стабильной эффективностью, могут получить базовый пакет услуг для пациентов, выявленных на раннем этапе. От них будет требоваться более редкие посещения (один раз каждые три-шесть месяцев) для проведения клинического мониторинга и выдачи препаратов. Там, где этовозможно, проводятся исследования на определение вирусной нагрузки. Особое внимание должно быть обращено на удержание этих людей в сфере услуг в связи с ВИЧ и укрепление их приверженности антиретровирусной терапии.

Люди, живущие с ВИЧ, в категориях «поздно обратившиеся за помощью» и «терапевтическая неудача» могут, в дополнение к вышеперечисленному, потребовать более внимательного отношения, интенсивного лечения и наблюдения. К категории «поздно обратившихся за помощью» рекомендуется в первую очередь прикреплять опытных «активных рефералов», так как эти пациенты могут иметь целый ряд проблем, которые необходимо решать с привлечением различных служб для эффективного удержания в сфере медицинской помощи. (1).

Таблица3

Ключевые пакетыуслуг по уходу и поддержкепо категориямлюдей, живущих с ВИЧ:

Начало терапии	Продолжение терапии
Рано начавшие лечение **Клинические приоритеты** • ВыявлениеилечениеИППП,доступкуслугам по планированию семьи, сексуальному и репродуктивному здоровью • Выявлениеикоррекцияпсихических расстройств • Скрининги лечение незаразных болезней • ИсследованияиаТБ,профилактика котримоксазолом, периодическое профилактическое лечение **Оперативные приоритеты** • Удержание в системе помощи при ВИЧ-инфекции • Укрепление приверженности	**Стабильные** **Клинические приоритеты** • Выявление и лечение ИППП, доступ к услугам по планированию семьи, охране репродуктивного здоровья • Иммунизация • Организация питания • Исследования на ТБ, профилактика котримоксазолом, периодическое профилактическое лечение **Оперативные приоритеты** • Удержание в системе помощи при ВИЧ-инфекции • Мониторинг вирусной нагрузки • Укрепление приверженности • Периодичность посещений • ПериодичностьвыдачиАРВ препаратов
Поздно обратившиеся за помощью **Клинические приоритеты** • Терапевтическое просвещение • Начало АРВТ • Скринингнаоппортунистическиезаболевания,диагностикаи лечение(криптококковая инфекция, цитомегаловирус) • Исследования на ТБ, профилактика котримоксазолом, периодическое профилактическое лечение **Оперативные приоритеты** • Сеть «рефералов»	**Терапевтические неудачи** **Клинические приоритеты** • Скрининг на оппортунистические заболевания, диагностика и лечение (криптококковая инфекция, цитомегаловирус) • Выявление и коррекция психических расстройств • Исследования на ТБ, профилактика котримоксазолом, периодическое профилактическое лечение **Оперативные приоритеты** • Программы удержания в сфере оказания помощи • Мониторинг вирусной нагрузки • Укрепление приверженности • Периодичность посещений • ПериодичностьвыдачиАРВ препаратов

Источник:Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции:рекомендации с позиций общественного здравоохранения,второе издание.Женева:Всемирная организация здравоохранения;2016 г., адаптировано

Особенности ухода и поддержки для конкретных групп населения

“Хотя многие из потребностей людей живущих с ВИЧ, являются общими для всех групп населения, для удовлетворения специфических потребностей детей, живущих с ВИЧ, ключевых групп насе-ления и пожилых людей, живущих с ВИЧнеобходимыболее тщательныйуход и поддержка.”

Необходимость предоставления ухода и поддержки, включая услуги по охране психического здоровья, борьбе со стигмой и дискриминацией и предоставлению юридических услуг, не претерпели коренных изменений. Хотя многие из потребностей людей живущих с ВИЧ, являются общими для всех групп населения, для удовлетворенияспецифических потребностей детей, живущих с ВИЧ, ключевых групп населения и пожилых людей, живущих с ВИЧ необходимы более тщательный уход и поддержка.

Потребности в уходе и поддержке у детей и подростов, живущих с ВИЧ, или имеющих высокий риск инфицирования ВИЧ

Сиротой или уязвимым ребенком считается ребенок в возрасте до 18 лет, потерявший одного или обоих родителей или живущий в семье или общине, затронутой ВИЧ. Согласно этому определению, во всем мире насчитывается 153 миллиона сирот *(64)*; из них 13,4 миллиона потеряли одного или обоих родителей вследствие ВИЧ-инфекции; 10,8 миллиона этих детей живут в странах Африки южнее Сахары.[2]

Несмотря на чётко сформулированные клинические программы, требующие сокращения количества детей, недавно инфицированных ВИЧ *(1),* социальные и экономические барьеры по-прежнему препятствуют доступу и привлечению детей к системе оказания помощи, и удержанию их в этой сфере.

Дети в семьях, затронутых ВИЧ, уязвимы. Миллионы детей живут в семьях, затронутых ВИЧ, подвергаясь повышенному риску бедности, плохого состояния здоровья, бездомности, отсева из учебного заведения, дискриминации и отсутствия возможности улучшить свою жизнь, независимо от того, инфицированы ли они ВИЧ, или нет.

[2] пооценкеЮНЭЙДС2016г.

Анализ 20 медико-демографических исследований, проведенных между 2003 и 2012 годами в 13 африканских странах, показал, что в семьях, где один из родителей, особенно мать, живет с ВИЧ, у детей в три раза больше шансов умереть в возрасте до пяти лет, чем у детей, чьи матери не имеют ВИЧ.Относительный риск смерти варьировался от 1,5 в Камеруне в 2011 году до 3,6 в Свазиленде в 2006 году *(65).* Выжившие дети старше пяти лет, живущие в семьях, затронутых ВИЧ, имеют слабое здоровье и отстают в развитии на фоне повышенного риска заражения ВИЧ-инфекцией. Этипоследствия еще более выражены для детей из ключевых групп населения, в частности работников секс-бизнеса и, в некоторых случаях, иммигрантов, которые могут сталкиваться со стигмой и дискриминацией в связи с работой их родителей, социальной практикой или идентичностью*(66)*.

Для матерей, живущих с ВИЧ, доступ к эффективным услугам по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку может снизить риск заражения ребенка во время беременности, родов или грудного вскармливания до <5% *(67)*.Однако у неинфицированных детей, рожденных от матерей, живущих с ВИЧ, может наблюдаться более высокая заболеваемость и смертность по сравнению с неинфицированными и не имевшими риска заражения ВИЧ новорожденными, что обуславливает необходимость систематического наблюдения, ухода и поддержки детей, рождённых от ВИЧ-положительных матерей*(68)*.

Воздействие ВИЧ-инфекции на детей можно смягчить путём предоставления услуг, направленных на укрепление здоровья этих детей, а также решая социальные и экономические проблемы, связанные с ВИЧ-инфекцией.Такие мероприятия включают: предоставление специализированной клинической помощи; услуг, связанных с питанием и развитием родительских навыков; поощрение родителей к раскрытию правильным образом своего ВИЧ-статуса детям; предоставление доступа к консультированию и тестированию на ВИЧ, а также включение в программы лечения ВИЧ-инфекции; снижение неравенства и барьеров к обучению для детей школьного возраста путём последовательных действий, таких как выделение «блочных»грантов целевых (субсидийдля школ). *(69)*.«Блочные» гранты предназначены для целевой поддержки общинных школ на условиях, определяющих как должны быть потрачены эти гранты– например, путём зачисления определенного количества сирот и других уязвимых детей в школу на определенный период времени в обмен на грант.

Направление семей, затронутых ВИЧ, в органы социальной защиты, получение доступа к материальной помощи в виде денежных переводов позволяет семьям получать медицинскую помощь и прививки от распространённых болезней для своих детей, предоставлять им правильное питание, зачислить в школу и помогать детям не прерывать образование *(66),* а также уменьшить нищету, передаваемую из поколения в поколение *(70).* Крайне важно устранить барьеры, препятствующие доступу детей к системе помощи и удержании их вее рамках *(34),*а также открыть для них социальные и экономические перспективы *(69)*.

Мероприятия по расширению доступа детей к системе помощи и её продолжительному использованию:

- активное вовлечение нуждающихся семьей, затронутых ВИЧ, в мероприятия по укреплению экономики домохозяйств с целью предоставления семьям возможность удовлетворять насущные потребности своих детей с использованием управленческих услуг по увеличению активов и денежных доходов;
- выявление и устранение социальных и экономических барьеров, включая подверженность насилию и стигме, влияющих на включение детей в систему оказания помощи и удержание в ней;
- расширение доступа к юридическим услугам, включая снятие возрастных ограничений при доступе к консультированию и тестированию на ВИЧ (в некоторых странах требуется согласие родителей на консультирование и тестирование на ВИЧ детей в возрасте до 18 лет), регистрацию новорожденных, защиту прав наследования и основных прав, связанных с улучшением доступа к социальным и экономическим возможностям.

Уход и поддержка в связи с ВИЧ для ключевых групп населения

Ключевыми группами населения являются мужчины-геи и другие мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами, работники секс-бизнеса и их клиенты, транссексуалы и люди, употребляющие инъекционные наркотики.Эти четыре основные группы населения страдают от карательных законов или стигматизирующей политики и относятся к числу наиболее подверженных риску заражения ВИЧ. Странам следует определить группы населения, которые являются ключевыми для их эпидемии и мер противодействия в зависимости от эпидемиологического контекста, в число которых могут входить люди, содержащиеся в местах лишения свободы или других закрытых учреждениях, серодискордантные пары, девочки-подростки и молодые женщины в восточных и южных странах Африки *(71)*.

Большинство потребностей, связанных с уходом и поддержкой, у ключевых групп населения, живущих с ВИЧ, аналогичны тем, которые присущи всем людям, живущим с ВИЧ. Однако существуют определенные потребности, характерные для ключевых групп населения, в том числе подростков, которые сталкиваются с большими трудностями в получении доступа к услугам по уходу и поддержке. Ключевые группы населения могут испытывать большее количество медицинских и психосоциальных проблем из-за таких факторов, как:

- Постоянно высокий или увеличивающийся уровень заболеваемости ВИЧ среди ключевых групп населения *(34)*.
- В некоторых случаях услуги недоступны. А там, где они доступны, услуги предоставляются сотрудниками, которые не имеют опыта и профессиональной подготовки по оказанию помощи ключевым группам населения, и поэтому не обладают достаточной деликатностью, необходимой для работы с ключевыми группами населения.
- Законы, которые криминализируют такие виды поведения, как употребление наркотиков, секс-бизнес и однополые отношения, маргинализируют молодых людей и способствуют сохранению их социальной изоляции в общинах и невозможности получить услуги первой необходимости *(72)*.

Ключевые группы населения, живущие с ВИЧ, чаще имеют сопутствующие заболевания и другие сопровождающие проблемы, такие как рак, туберкулез и гепатит; наркотическую, алкогольную и никотиновую зависимость; отсутствие помощи при болевом синдроме и расстройствах психического здоровья.Эти факторы отрицательно влияют на приверженность антиретровирусной терапии и удержание в системе помощи. Предоставление доступа к услугам по уходу и поддержке, включая опиоидную заместительную терапию, для нуждающихся в них ключевых групп населения, живущих с ВИЧ, могут стабилизировать жизнь людей, относящихся к этим группам, улучшить их здоровье и благополучие, а также повысить их приверженность антиретровирусной терапии*(73)*.

В таблице 4 указаны рекомендованные ВОЗ дополнительные услуги по уходу и поддержке для ключевых группнаселения.

Интегрированные услуги по уходу и поддержке для ключевых групп населения являются взаимозависимыми. Услуги здравоохранения наиболее эффективны, когда оказываются комплексно и при создании благоприятных условий. Однако эти услуги не следует откладывать при отсутствии благоприятной среды.

Хотя благоприятная среда может находиться вне контроля медицинских учреждений, важно, чтобы они стремилисьформировали благоприятную среду совместно с другими секторами. В дополнение к перечисленным услугам представители ключевых групп населения нуждаются в доступе к разнообразным медицинским, социально-экономическим и юридическим услугам, чтобы получить доступ к медицинской помощи самого высокого уровня. *(34)*.

Таблица4

Услуги по уходу и поддержке для ключевых групп населения

Услуги здравоохранения	Существенные услуги для создания благоприятной среды
Комплексные программы раздачи презервативов и лубрикантов	Комфортная правовая среда, политические и финансовые обязательства,в том числев области декриминализации поведения ключевых групп населения
Программы снижения вреда[a] в отношении употребления психоактивных веществ (в частности, программы обмена игл и шприцев[b], опиоидная заместительная терапия)	Борьба со стигмой и дискриминацией, с которой сталкиваются ключевые группы населения
Программы по коррекции поведения	Расширения прав и возможностей общин
Консультирование и тестирование на ВИЧ	Борьба с насилием в отношении людей из ключевых групп населения
Лечение и уход в связи с ВИЧ	
Программы по охране сексуального и репродуктивного здоровья[c]	
Предотвращение и лечение сопутствующих инфекций и заболеваний, включая вирусный гепатит, туберкулез и психические заболевания	

Источник:Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции: рекомендации с позиций общественного здравоохранения, второе издание. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 г.

[a]Данный пакет услуг аналогичен пакету услуг по профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ для людей, употребляющих инъекционные наркотики. Программы снижения вреда и, в частности, обмен игл и шприцев, а также опиоидная заместительная терапия остаются первоочередными в отношении людей, употребляющих инъекционные наркотики.

[b]Программы обмена игл и шприцев важны для людей, употребляющих инъекционные наркотики, а также для трансгендерных лиц, которым требуется стерильное инъекционное оборудование для безопасного введения гормонов для подтверждения гендерной идентичности.

[c]Включая контрацепцию, диагностику и лечение инфекций, передаваемых половым путем, скрининг шейки матки и др.

Уход и поддержка в связи с ВИЧ для пожилых людей

«Зрелый возраст» эпидемии ВИЧ приводит к необходимости учёта многих возрастных физиологических и психологических изменений ВИЧ-инфицированных при осуществлении мер по противодействию СПИДу.Посуществующимоценкам, в 2015 годусВИЧжили 5,8 миллиона [5,4–6,3 млн] человекввозрасте 50 летистарше.[3]В США в 2013 году среди людей с диагнозом ВИЧ-инфекция 18% были в возрасте 50 лет и старше (74), а в таких учреждениях, как Система здравоохранения ветеранов США в Нью-Йорке и Сан-Франциско, средний возраст людей, живущих с ВИЧ, превысил 50 лет. *(75)*.В ходе многоцентрового исследования в девяти африканских странах было установлено, что 11,4% людей, живущих с ВИЧ, начинали антиретровирусную терапию в возрасте 50 лет и старше *(76)*.

Меняющийся профиль эпидемии ВИЧ-инфекции и тот факт, что пожилые люди также подвержены риску инфицирования, объясняют растущее количество пожилых людей, живущих с ВИЧ *(77)*.

Существует три основных фактора, обусловливающих старение эпидемии СПИДа:

- успех антиретровирусной терапии в продлении жизни людей, живущих с ВИЧ;
- снижение заболеваемости ВИЧ среди молодых людей, перенос бремени болезни на людей более старшего возраста;
- люди в возрасте 50 лет и старше демонстрируют многие модели рискованного поведения, присущие молодым людям.

По сравнению с молодыми, у людей старшего возраста, как правило, больше проблем со здоровьем. Им чаще требуется обращаться за получением медицинских услуг общего профиля. Специалисты здравоохранения иногда пропускают диагноз ВИЧ-инфекция, потому что её симптомы могут совпадать с симптомами других распространенных состояний, связанных со старением, такие как спутанность сознания, потеря веса, усталость, высокое кровяное давление, дисфункции почек и печени, артрит. Все эти состояния могут также быть связаны с долгосрочными побочными эффектами лечения ВИЧ-инфекции *(80)*.По сравнению с молодыми, людьми пожилые люди, живущие с ВИЧ, скорее всего, являются носителями ВИЧ на протяжении длительного времени и обращаются за помощью лишь на позднем этапе заболевания, или дольше находятся на лечении ВИЧ-инфекции.

Пожилые люди, находящиеся на поздних стадиях заболеваний, связанных с ВИЧ, возможно, не захотят раскрывать свой диагноз своим семьям и опекунам из-за боязни остаться без присмотра и в изоляции. Опекуны и члены семьи могут опасаться возросшего ухода, необходимого для пожилого человека, живущего с ВИЧ, и, как следствие, могут ограничить свои контакты с ним. В целом люди старшего возраста, живущие с ВИЧ, чаще испытывают трудности с деньгами, работой и жильём по сравнению со своими сверстниками, не имеющими ВИЧ.

[3]ПооценкеЮНЭЙДС2016 г.

Поскольку люди старшего возрастас меньшей вероятностью будут экономически активными, им может требоваться доступ к государственным пособиям, таким как пенсии, бесплатное медицинское обслуживание по месту проживания, жилье, помощь на дому и транспортные льготы *(81)*.

К числу основных мер по расширению доступа к системе помощи и удержанию в её сфере людей старшего возраста, живущих с ВИЧ, относятся:

- Поощрение регулярного консультирования и тестирования на ВИЧ с последующим лечением ВИЧ-инфекции среди людей в возрасте 50 лет и старше, поскольку люди старшего возраста зачастую не могут достоверно оценить свой риск заражения ВИЧ-инфекцией.
- Расширение доступа к психосоциальной поддержке, которая бы учитывала психические, эмоциональные и социальные потребности пожилых людей, живущих с ВИЧ, включая пропаганду образа жизни и компонентов, оптимизирующих состояние здоровья, таких как физические упражнения, питание, поддержание низкого кровяного давления, снижение уровня холестерина и неупотребление психоактивных веществ.
- Расширение доступа к комплексному тестированию, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ, а также активная связь с программами и службами гериатрической помощи.
- Крайне важно, чтобы услуги в связи с ВИЧ учитывали потребности людей старшего возраста в надежной самооценке риска заражения ВИЧ *(80)* и изменении образа жизни с тем, чтобы свести к минимуму риск сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний *(82)*.

Заключение

“Необходимо расширить доступ к услугам людям, живущим с ВИЧ, подверженным риску заражения и затронутым ВИЧ.Существует также настоятельная необходимость улучшить оказание помощи детям и подросткам, а также внедрить современные системы оказания помощи при хронических болезнях для ключевых групп населения и людей старшего возраста, живущих с ВИЧ.”

Уход и поддержка в связи с ВИЧ играют центральную роль в оказании помощи людям, живущим с ВИЧ, расширении доступа к консультированию и тестированию на ВИЧ, а также в создании немедленной связи с системой медицинской помощи и удержании на лечении в связи с ВИЧ, и достижении максимально лучшего состояния здоровья и благополучия людей, живущих с ВИЧ.Для выполнения стратегии ЮНЭЙДС по ускорению мер в ответ на ВИЧ, необходимо широкое развёртывание программ ухода и поддержки с тем, чтобы 90% людей, живущих с ВИЧ, знали о своем ВИЧ-статусе, 90% людей, которые знают свой ВИЧ-положительный статус, получили доступ к лечению, а 90% людей, получающие лечение в связи с ВИЧ, достигли подавления вирусные нагрузки, способствуя тем самым искоренению стигмы и дискриминации и сокращению количества новых случаев ВИЧ-инфекции до менее 500 000 к 2020 году.

Сосредоточение внимания на улучшении доступа для детей, взрослых и ключевых группах населения, нуждающихся в услугах по уходу и поддержке в ключевых районах, имеет важное значение для достижения целей "Кратчайшего пути".Чтобы добиться устойчивого подавления вируса, необходимо оптимизировать процесс предоставления лечения и укрепления приверженности. Это также потребует улучшений в проведении консультирования, тестирования на ВИЧ и эффективного порядка назначения терапии на ранних стадиях ВИЧ-инфекции. Кроме того, необходимо ликвидировать сохраняющиеся пробелы в следующих областях:

- клиническая помощь;
- физический уход;
- социальная поддержка;
- лечение болевого синдрома;
- охрана психического здоровья;
- питание и продовольственная помощь;
- юридическая поддержка.

Необходимо расширить доступ к этим услугам людям, живущим с ВИЧ, подверженным риску заражения и затронутым ВИЧ. Существует также настоятельная необходимость улучшить оказание помощи детям и подросткам, а также внедрить современные системы оказания помощи при хронических болезнях для ключевых групп населения и людей старшего возраста, живущих с ВИЧ.

Это может быть достигнуто путем наращивания потенциала работников здравоохранения и членов общин, обеспечивающих уход. В отношении этих работников необходимо применять методы стимулирования, денежного вознаграждения, предоставлять им возможность для карьерного роста и обучать этих работников с учётом меняющихся потребностей людей, живущих с ВИЧ.

Литература

1 Consolidatedguidelinesontheuseofantiretroviraldrugsfortreatingandpreventing HIVinfection:recommendationforapublichealthapproach,seconde dition.Geneva:WorldHealthOrganization;2016.

2 Technical considerations provided by PEPFAR technicalworkinggroupsforFY2014COPSandROPS.Washington,DC:U nitedStatesPresident'sEmergencyPlanforAIDSRelief;2013.

3 On the Fast-Trackto endAIDS: UNAIDS2016–2021 strategy.Geneva:JointUnitedNationsProgrammeonHIV/AIDS;20 15.

4 GlobalAIDSupdate.Geneva:JointUnitedNationsProgrammeonHIV/A IDS;2016

5 DeeksSG,LewinSR,HavlirDV.TheendofAIDS:HIVinfectionasachronic disease.Lancet.2013;382:1525–1533.

6 VellaS,SchwartlanderB,SowSP, EholieSP, MurphyRL.Thehistoryofantiretroviraltherapyandofitsimplementationinr esource-limitedareasof the world. AIDS. 2012;26:1231–1241.

7 "15by15":aglobaltargetachieved.Geneva:JointUnitedNationsProgram meonHIV/AIDS;2015.

8 SamjiH,CesconA,HoggRS,ModurSP,AlthoffKN,BuchaczK,etal.Clos ingthegap:increasesinlifeexpectancyamongtreated HIV-positiveindividualsintheUnitedStatesandCanada.PLoSONE.2013;8:e8 1355.

9 MillsEJ,BakandaC,BirungiJ,ChanK, Ford N,CooperCL,etal.Lifeexpectancyofpersonsreceivingcombinationantiret roviraltherapyinlow-incomecountries:acohortanalysisfromUganda.AnnInternMed.2011;15 5:209–216.

10 BorJ,Herbst AJ,NewellML, BarnighausenT.IncreasesinadultlifeexpectancyinruralSouthAfrica :valuingthescale-upofHIVtreatment.Science.2013;339:961–965.

11 NsanzimanaS,RemeraE,KantersS,ChanK,ForrestJI,FordN,etal.Life expectancyamongHIV-positive patients in Rwanda:aretrospectiveobservationalcohortstudy.LancetGlobHealth.2015; 3:e169–e177.

12 SmithCJ,RyomL,WeberR,MorlatP,PradierC,ReissP,etal.Trendsinunderl yingcausesofdeathinpeoplewithHIVfrom1999to2011(D:A:D):amulticoh ortcollaboration.Lancet.2014;384:241–248.

13 CoxJA,KiggunduD,ElpertL,MeintjesG,ColebundersR,Alamo S.TemporaltrendsindeathcausesinadultsattendinganurbanHIVclinici nUganda:aretrospectivechartreview.BMJOpen.2016;6:e008718.

14 LangleyCL,Lapidos-SalaizI,HammTE,BateganyaMH,FirthJ,WilsonM,etal.Prioritizin gcareandsupportinterventions:movingfromevidencetopolicy.JA cquirImmuneDeficSyndr.2015;68(suppl. 3):S375–S378.

15 Communitycaregivers: the backbone for accessiblecare and support.Multicountryresearch—synthesisreport.CaregiversActionNetwork;2013.

16 TangAM,QuickT,ChungM,WankeCA.Nutritionassessment,counsellinga ndsupportinterventionstoimprovehealth-relatedoutcomesinpeoplelivingwithHIV/AIDS:asystematicreviewofthelite rature.JAcquirImmuneDeficSyndr.2015;68(suppl.3):S340–S349.

17 Whatdowereallymeanby"HIVcareandsupport"?Progresstowardsa comprehensivedefinition.London:UKConsortiumonAIDSandInternationalDevel opment;2008.

18 SherrL,YakubovichAR,SkeenS,CluverLD,HenselsIS,MacedoA,TomlinsonM.Howeffectiveishelponthedoorstep?Alongitudinalevaluationofcommunity-basedorganisationsupport.PLoSOne.2016;11:e0151305.

19 TsoLS,BestJ,BeanlandR,DohertyM,LackeyM,MaQ,etal.FacilitatorandbarriersinHIVlinkagetocareinterventions:aqualitativeevidencereview.AIDS.2016;30:1639–1653.

20 LeonN,MathewsC,LewinS,OsIerM,BoulleA,LombardC.AcomparisonoflinkagetoHIVcareafterprovider-initiatedHIVtestingandcounselling(PITC)versusvoluntaryHIVcounsellingandtesting(VCT)forpatientswithsexuallytransmittedinfectionsinCapeTown,SouthAfrica.BMCHealthServRes.2014;14:350.

21 GenbergBL,NaanyuV,WachiraJ,HoganJW,SangE,NyamburaM,etal.LinkagetoandengagementinHIVcareinwesternKenya:anobservationalstudyusingpopulation-basedestimatesfromhome-basedcounsellingandtesting.LancetHIV. 2015;2:e20–e26.

22 FoxMP,RosenS.RetentionofadultpatientsonantiretroviraltherapyinIow-andmiddle-incomecountries:systematicreviewandmeta-analysis2008–2013.JAcquirImmuneDeficSyndr.2015;69:98–108.

23 SharmaM,YingR,TarrG,BarnabasR.Systematicreviewandmeta-analysisofcommunityandfacility-basedHIVtestingtoaddresslinkagetocaregapsinsub-SaharanAfrica.Nature.2015;528:S77–S85.

24 RosenS,MaskewM,FoxMP,NyoniC,MongwenyanaC,MaleteG,etal.InitiatingantiretroviraltherapyforHIVatapatient'sfirstclinicvisit:theRapITrandomizedcontrolled trial.PLoSMed.2016;13:e1002015.

25 Hoffmann C, MabutoT,Ginindza S, FieldingKL, Kubeka G, DowdyD,etal.ArandomizedtrialtoaccelerateHIVcareandARTinitiationfollowingHIVdiagnosis.Abstract113LB.PresentedattheConferenceonRetrovirusesandOpportunisticInfections,Boston,MA,22–25February2016.

26 MagnusM,HerweheJ,Murtaza-RossiniM,ReineP,CuffieD,GruberD,KaiserM.LinkingandretainingHIVpatientsincare:theimportanceofproviderattitudesandbehaviours.AIDSPatientCareSTDs.2013;27:297–303.

27 AmanyireG,SemitalaFC,NamusobyaJ,KaturamuR,KampiireL,WallentaJ,etal.Effectsofamulticomponentinterventiontostreamlineinitiationofantiretroviraltherapyin Africa:astepped-wedgecluster-randomisedtrial.LancetHIV.2016.Advanceonlinepublication(http://dx.doi.org/10.1016/S2352-3018(16)30090-X).

28 GovindasamyD,FordN,KranzerK.Riskfactors,barriersandfacilitatorsforlinkagetoantiretroviraltherapycare:asystematicreview.AIDS.2012;26:2059–2067.

29 FordN,MatteelliA,ShubberZ,HermansS,MeintjesG,GrinsztejnB,etal.TBasacauseofhospitalizationandin-hospitalmortalityamongpeoplelivingwithHIVworldwide:asystematicreviewandmeta-analysis.JIntAIDSSoc.2016;19:20714.

30 RKGupta,LucasSB,FieldingKL,LawnSD.Prevalenceoftuberculosisinpost-mortemstudiesofHIV-infectedadultsandchildreninresource-limitedsettings:asystematicreviewandmeta-analysis.AIDS.2015;29:1987–2002.

31 DateA,ModiS.TBscreeningamongpeoplelivingwithHIV/AIDSinresource-limitedsettings.JAcquirImmuneDeficSyndr.2015;3(suppl.3):S270–S273.

32 GrinsztejnB,LuzPM,PachecoAG,SantosDVG,VelasqueL,MoreiraRI,etal.ChangingmortalityprofileamongHIV-infectedpatientsinRiodeJaneiro,Brazil:shiftingfromAIDSto non-AIDS-relatedconditionsintheHAARTera.PLoSONE.2013;8:e59768.

33 YanikEL,AchenbachCJ,GopalS,CoghillAE,ColeSR,EronJJ,etal.ChangesinclinicalcontextforKaposi'ssarcomaandnon-HodgkinlymphomaamongpeoplewithHIVinfectionintheUnitedStates.JClinOncol.2016.Advanceonlinepublication(doi:10.1200/JCO.2016.67.6999).

34 ConsolidatedguidelinesonHIVprevention,diagnosis,treatmentandcareforkeypopulations.Geneva:WorldHealthOrganization;2014.

35 ForhanSE,GodfreyCC,WattsDH,LangleyCL.Asystematicreviewofthe effectsofvisualinspectionwithaceticacid,cryotherapy,andloopelectrosurgicalexcisionproceduresforcervicaldysplasiainHIV-infectedwomeninlow-andmiddle-incomecountries.JAcquirImmuneDeficSyndr.2015;68(suppl.3):S350–S356.

36 EssentialpreventionandcareinterventionsforadultsandadolescentslivingwithHIVinresource-limitedsettings.Geneva:WorldHealthOrganization;2008.

37 TheimplicationsofHIVandAIDSonwomen'sunpaidlabourburden.Geneva:UnitedNationsEducational,ScientificandCulturalOrganization;2010.

38 YatesT,Lantagne D, Mintz E,Quick R. The impact ofwater,sanitation,andhygieneinterventionsonthehealthandwell-beingofpeoplelivingwithHIV:asystematicreview.JAcquirImmuneDeficSyndr.2015;68(suppl.3):S318–S330.

39 LewyckaS,MwansamboC,RosatoM,KazembeP,PhiriT,MgangaA,CostelloA.Effectofwomen'sgroupsandvolunteerpeercounsellingonratesofmortality,morbidity,andhealthbehavioursinmothersandchildreninruralMalawi(MaiMwana):afactorial,cluster-randomisedcontrolledtrial.Lancet.2013;381:1721–1735.

40 FattiG,ShaikhN,EleyB,GrimwoodA.Improvedvirologicalsuppressioninchildrenonantiretroviraltreatmentreceivingcommunity-basedadherencesupport:amulticentrecohortstudyfromSouthAfrica.AIDScare2014;26:448–453.

41 GrimwoodA,FattiG,MothibiE,MalahlelaM,SheaJ,EleyB.Community adherencesupportimprovesprogrammeretentioninchildrenonantiretroviraltreatment:amulticentrecohortstudyinSouthAfrica.JIntAIDSSoc.2012;15:17381.

42 RichterL,Rotheram-BorusMJ,VanHeerdenA,SteinA,TomlinsonM,HarwoodJM,etal.PregnantwomenlivingwithHIV(WLH)supportedatclinicsbypeerWLH:aclusterrandomizedcontrolledtrial.AIDSBehav.2014;18:706–715.

43 TomlinsonM,DohertyT,IjumbaP,JacksonD,LawnJ,PerssonLA,etal.Goodstart:aclusterrandomisedeffectivenesstrialofanintegrated,community-basedpackageformaternalandnewborncare,withpreventionofmother-to-childtransmissionofHIVinaSouthAfricantownship.TropMedIntHealth.2014;19:256–266.

44 CluverL,ToskaE,OrkinFM,MeinckF,YakubovichA,SherrL.AchievingequityinHIV-treatmentoutcomes:cansocialprotectionimproveadolescentART-adherence inSouthAfrica?AIDSCare.2016;28(suppl. 2):73–82.

45 BateganyaMH,AmanyeiweU,RoxoU,DongM.Impactofsupportgroupsforpeoplelivingwithhivonclinicaloutcomes:asystematicreviewoftheliterature.JAcquirImmuneDeficSyndr.2015;68(suppl.3):S368–S374.

46 ParkerR,SteinDJ,JelsmJ,PaininpeoplelivingwithHIV/AIDS:asystematicreview.JIntAIDSSoc.2014;17:18719.

47 LawsonE,Walker-BoneK,SabinC,PerryN,RichardsonD,GilleeceY,etal.IsHIVpainful?Anepidemiologicstudyoftheprevalenceandriskfactorsforpaininin HIV-infectedpatients.ClinJPain.2015;31:813–819.

48 ArseniouS,ArvanitiA,SamakouriM.HIVinfectionanddepression.PsychiatryClinNeurosci.2014;68:96–109.

49 Lowenthal E, Lawler K, Harari N, Moamogwe L, Masunge J, MasediM,etal.RapidpsychosocialfunctionscreeningtestidentifiedtreatmentfailureinHIV+Africanyouth.AIDSCare.2012;24:722–727.

50 MellinsCA,Brackis-CottE,DolezalC,AbramsEJ.The role ofpsychosocialandfamilyfactorsinadherencetoantiretroviraltreatmentinhumanimmunodeficiencyvirus-infectedchildren.PediatrInfectDisJ.2004;23:1035–1041.

51 PrimeauMM,AvellanedaV,MusselmanD,StJeanG,IllaL.Treatmentofdepressioninindividualslivingwith HIV/AIDS.Psychosomatics. 2013;54:336–344.

52 PenceBW,MillerWC,GaynesBN,EronJJ.PsychiatricillnessandvirologicresponseinpatientsinitiatinghighlyactiveantiretroviraltherapyJAcquirImmuneDeficSyndr.2007;44:159–166.

53 AhanekuH,RossMW,NyoniJE,SelwynB,TroisiC,MbwamboJ,etal.Depression and HIVrisk among menwho have sex withmen inTanzania.AIDSCare.2016;28(suppl.1):140–147.

54 MentalhealthandsubstanceuseservicesforpeoplelivingwithHIV/AIDS.Washington,DC:APAPublicInterestGovernmentRelationsOffice;2013(https://www.apa.org/about/gr/issues/hiv/mental-health-briefing.pdf).

55 Toolkit:forcountriesapplyingforfundingoffoodandnutritionprograms undertheGlobalFundtoFightAIDS,TuberculosisandMalaria(Round11).Washington,DC:FHI360:2011.

56 CluverLD,OrkinFM,BoyesME,SherrL.Cashpluscare:socialprotectioncumulativelymitigatesHIV-riskbehaviouramongadolescentsinSouthAfrica.AIDS.2014;28(suppl.3):S389–S397.

57 McGovernM,CanningD,TanserF,HerbstK,GaretaD,MutevedziT,etal.Ahouseholdfoodvoucherincreasesconsenttohome-basedHIVtestinginruralKwaZulu-Natal.Abstract1102.PresentedattheConferenceonRetrovirusesandOpportunisticInfections,Seattle,WA,23–26February2015.

58 BuildingcapacityfortheagriculturesectorsresponsetoAIDS:atraininggmanualforagriculturesectorworkers.Rome:FoodandAgricultureOrganization(http://www.fao.org/docrep/013/am022e/am022e.pdf).

59 CluverL,OrkinM,BoyesM,SherrL,MeinckF,YakubovichA.Cash,food,ca
reandHIVpreventionforadolescents:latestevidencefromsouthernAfric
a. Geneva: IATTStakeholdersConsultation; 2015.

60 Nutritionassessment,counsellingandsupportforadolescentsandadul
tslivingwithHIV:aprogrammingguide–foodandnutritionintheconteXtof
HIVandTB.Geneva:JointUnitedNationsProgrammeonHIV/AIDS;201
4.

61 KatzIT,RyuAE,OnuegbuAG,PsarosC,WeiserSD,BangsbergDR,TsaiAC.Im
pactofHIV-
relatedstigmaontreatmentadherence:systematicreviewandmeta-
synthesis.JIntAIDSSoc.2013;16(suppl.2):18640.

62 ReductionofHIV-
relatedstigmaanddiscrimination.Geneva:JointUnitedNationsProgra
mmeonHIV/AIDS;2014.

63 BrownL,MacintyreK,TrujilloL.InterventionstoreduceHIV/AIDSstigma
:whathavewelearned?AIDSEducPrev.2003;15:49–69.

64 UnitedStatesGovernment69Actionplanonchildreninadversity:aframew
orkforinternationalassistance2012–
2017.Washington,DC:UnitedStatesGovernment;2012.

65 FisheIJD,RenR,BarrèreB,CroftTN.ChildsurvivalbyHIVstatusofthemot
her:evidencefrom
DHSandAISSurveys.DHScomparativereports35.Rockville,MD:ICFInt
ernational;2014.

66 Takingtheevidencetoimpact:makingadifferenceforvulnerablechildre
nlivinginaworldwithHIV.NewYork:UnitedNationsChildren'sFund;200
9.

67 GlobalplantowardstheeliminationofnewHIVinfectionsamongchildren
by2015andkeepingmothersalive.Geneva:JointUnitedNationsProgra
mmeonHIV/AIDS;2011.

68 BenderJM, Li F,Martelly S,Byrt E, RouzierV, Leo M,et al.
MaternalHIVinfectioninfluencesthemicrobiomeofHIV-
uninfectedinfants.SciTranslMed.2016;8:349ra100.

69 PEPFARblueprint:creatinganAIDS-
freegeneration.Washington,DC:UnitedStates President's
EmergencyPlanforAIDSRelief;2012.

70 Socialprotection:advancingtheAIDSresponse.Geneva:JointUnit
edNationsProgrammeonHIV/AIDS;2015.

71 Terminologyguidelines.Geneva:JointUnitedNationsProgrammeonHI
V/AIDS;2015

72 BaggaleyR,ArmstrongA,DoddZ,NgoksinE,KrugA.Youngkeypopu
lations and HIV:a special emphasisand
considerationinthenewWHOConsolidatedGuidelinesonHIVPrev
ention,
Diagnosis, TreatmentandCareforKeypopulations.
JIntAIDSSoc.2015;18(suppl.1):19438.

73 PowerL,BellM,FreemantleI.Anationalstudyofpeopleover50livingwit
hHIV.London:JosephRowntreeFoundation;2010.

74 HIVamongpeopleaged50andover.Atlanta,GA:CentersforDise
aseControlandPrevention;2016(http://www.cdc.gov/hiv/group/
age/olderamericans/index.html).

75 JusticeA,FalutzJ.AgingandHIV:anevolvingunderstanding.CurrOpinHI
VAIDS.2014;9:291–293.

76 GreigJ,CasasEC,O'BrienDP,MillsEJ,FordN.Associationbetweenolder
ageandadverseoutcomesonantiretroviraltherapy:acohortanalysisofpr
ogrammedatafromninecountries.AIDS.2012;26(suppl.1):S31–S37.

77 HIVandaging:aspecialsupplementtotheUNAIDSreportoftheglobalAID
Sepidemic.Geneva:JointUnitedNationsProgrammeonHIV/AIDS;2013.

78 O'BrienD,SpelmanT,GreigJ,McMahonJ,SsonkoC,CasasE,etal.Ri
skfactorsformortalityduringantiretroviraltherapyinolderpopulation
sinresource-limitedsettings.JIntAIDSSoc.2016;19:20 665.

79 GrossAM,JaegerPA,KreisbergJF,LiconK,JepsenKL,KhosroheidariM,
etal.Methylome-wideanalysisofchronicHIVinfectionrevealsfive-
yearincreaseinbiologicalageandepigenetictargetingofHLA.MolCell.2
016;62:157–168.

80 AbrassCK,AppelbaumJS,BoydCM,BraithwaiteRS,BroudyVC,Covi
nskyK,etal.TheHIVandAgingConsensusProject:recommendedtreat
mentstrategiesforcliniciansmanagingolderpatientswithHIV.Washin
gton,DC:AmericanAcademyofHIVMedicine;2011.

81 Protection,careandsupportforanAIDS-
freegeneration:acalltoactionforallchildren.NewYork:UnitedNationsChil
dren'sFund;2014.

82 Theimmune system, HIV and aging, version 2. New
York:TreatmentActionGroup;2014.

UNAIDS/JC2741E

ЮНЭЙДС
Объединенная программа
Организации Объединенных Наций
по ВИЧ/СПИДу

20AvenueAppia
1211Geneva27 Switzerland

+41227913666

unaids.org