

ПРЕОДОЛЕНИЕ ПАНДЕМИЙ

СТАВЯ ИНТЕРЕСЫ ЛЮДЕЙ В ЦЕНТР ВНИМАНИЯ





Фото на обложке: С. Матонходзе / ЮНЭЙДС

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие
Исполнительного
директора

2

01

Введение

5

02

Инициатива
Fast Track. Успехи
и недостатки

13

03

COVID-19: ответные
меры и вынесенные
уроки

27

04

Цели по
противодействию
СПИДу на 2025 г.

43

05

Достижение
целей

71

ПРЕДИСЛОВИЕ

В этом году Всемирный день борьбы со СПИДом принес совсем иные чувства. COVID-19 подчеркнул и усугубил неравенство, глубоко укоренившееся во всем нашем обществе. Он показал сложную взаимосвязь между мировым здравоохранением и мировой экономикой. Многие годы мы были неспособны инвестировать достаточно средств во всеобщее здравоохранение, основанное на правах и ориентированное на людей, и теперь мир оказался совершенно не защищенным.

Пандемия COVID-19 имеет далеко идущие последствия для систем здравоохранения и других государственных служб. Во многих странах нарушилось оказание услуг в отношении ВИЧ, и растянулись цепочки поставок необходимых товаров. По всему миру уменьшилось количество диагнозов ВИЧ, и меньше людей, живущих с ВИЧ, начинают лечение.

Как показано в этом отчете, противодействие ВИЧ в мире уже отклонилось от намеченного курса до пандемии COVID-19, но сочетание COVID-19 и ВИЧ еще больше отбросило его назад. Цели Fast-Track, определенные для конца текущего года, не будут достигнуты к этому сроку. Сейчас тридцать восемь миллионов людей живут с ВИЧ, причем более двенадцати миллионов ожидают жизненно необходимого лечения от ВИЧ. В 2019 году еще 1,7 млн человек были инфицированы ВИЧ, а 690 000 человек умерли от болезней, связанных со СПИДом.

Инвестиции в противодействие ВИЧ и уроки, извлеченные из ответа местных сообществ на проблему ВИЧ, помогли в противостоянии COVID-19. В течение последнего года активисты и сообщества, борющиеся с ВИЧ, энергично отстаивали успехи, достигнутые в противодействии СПИДу, защищали людей, живущих с ВИЧ, и другие уязвимые группы, а также давали отпор коронавирусу. Они проводили кампании по выдаче запасов препаратов от ВИЧ на несколько месяцев, организовывали доставку лекарств на дом, обеспечивали группы, подверженные риску инфицирования, финансовой помощью, питанием и временным жильем.

Если бы системы здравоохранения и социального обеспечения были лучше развиты, мы имели бы больше возможностей замедлить распространение COVID-19 и противостоять его воздействию. Мы должны учиться на ошибках прошлого: наследие борьбы против COVID-19 должно ускорить обеспечение всеобщего охвата

медико-санитарными услугами, чтобы он стал реальностью в международном масштабе.

И у нас есть надежда. Появляются перспективные вакцины от COVID-19. Но мы должны позаботиться о том, чтобы эти новые вакцины не стали привилегией богатых людей. Вот почему программа ЮНЭЙДС и ее партнеры призывают к созданию доступной вакцины, которую каждый сможет получить бесплатно, где бы он ни жил.

Чтобы вернуть в прежнее русло противодействие ВИЧ во всем мире и развить текущие успехи, ЮНЭЙДС предлагает новый комплекс целей на 2025 год. Их достижение даст возможность добиться выполнения задачи 3.3 из Целей в области устойчивого развития, которая заключается в прекращении эпидемии СПИДа к 2030 году. Эти цели являются комплексными. Они направлены на достижение высокого уровня охвата услугами в отношении ВИЧ, а также обеспечение охраны сексуального и репродуктивного здоровья, отмену несправедливых законов и принципов и снижение стигматизации и дискриминации. Эти цели обращены против неравенства, которое дает почву для распространения ВИЧ, COVID-19 и других пандемий. Они ставят превыше всего интересы людей, особенно маргинализированных и относящихся к группам риска: молодых женщин и девочек, подростков, секс-работников, трансгендеров, людей, употребляющих инъекционные наркотики, мужчин-геев и других мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами. Заседание высокого уровня Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций в июне 2021 года станет ключевым событием для стран-участниц, которое позволит им подтвердить свои обязательства и вновь мобилизовать силы для прекращения пандемии СПИДа как угрозы здоровью населения.

Прекращение СПИДа подразумевает ликвидацию разрывов и гарантию того, что никого не оставят без внимания. Противодействие ВИЧ связано главным образом с неравенством: чтобы прекратить СПИД, мы должны положить конец неравенству. Если в течение ближайших пяти лет мы достигнем этих новых целей, ликвидируем неравенство в лечении и профилактике ВИЧ



Фото: ЮНЭЙДС.

и снизим стигматизацию и дискриминацию, сдерживающие противодействие ВИЧ, то будем уверенно идти к прекращению СПИДа к 2030 году.

Ни одна страна не может победить одновременно происходящие пандемии ВИЧ и COVID-19 в одиночку. Такие глобальные задачи можно решать только благодаря международной солидарности и общей ответственности. Это требует от нас смелости, развития достигнутых успехов и способности учиться на неудачах. Это также возможность построить лучшее будущее, переосмыслив его. В этом будущем здоровье станет не привилегией, но правом человека, доступным абсолютно каждому из нас. И мы снова пойдем по пути устранения неравенства и несправедливости, которые по-прежнему способствуют распространению эпидемии СПИДа.

Винни Бьянима (Winnie Byanyima)
Исполнительный директор ЮНЭЙДС



01

ВВЕДЕНИЕ

Всеобщие усилия мирового сообщества по борьбе с пандемией COVID-19, в которых первостепенное внимание уделяется интересам людей, дают возможность для ускорения мер по противодействию ВИЧ.

Спустя пять лет после принятия мировым сообществом обязательства активизировать усилия в противодействии ВИЧ и положить конец эпидемии СПИДа к 2030 г. мы сбились с пути. Лишь немногие страны сдержали обещание использовать прогресс, достигнутый в первом десятилетии двадцать первого века — немедленно увеличить инвестиции в меры по борьбе с ВИЧ и ускорять темпы предоставления соответствующих услуг. Важные достижения в наиболее пострадавших регионах Африки к югу от Сахары и Карибского бассейна нивелировал рост эпидемии в Латинской Америке, Восточной Европе и Центральной Азии, а также на Ближнем Востоке и в Северной Африке. В результате таких успехов в одних регионах и поражений в других глобальный прогресс замедлился. Цели, поставленные мировым сообществом на 2020 г., не были достигнуты: от причин, связанных со СПИДом, умерло около 700 000 человек, а количество новых случаев инфицирования ВИЧ в 2019 г. оценивается в 1,7 миллиона, что неприемлемо при наличии эффективных методов лечения и профилактики по доступным ценам.

Недостаток инвестиций и мер по борьбе с ВИЧ и другими затяжными пандемиями также делают нас уязвимыми перед лицом новой глобальной угрозы здоровью: COVID-19. Если бы системы здравоохранения и социального обеспечения были сильнее, мы имели бы больше возможностей для замедления распространения нового коронавируса и противостояния его воздействию.

Необходимость решительных действий против смертельно опасных пандемий как никогда очевидна. Человечество должно прислушаться к этому последнему предупреждению и начать уделять гораздо больше внимания разработке глобальных потенциальных мер борьбы с пандемиями и обеспечению реализации права на здоровье. Для этого есть прочный фундамент. Архитектура ответных мер, люди и опыт борьбы с ВИЧ дают бесценные уроки. Для преодоления ограничений локдауна и других нарушений в работе систем здравоохранения активизируется использование социально ориентированных подходов к профилактике инфекционных заболеваний и борьбе с ними, к которым давно призывают люди, живущие с ВИЧ. С помощью коллективных глобальных мер, ставящих людей выше политики, мы можем использовать кризис COVID-19 как возможность активизировать борьбу с ВИЧ, увеличить всеобщий охват услугами здравоохранения и достичь Целей в области устойчивого развития (ЦУР).

Возврат к достижению целей

Чтобы наверстать упущенное в реализации планов по борьбе с ВИЧ, необходимо поставить новые промежуточные цели, которые помогут из нынешнего состояния прийти к выполнению обязательства положить конец эпидемии СПИДа, закрепленного в Повестке дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. ЮНЭЙДС вместе с партнерами проанализировала имеющиеся данные и разработала ряд предлагаемых целей на 2025 г., которые, в случае их достижения, позволят реализовать конечную цель на 2030 г. Инвестиционная структура, служившая основой для установления предыдущих целей, была обновлена, чтобы служить основой для достижения целей на 2025 г.

Была проведена серия технических консультаций с экспертами и заинтересованными сторонами по различным направлениям борьбы с ВИЧ. В ходе этих консультаций была проанализирована текущая ситуация. Эксперты определили, какие меры в настоящее время эффективны и могут использоваться дальше, а какие неэффективны и должны быть изменены, а также какие ключевые пробелы необходимо устранить в нынешней стратегии. Была собрана группа экспертов по эпидемиологическому моделированию, задачей которой было спрогнозировать влияние различных подходов и комбинаций услуг.

В ходе работы она выяснила, что для значительного сокращения числа случаев заражения ВИЧ-инфекцией и смертей, связанных со СПИДом, необходимо обеспечить предоставление очень высокому проценту людей, живущих с ВИЧ, и людей, подвергающихся наибольшему риску заражения, базовой комбинации доказавших свою эффективность услуг в связи с ВИЧ, таких как различные варианты профилактики, тестирования, антиретровирусной терапии и помощи в достижении и поддержании вирусной супрессии.

Растущий объем фактических данных показывает, что для широкого охвата этими услугами необходимы как благоприятные социальные условия, так и стратегии оказания социально ориентированных услуг, которые включали бы и другие важные медицинские и социальные услуги. В связи с этим в предлагаемых задачах на 2025 г. гораздо больше внимания уделяется социальным факторам и механизмам оказания услуг. В эпидемиологической модели, используемой для оценки воздействия, было учтено влияние правовой и политической среды, гендерного неравенства, стигматизации и дискриминации, связанных с ВИЧ. Модель показывает, как социальные и правовые барьеры препятствуют доступу к услугам в отношении ВИЧ, и что устранение этих препятствий имеет решающее значение для достижения целей по борьбе с пандемией.

Социально ориентированные цели на 2025 г.

Предложенные цели на 2025 г. можно разделить на три категории:

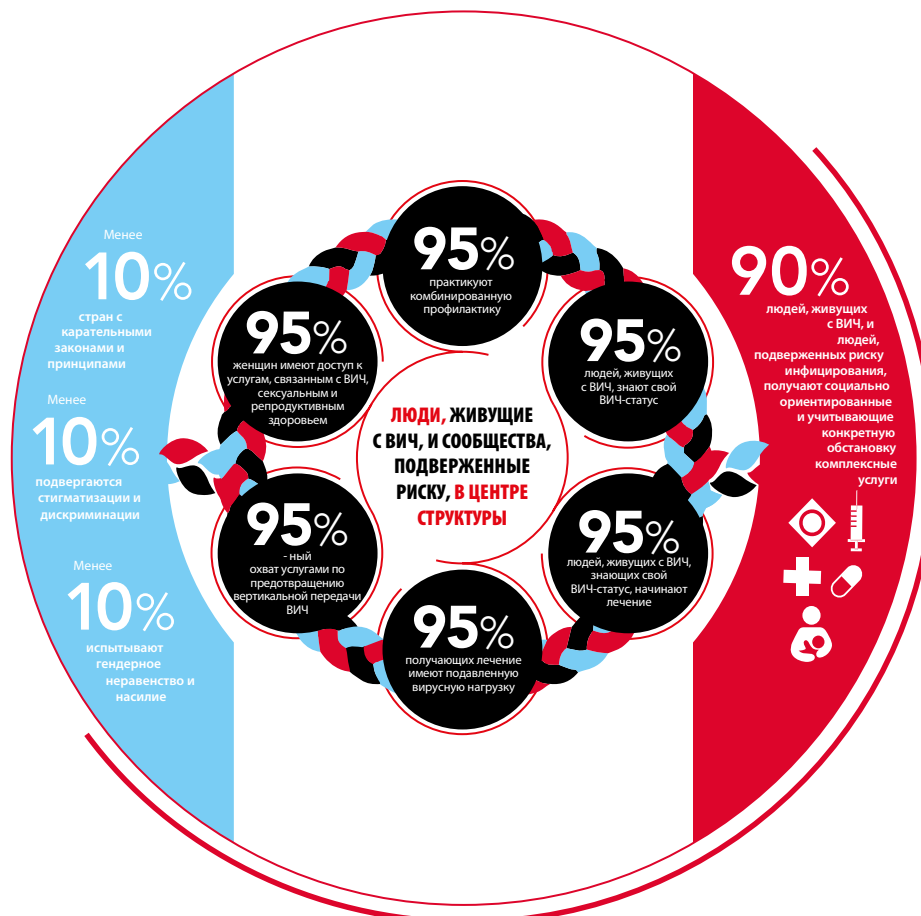
1. комплексные услуги в связи с ВИЧ;
2. интеграция социально ориентированных и учитывающих конкретную обстановку услуг;
3. устранение социальных и правовых препятствий для создания благоприятной среды для оказания услуг в связи с ВИЧ.

Эти три направления взаимосвязаны и усиливают друг друга по аналогии с веревкой, сплетенной из нескольких волокон, которая в целом крепче отдельных ее элементов (рисунок 1). Эти задачи ориентированы в первую очередь на людей, живущих с ВИЧ, и людей, подвергающихся наибольшему риску заражения ВИЧ. Цели по борьбе со СПИДом на 2025 г. также входят в более широкую глобальную повестку дня в области здравоохранения и развития, и важнейшие элементы этой повестки дня пересекаются с тремя целевыми областями.

Цели были определены таким образом, чтобы отразить необходимость в разработке и предоставлении услуг, четко отвечающих потребностям и предпочтениям людей, которые часто маргинализируются обществом.

РИСУНОК 1

Первостепенные цели на 2025 г.



Часто в тех областях, где прогресс отстает, не задействованы сообщества, которые могут устранять недочеты и ускорять достижение поставленных целей: предоставлять важнейшие услуги, в том числе тем, кто имеет ограниченный доступ к медицинскому обслуживанию, стимулировать ответственность за результаты, выступать за необходимые изменения и предоставлять данные, позволяющие оказывать по-настоящему социально ориентированные услуги. Чтобы восполнить этот пробел, необходимо в полной мере задействовать членов местного сообщества в качестве лидеров и основных партнеров в противодействии ВИЧ, а также обеспечить достаточные финансовые вложения в местные инициативы и их полную интеграцию в национальные программы.

Достижение целей на 2025 г. также потребует открытости в отношении инноваций и ускорения внедрения

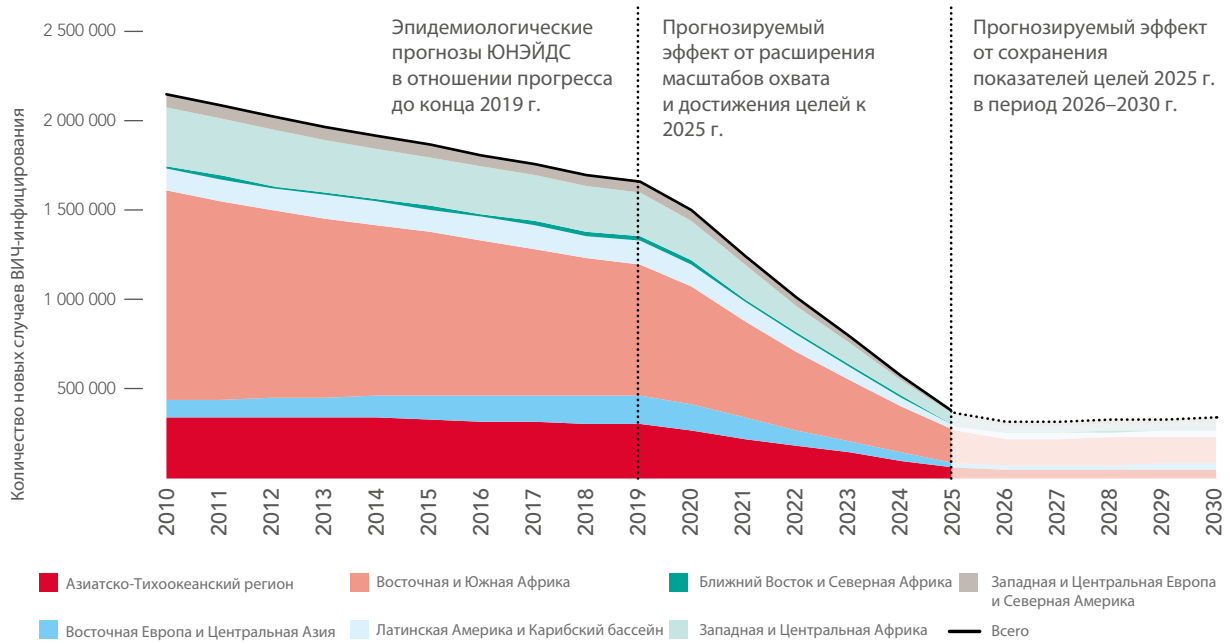
технологических достижений и успешных подходов в сфере предоставления услуг. К ним относятся существующие стратегии и технологии, такие как дифференцированные модели тестирования на ВИЧ и соответствующей терапии, оптимизированные схемы лечения, а также будущие нововведения, такие как схемы доконтактной профилактики (ДКП) и антиретровирусной терапии длительного действия.

Эпидемиологическая модель показывает, что достижение этих целей к 2025 г. приблизит нас к сокращению новых случаев заражения за год на 90 % к 2030 г. (если использовать 2010 г. в качестве базового уровня), как предусмотрено в ЦУР. Также будет достигнуто аналогичное сокращение числа смертей от причин, связанных со СПИДом (рисунок 2).

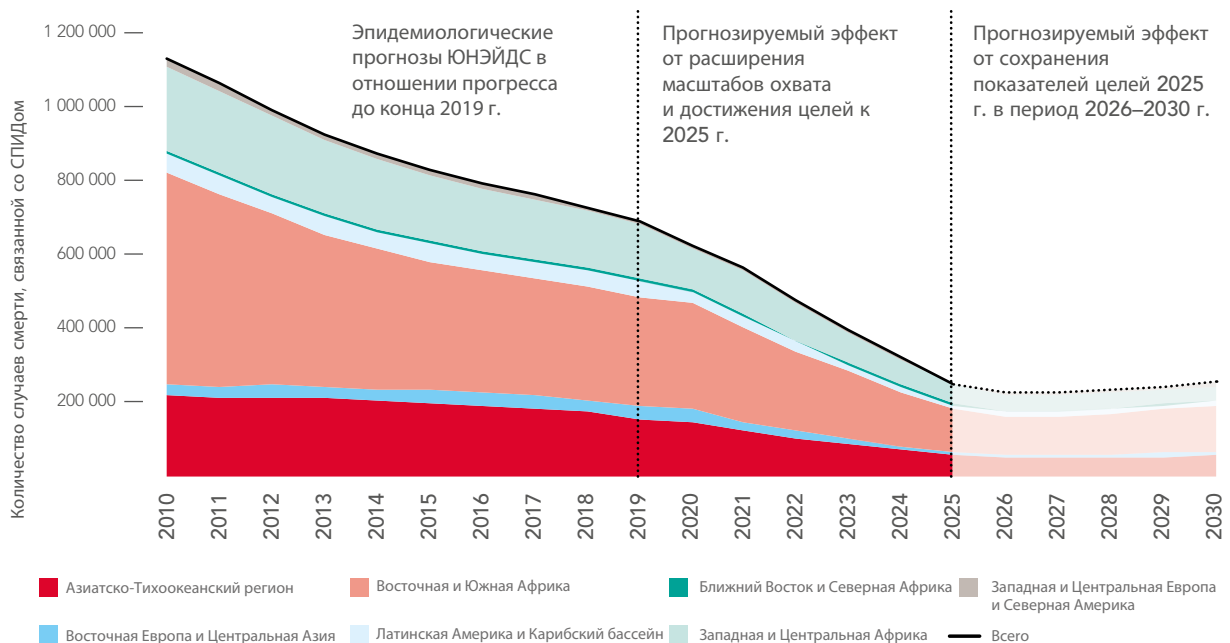
РИСУНОК 2

Прогнозируемый эффект от достижения целей к 2025 г.

Случаи ВИЧ-инфекции



Случаи смерти, связанной со СПИДом



Источник: специальный анализ, проведенный Avenir Health с использованием информации о целях к 2025 г. и эпидемиологических прогнозов ЮНЭЙДС, 2020 г. (<https://aidsinfo.unaids.org/>) (см. приложение о методах)

Беспрецедентный вызов и возможности, обусловленные COVID-19

COVID-19 распространился по миру с ужасающей скоростью, волна инфекций обрушилась на страны, города и местные сообщества. Новая пандемия оказала широкомасштабное влияние на системы здравоохранения и другие государственные службы. Нарушилось оказание услуг в связи с ВИЧ, и растянулись цепочки поставок необходимых средств.

В связи с этим снизилось ежемесячное число новых поставленных диагнозов ВИЧ и, соответственно, увеличился период до начала лечения. Все меньше людей начинают антиретровирусную терапию, что препятствует росту количества людей, живущих с ВИЧ, которые получают лечение. По оценкам, по состоянию на середину июня лечение получали 25,1–26,2 миллиона человек, что всего на 2,4 % больше, чем по состоянию на конец 2019 г. (24,5–25,6 миллиона человек). Для сравнения, с января по июнь 2019 г. количество пациентов с ВИЧ, получающих

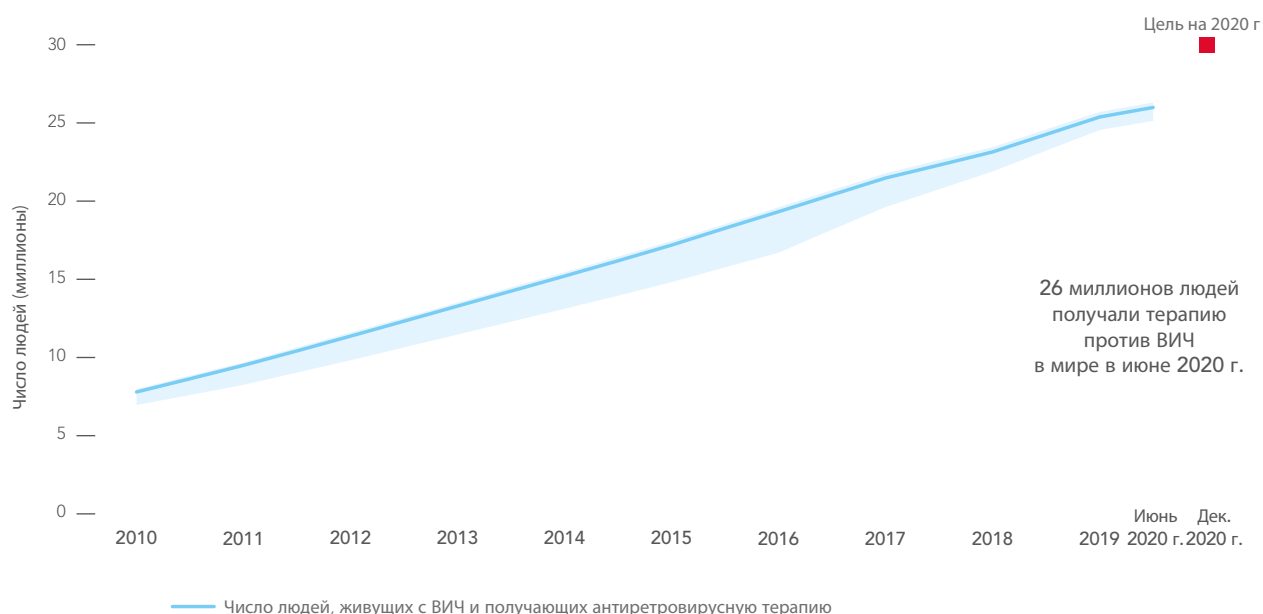
лечение, увеличилось примерно на 4,8 %. В целом еще 4 миллиона человек должны получить доступ к лечению, чтобы достичь целевого показателя 30 миллионов на конец 2020 г. (рисунок 3).

Карантин и необходимость соблюдения социального дистанцирования затруднили, а в некоторых случаях сделали невозможным проведение очных консультаций. Резкий, внезапный экономический спад увеличил масштабы нищеты и голода, и есть опасения, что сокращение бюджетных возможностей во многих странах неизбежно ограничит внутренние инвестиции в меры по противодействию ВИЧ в ближайшие годы.

Однако в то же время пандемия COVID-19 продемонстрировала гибкость мер противодействия ВИЧ и многочисленные побочные выгоды от инвестиций, связанных с ВИЧ, в системы здравоохранения и развитие инфраструктуры. Благодаря инновациям в области политики и предоставления услуг — и особенно благодаря изобретательности местных сообществ — меры

РИСУНОК 3

Число людей, живущих с ВИЧ и получающих антиретровирусную терапию, по всему миру, с 2010 г. по июнь 2020 г. и цель на конец 2020 г.

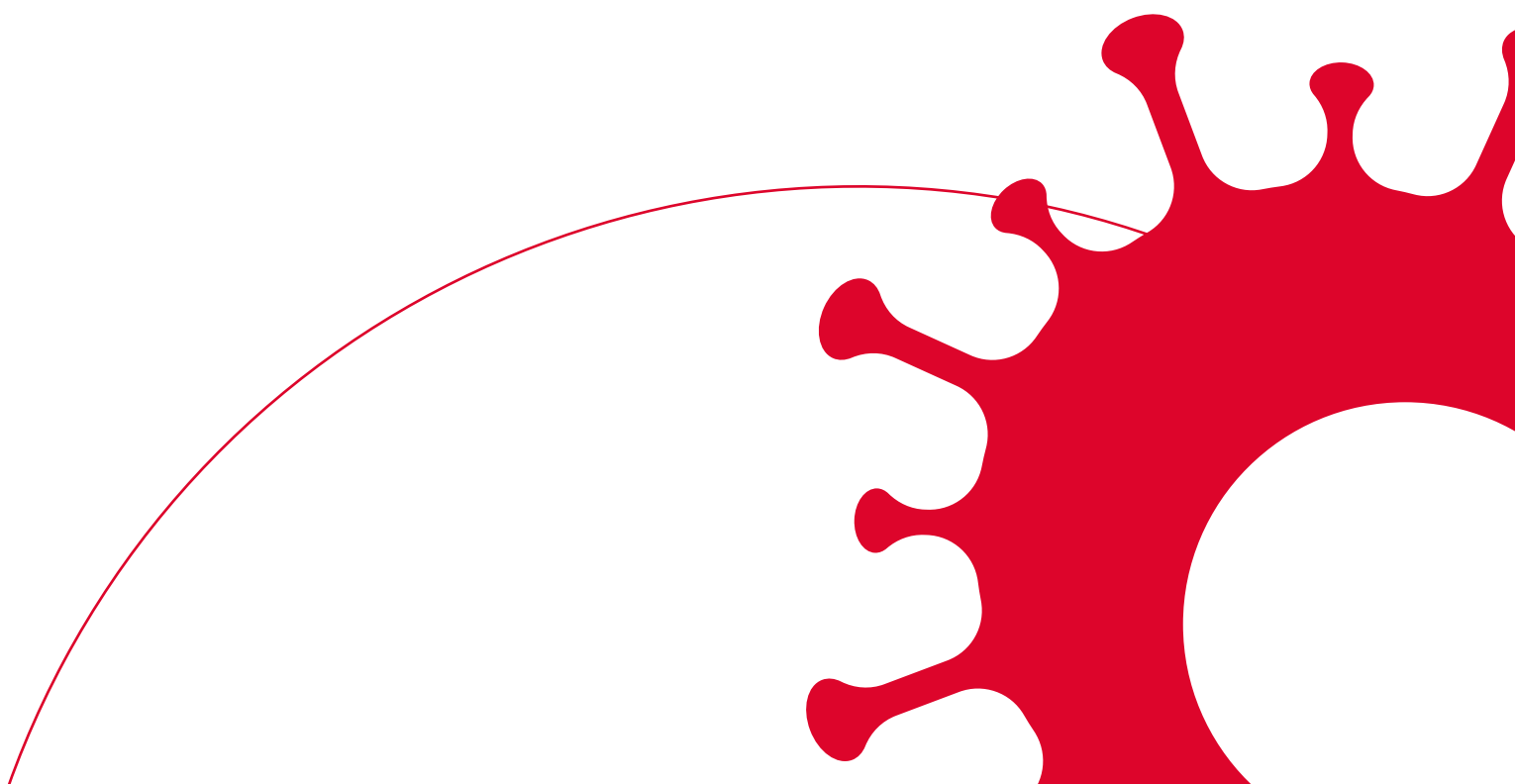


Источник: прогнозы ЮНЭЙДС на 2020 г.; Глобальный мониторинг эпидемии СПИДа от ЮНЭЙДС, 2020 г. (<https://aidsinfo.unaids.org/>); инструмент отслеживания услуг в отношении ВИЧ, ЮНЭЙДС/ВОЗ/ЮНИСЕФ, ноябрь 2020 г.

по противодействию ВИЧ в значительной степени позволили решить проблему, связанную с пандемией COVID-19, а именно обеспечить непрерывность оказания услуг в чрезвычайных обстоятельствах. COVID-19, вероятно, не лучшим образом скажется на разработке мер по противодействию ВИЧ. Несмотря на это, способность программ по ВИЧ адаптироваться вселяет уверенность в том, что эти негативные последствия, при условии необходимого финансирования, можно преодолеть за короткое время.

Пандемии ВИЧ и COVID-19, как и меры по борьбе с ними, подчеркивают важность повышения устойчивости общества и систем здравоохранения, а также важность устранения лежащего в их основе неравенства. Скорость, с которой вирус, вызывающий COVID-19, распространился по миру, также стала ярким напоминанием о возросшей взаимосвязанности сообществ и стран в двадцать первом веке. Ни одна страна не может победить эти пандемии в одиночку. Разжигание националистических страстей, перекладывание вины на другие страны и присвоение

медицинских достижений не позволят нам победить вирусы, для которых не существует ни национальностей, ни границ. История показывает, что проблемы такого масштаба можно победить только путем глобальной солидарности, принятия совместной ответственности и мобилизации мер противодействия, охватывающих все слои населения.



02

Доступ к медикаментам



**ПОДДЕРЖАТЬ
НЕ НАКАЗЫВАТЬ**

Support
don't
punish.

ИНИЦИАТИВА FAST TRACK. УСПЕХИ И НЕДОСТАТКИ

Многим странам, использующим подход Fast Track, удалось значительно сократить число случаев инфицирования ВИЧ и смертность вследствие СПИДа. Однако эти достижения нивелированы незначительным прогрессом или полным его отсутствием во многих других странах.

Поворотный момент в глобальной борьбе с ВИЧ произошел в 2001 г., когда Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций (ООН) заложила основу для создания Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (Глобальный фонд), и были предприняты первые шаги в направлении значительного расширения доступа к тестированию на ВИЧ, лечению, профилактике и другим связанным с заболеванием услугам. Последующие заседания высокого уровня Генеральной Ассамблеи в 2006 и 2011 гг. позволили сохранить эту динамику.

В 2016 г. Генеральная Ассамблея ООН приняла 10 ключевых обязательств, закрепленных в Политической декларации по прекращению СПИДа 2016 г., по увеличению и ускоренному началу инвестиций в течение пяти лет для ускорения расширения охвата услугами и создания импульса для искоренения СПИДа как угрозы общественному здоровью к 2030 г. (рисунок 4). Моделирование эпидемии показало, что выполнение этих обязательств приведет к сокращению числа новых случаев инфицирования ВИЧ и смертей, связанных со СПИДом, примерно до 500 000 в год к 2020 г., что примерно на 75 % снизит заболеваемость ВИЧ и количество смертей, связанных со СПИДом с 2010 г. Мировое сообщество по противодействию ВИЧ взялось за реализацию реализации программы Fast Track со большим оптимизмом.

Многие страны в разных регионах и с разной эпидемической ситуацией внедрили подход Fast Track. Однако их достижения нивелируются незначительным прогрессом или полным его отсутствием во многих других странах. В целом по регионам борьба с ВИЧ не усиливается, а скорее, наоборот, ухудшается, при этом количество новых случаев инфицирования с 2010 по 2019 г. увеличилось на 72 % в Восточной Европе и Центральной Азии, на 22 % — на Ближнем Востоке и в Северной Африке и на 21 % — в Латинской Америке. Цель инициативы Fast Track — выход на четкий путь к прекращению СПИДа как угрозы общественному здоровью к 2020 г. — не была достигнута. На глобальном уровне ни одно из 10 обязательств не выполнено. Поскольку до крайнего срока прекращения эпидемии осталось 10 лет, необходимо срочно скорректировать курс.

РИСУНОК 4

Обязательства в рамках инициативы Fast-Track на 2020 г.

НЕДОСТИГНУТЫЕ ЦЕЛИ

КЛЮЧЕВЫЕ ЦЕЛИ

Снижение количества новых случаев заражения ВИЧ до уровня ниже 500 000 к 2020 г.

Снижение количества смертей вследствие СПИДа до уровня ниже 500 000 к 2020 г.

Искоренение стигматизации и дискриминации в связи с ВИЧ к 2020 г.

10 ОБЯЗАТЕЛЬСТВ



1

Предоставление доступа к лечению 30 миллионам человек, живущих с ВИЧ, за счет достижения целевых показателей 90–90–90 к 2020 г.



2

Предотвращение новых случаев инфицирования ВИЧ среди детей к 2020 г. и предоставление доступа к лечению ВИЧ для 1,6 миллиона детей к 2018 г. и для 1,4 миллиона к 2020 г.



3

Предоставление доступа к возможностям комбинированной профилактики, включая доконтактную профилактику, добровольное медицинское мужское обрезание, снижение вреда и презервативы, по крайней мере 90 % людей к 2020 г., особенно молодым женщинам и девочкам-подросткам в странах с высокой распространенностью ВИЧ и ключевым группам населения — мужчинам-геям и другим мужчинам, имеющим половые отношения с мужчинами, трансгендерным людям, работникам секс-бизнеса и их клиентам, людям, употребляющим инъекционные наркотики, и заключенным



4

Ликвидация гендерного неравенства и искоренение всех форм насилия и дискриминации в отношении женщин и девочек, людей, живущих с ВИЧ, и ключевых групп населения к 2020 г.



5

Обеспечение наличия у 90 % молодых людей навыков, знаний и возможностей для защиты от ВИЧ, а также доступа к услугам по обеспечению сексуального и репродуктивного здоровья к 2020 г. с целью снижения количества новых случаев заражения ВИЧ среди девочек-подростков и молодых женщин до уровня ниже 100 000 в год



6

Предоставление 75 % людей, живущих с ВИЧ, подверженных риску заражения или пострадавших от ВИЧ, возможностей воспользоваться социальной в связи с ВИЧ к 2020 г.



7

Обеспечение ведущего участия сообществ по крайней мере в 30 % всех услуг к 2020 г.



8

Увеличение инвестиций, связанных с ВИЧ, до 26 миллиардов долларов США к 2020 г., включая выделение четверти суммы на профилактику ВИЧ и 6 % на социальные инструменты реализации



9

Предоставление людям, живущим с ВИЧ, подверженным риску заражения или пострадавшим от ВИЧ, возможностей узнать свои права и получить доступ к правосудию и правовой помощи в целях предотвращения нарушений прав человека и борьбы с их нарушениями



10

Выведение проблемы СПИДа из изоляции с помощью социально ориентированных систем для улучшения всеобщего охвата услугами здравоохранения, включая лечение туберкулеза, рака шейки матки и гепатита В и С

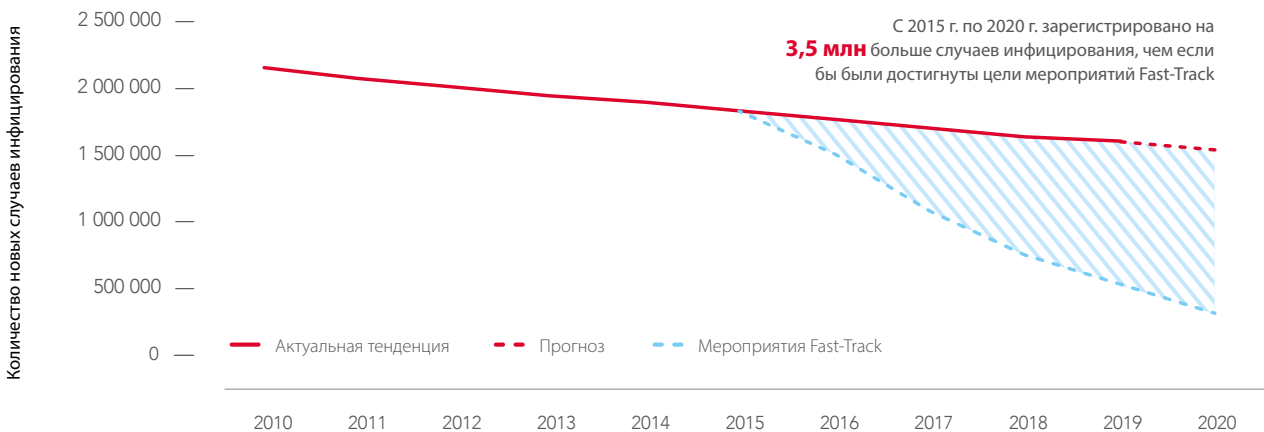
Стремление к трем нулям. Важный, но недостаточный прогресс

Результаты в стремлении достигнуть трех нулей — ноль новых случаев ВИЧ-инфекции, ноль дискриминации и ноль смертей вследствие СПИДа — были неоднозначными в последние годы и далеко не соответствовали глобальным чаяниям. Коллективная

неспособность вложить достаточные средства в комплексные, основанные на правах и индивидуально ориентированные меры борьбы с ВИЧ обходится ужасной ценой: с 2015 по 2020 г. было на 3,5 миллиона больше новых случаев инфицирования ВИЧ и на 820 000 больше связанных со СПИДом смертей, чем предусмотрено стратегией по достижению целей к 2020 г. (рисунки 5 и 6).

РИСУНОК 5

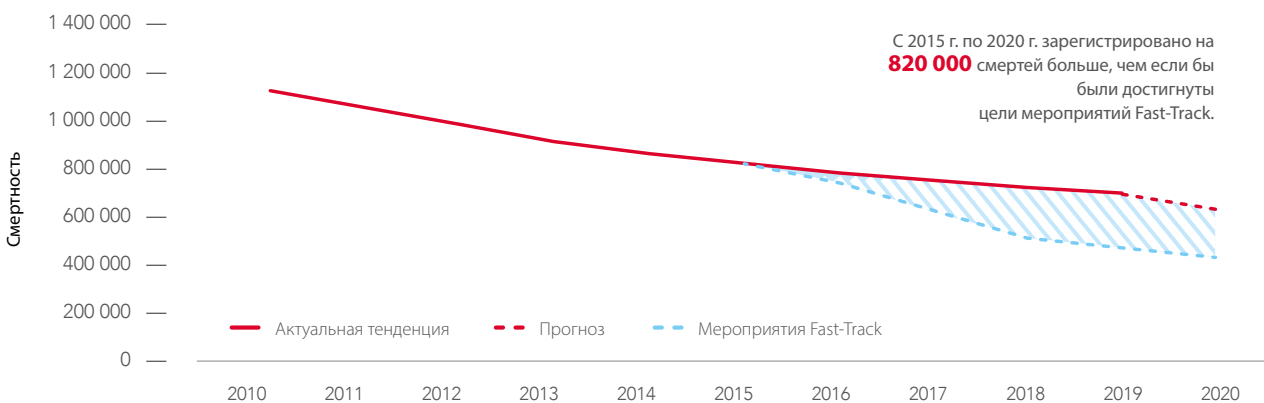
Проекция количества новых случаев ВИЧ-инфицирования до конца 2020 г. и смоделированный прогноз в результате мероприятий Fast-Track, по всему миру, 2010–2020 г.



Источник: Специальный анализ, проведенный институтом Avenir Health с использованием информации о эпидемиологических прогнозах ЮНЭЙДС, 2020 г. (см. <https://aidsinfo.unaids.org/>).

РИСУНОК 6

Проекция количества случаев смерти, связанной со СПИДом, до конца 2020 г. и смоделированный прогноз в результате мероприятий Fast-Track, по всему миру, 2010–2020 г.



Источник: Специальный анализ, проведенный институтом Avenir Health с использованием информации о эпидемиологических прогнозах ЮНЭЙДС, 2020 г. (см. <https://aidsinfo.unaids.org/>).

Примечание: Способы определения смертности вследствие СПИДа совершенствуются с 2016 г. По этой причине наиболее актуальные данные по смертности вследствие СПИДа (красная линия) до 2016 г. ниже, чем данные, использовавшиеся для расчета целевых показателей 2020 г. (синяя пунктирная линия).

Ноль новых случаев ВИЧ-инфекции

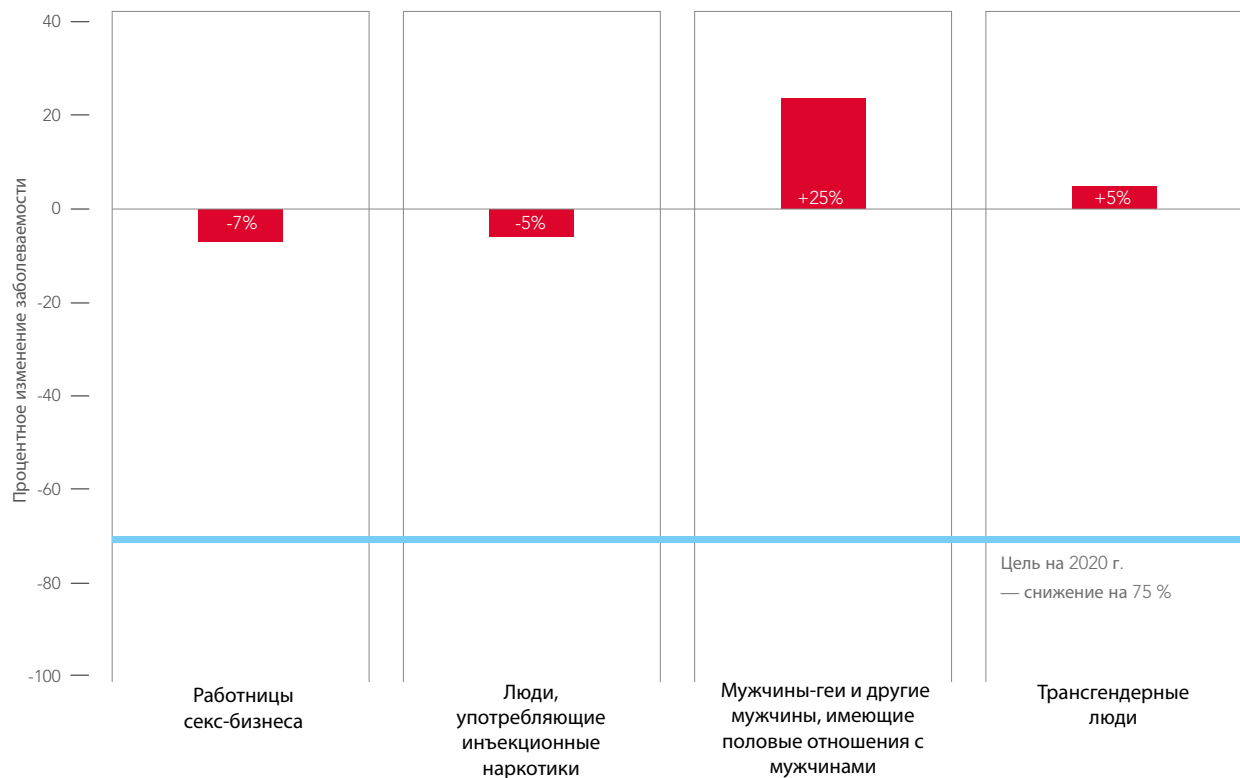
Две страны (Сингапур и Тринидад и Тобаго) добились сокращения числа новых случаев инфицирования на 75 % в период с 2010 по 2019 г., и в общей сложности 22 страны находились на пути к их сокращению на 90 % к 2030 г. Эти примеры подчеркивают влияние согласованных действий.

Однако в глобальном масштабе количество новых случаев инфицирования ВИЧ снизилось всего на 23 % с 2010 по 2019 г. 1,7 миллиона [1,2–2,2 миллиона] новых случаев инфицирования, зафиксированных в 2019 г., более чем в три раза превышают глобальный целевой показатель — менее 500 000 новых случаев инфицирования в 2020 г. Число молодых женщин, инфицированных в 2019 г. (280 000 [160 000 — 420 000]), почти в три раза превысило глобальный целевой показатель — менее 100 000 в 2020 г. По оценкам, в 2019 г. было также зарегистрировано

150 000 [94 000 — 240 000] новых случаев инфицирования ВИЧ среди детей (в возрасте от 0 до 14 лет), в то время как целевой показатель на 2020 г. составляет менее 20 000. Кроме того, почти не удалось сократить число случаев заражения ВИЧ среди работниц секс-бизнеса, людей, употребляющих инъекционные наркотики, и трансгендерных женщин, а число случаев инфицирования ВИЧ среди мужчин-геев и других мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, увеличилось на 25 % в период с 2010 по 2019 г. (рисунок 7). В 2019 г. на ключевые группы населения (включая мужчин-геев и других мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, людей, употребляющих инъекционные наркотики, работников секс-бизнеса, трансгендерных людей и заключенных) и их партнеров приходилось 62 % всех новых случаев инфицирования во всем мире, при этом они составляли наибольшую долю новых случаев инфицирования во всех регионах, кроме Восточной и Южной Африки.

РИСУНОК 7

Процентное изменение заболеваемости ВИЧ среди ключевых групп населения, по всему миру, 2010–2019 г.



Источник: Источник: специальный анализ имеющихся данных по ключевым группам населения, выполненный ЮНЭЙДС, 2020 г.

Ноль смертей вследствие СПИДа

Непрерывное и постоянное снижение смертности вследствие СПИДа представляет собой наиболее многообещающий прогресс, достигнутый за последнее десятилетие. Одна страна (Многонациональное Государство Боливия) добилась снижения связанной со СПИДом смертности на 75 % в период с 2010 по 2019 г., и в общей сложности 26 страны находились на пути к их сокращению на 90 % к 2030 г. В целом с 2010 по 2019 г. число смертей вследствие СПИДа во всем мире снизилось на 39 %. Это прогресс, которым можно гордиться, но количество смертей вследствие СПИДа в 2019 г. (690 000 [500 000 — 970 000]) все еще намного превышает цель 2020 г. по снижению смертности до менее 500 000.

Ноль дискриминации

Несмотря на то что большие успехи были достигнуты в расширении биомедицинских подходов к противодействию ВИЧ, особенно в отношении тестирования и лечения, неспособность решить важные социальные и структурные проблемы снижает охват, влияние и устойчивость услуг в связи с ВИЧ. Опросы населения показывают, что, хотя дискриминационное отношение к людям, живущим с ВИЧ, снижается в одних странах, оно усиливается в других и остается неприемлемо высоким во всех регионах, где проводились опросы. Опросы людей, живущих с ВИЧ, в 13 странах также подтверждают, что стигматизация и дискриминация в медицинских учреждениях — в форме отказа в медицинской помощи, пренебрежительного отношения, принудительных процедур или нарушения конфиденциальности — остаются неутешительно распространенным явлением (рисунок 8).

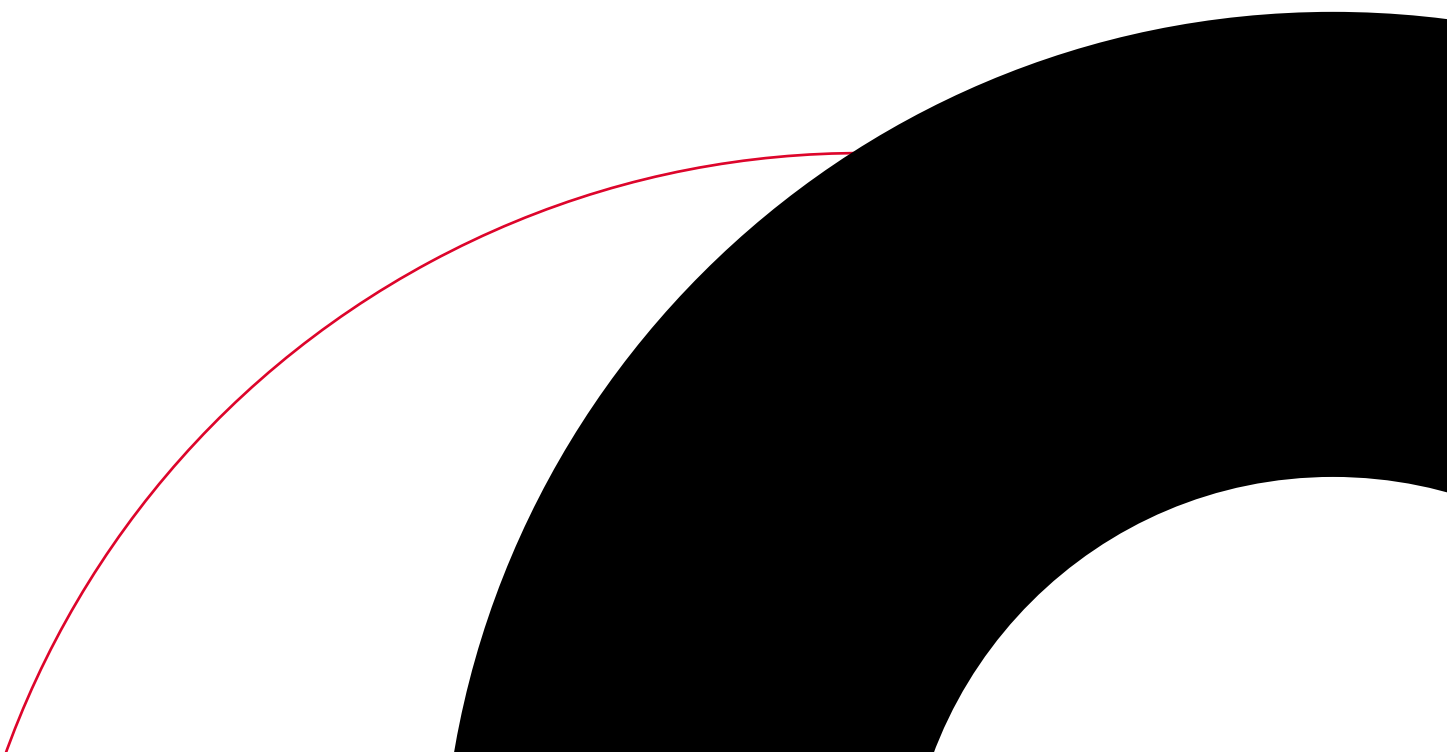
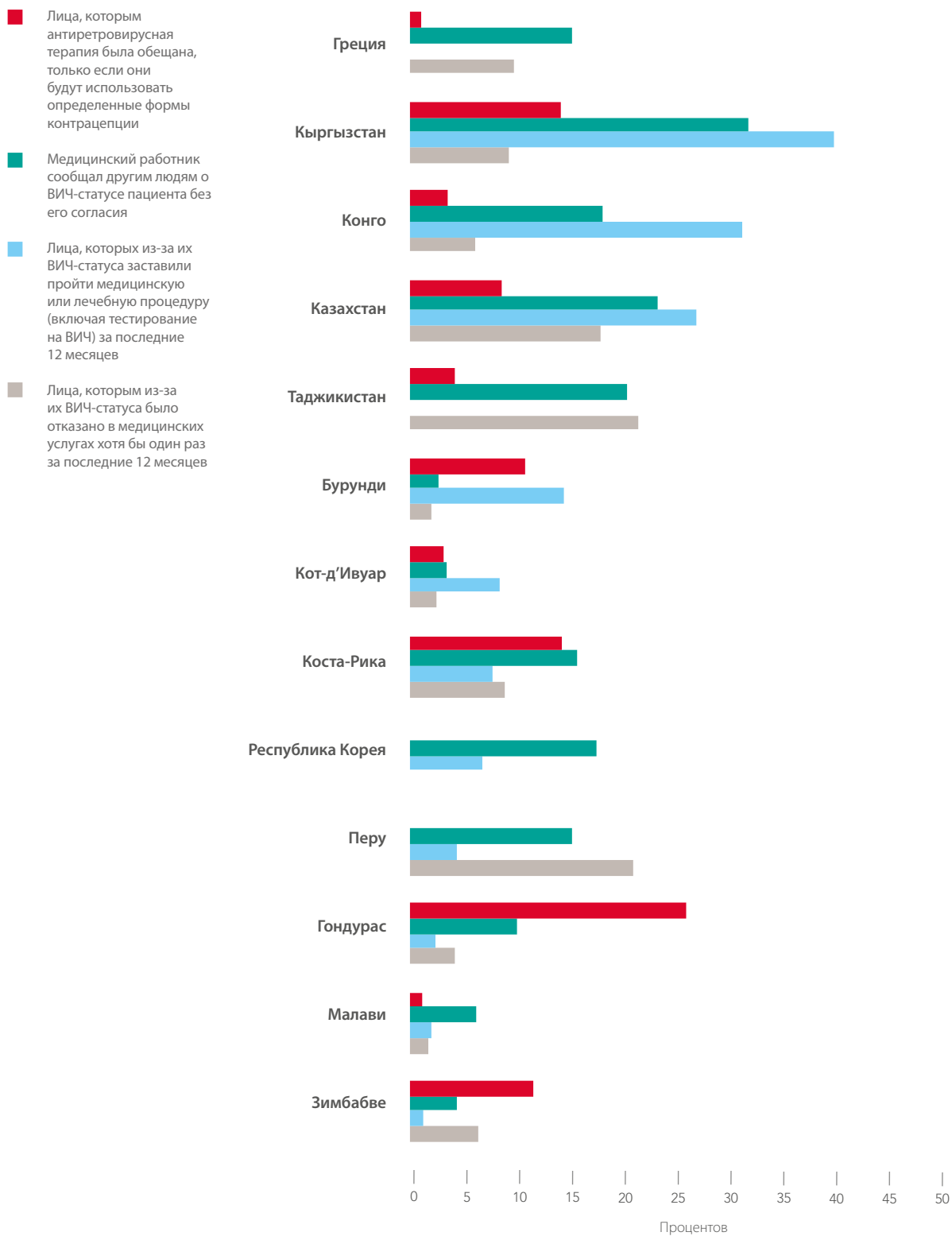


РИСУНОК 8

Процент людей, живущих с ВИЧ, которые подвергались различным формам дискриминации в медицинских учреждениях, страны с имеющимися данными, 2013–2018 г.



Источник: Определение индекса уровня стигмы людей, живущих с ВИЧ, 2013—2018 гг.



Несмотря на то что были достигнуты большие успехи в расширении биомедицинских подходов к противодействию ВИЧ, особенно в отношении диагностики и лечения, неспособность решить важные социальные и структурные проблемы снижает охват, влияние и устойчивость услуг по противодействию ВИЧ

НЕ УДАЕТСЯ ДОСТИЧЬ ЦЕЛЕЙ ИНИЦИАТИВЫ FAST TRACK

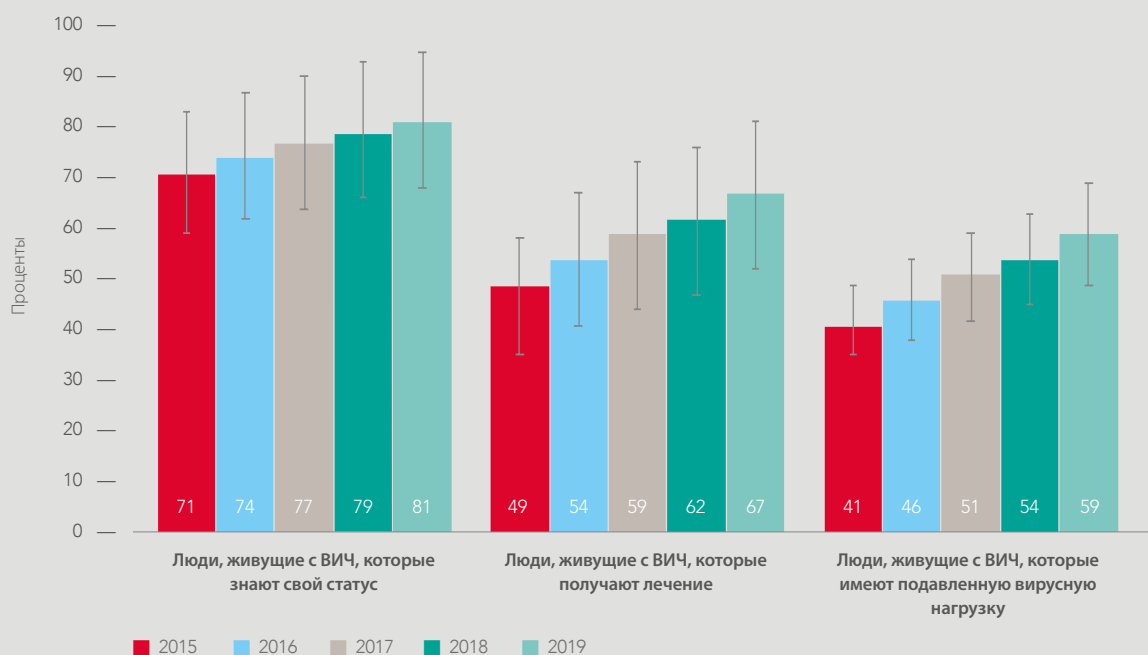
Недостаточный прогресс в достижении трех нулей на 2020 г. обусловлен глобальной неспособностью двигаться к целям Fast Track согласно плану

Относительно оптимистичным был прогресс в достижении целей тестирования и лечения 90–90–90. По состоянию на конец 2019 г. 81 % людей, живущих с ВИЧ, знали свой ВИЧ-статус; среди тех, кто знал свой статус, 82 % получали лечение, а 88 % из тех, кто получал лечение, достигли вирусной супрессии. Тем не менее пробелы в этих услугах в совокупности привели к тому, что доля всех людей, живущих с ВИЧ, у которых вирусная супрессия была достигнута, составляет 59 % [49–69 %] (рисунок 9), что значительно ниже целевого показателя 90–90–90 в 73 %.

С 2010 по 2019 г. число новых случаев инфицирования детей ВИЧ сократилось более чем наполовину, но с 2016 г. прогресс в исключении передачи ВИЧ от матери ребенку был медленным. Отчасти это связано с проблемами диагностики у женщин, инфицированных на поздних сроках беременности и в период грудного

РИСУНОК 9

Каскад тестирования на ВИЧ и лечения ВИЧ, по всему миру, 2015–2019 г.



Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2020 г. (см. приложение о методах).

вскармливания, а также продолжение лечения у тех, кому был поставлен диагноз во время беременности и кормления грудью. Охват лечением детей, живущих с ВИЧ (53 % в 2019 г.), достиг плато на уровне, значительно более низком, чем у взрослых (68 %).

Наблюдается недостаточный прогресс в обеспечении комбинированной профилактики ВИЧ среди взрослых. Согласно анализу, проведенному Глобальной коалицией по профилактике ВИЧ, в 2019 г. охват ключевыми компонентами комбинированной профилактики существенно отстает от глобального целевого показателя в 90 % (табл. 1). Уровень комплексных знаний о ВИЧ среди молодых людей также заметно ниже целевого показателя Fast Track в 90 %.

ТАБЛИЦА 1

Основные пробелы в достижении целевых показателей охвата профилактикой ВИЧ (28 стран Глобальной коалиции по профилактике ВИЧ, если не указано иное), 2018–2019 гг.

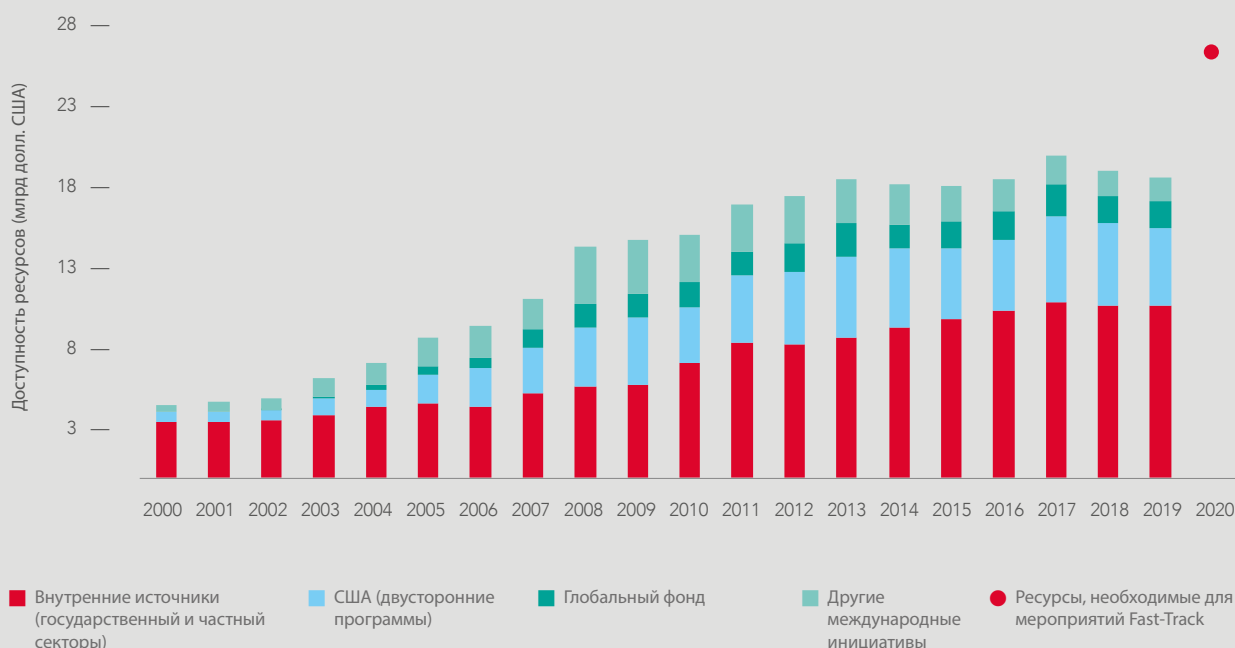
Обязательства к 2020 г., принятые Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций в 2016 г.	Показатель	Прогресс, достигнутый к концу 2019 г. (в среднем по странам, представившим отчеты).
90 % девочек-подростков и молодых женщин в условиях высокой распространенности имеют доступ к комплексным профилактическим услугам	Доля регионов с высокой заболеваемостью, охваченных комплексными программами для девочек-подростков и молодых женщин	41%
90 % ключевых групп населения во всем мире имеют доступ к комплексным профилактическим услугам	Процент ключевых групп населения, которые сообщили о получении как минимум двух профилактических услуг за последние три месяца	Работники секс-бизнеса: 44 % Мужчины-геи и другие мужчины, имеющие половые отношения с мужчинами: 30 % Люди, употребляющие инъекционные наркотики: 34 %
20 миллиардов презервативов в год передаются в страны с низким и средним уровнем дохода	Насколько удовлетворена потребность в презервативах	59%
Еще 25 миллионов молодых людей проходят добровольную процедуру обрезания по медицинским показаниям в 14 странах в Африке в 2016–2020 гг.	Достигнутый процент целевого количества добровольного медицинского мужского обрезания (ДММО)	15 миллионов суммарно с 2016 г.
3 миллиона человек из группы высокого риска получают доступ к ДКП	Количество людей, обеспеченных средствами ДКП (данные по всему миру)	590 000

Источник: Специальный анализ данных Глобального мониторинга эпидемии СПИДа за 2019 и 2020 гг. (см. <https://aidsinfo.unaids.org/>), выполненный Глобальной коалицией по профилактике ВИЧ, а также другие программные данные, представленные странами через Глобальную коалицию по профилактике ВИЧ.

В 2019 г. на противодействие ВИЧ было выделено 18,6 миллиарда долларов США (в постоянных ценах 2016 г. в долларах США), что почти на 30 % меньше 26,2 миллиарда долларов США, которые, по оценке ЮНЭЙДС, необходимы для глобальных мер по противодействию ВИЧ. Как и в случае с другими аспектами ответных мер, в период Fast Track резко сократились действия по мобилизации ресурсов: общие ресурсы для борьбы с ВИЧ увеличились на 20 % с 2010 по 2015 г., но только на 3 % — с 2015 по 2019 г., учитывая 2 %-е снижение с 2017 г. (рисунок 10).

РИСУНОК 10

Доступность ресурсов и основные источники финансирования борьбы с ВИЧ в странах с низким и средним уровнем доходов, 2000–2019 г., с указанием цели на 2020 г. в отношении потребностей в ресурсах



Источник: Финансовые расчеты ЮНЭЙДС, июль 2020 г. (см. <http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).
Примечание: в постоянных ценах 2016 г., долл. США.

Цели Fast Track в отношении преобразования социальных и структурных факторов, влияющих на уязвимость к ВИЧ и доступ к услугам, также не были достигнуты. В 46 странах, где опросы проводились с 2014 по 2018 г., примерно каждая пятая когда-либо состоявшая в браке или имевшая партнера женщина, а также девочки-подростки и молодые женщины подвергались физическому и (или) сексуальному насилию со стороны интимного партнера за предыдущие 12 месяцев. Это наглядно демонстрирует глобальную неспособность ликвидировать гендерное неравенство и положить конец всем формам насилия и дискриминации в отношении женщин и девочек, людей, живущих с ВИЧ, и ключевых групп населения к 2020 г.

Мировому сообществу также не удалось достичь цели, согласно которой 75 % людей, живущих с ВИЧ, подверженных риску инфицирования или пострадавших от ВИЧ, должны иметь возможность воспользоваться социальной защитой в связи с ВИЧ. Только пять из 21 страны с высоким бременем ВИЧ, в которых в стратегиях социальной защиты люди, живущие с ВИЧ, упоминаются в качестве основных получателей помощи, сообщили о достижении охвата не менее 50 % по крайней мере одним видом социальной защиты. Отчеты из 90 стран также свидетельствуют о наличии пробелов в получении правовой помощи людьми, живущими с ВИЧ или пострадавшими от этого заболевания.

Некоторые страны смогли реализовать глобальные амбиции

Хотя общий уровень прогресса в ответных мерах с 2015 г. неутешителен, многие страны — в разных регионах и с разным уровнем экономического развития — успешно ускорили свои действия по борьбе с ВИЧ.

Две страны Африки к югу от Сахары — Ботсвана и Эсватини — достигли целевых показателей 90–90–90 (при этом в Эсватини были превышены контрольные показатели 95–95–95), включая сопоставимые результаты каскада тестирования как для женщин, так и для мужчин. В соответствии с принципами совместной ответственности в ответных мерах Ботсвана в настоящее время покрывает почти две трети расходов на борьбу с ВИЧ (63 % в 2017 г., последнем, по которому имеется информация) за счет внутренних ресурсов. Зимбабве достигла глобальной цели по супрессии вируса (73 % всех людей, живущих с ВИЧ), а количество новых случаев инфицирования ВИЧ и смертей, связанных со СПИДом, снизилось на 44 % и 61 % соответственно с 2010 по 2019 г. Зимбабве также мобилизовала важные внутренние ресурсы с помощью специального национального целевого фонда, который помогает финансировать программу лечения ВИЧ в стране.

В Азии Камбоджа близка к достижению целевых показателей 90–90–90: страна уже превышает целевой показатель супрессии вируса в 73 %. Таиланд также ускорил свои ответные меры, достигнув целей 90–90–90 за счет инвестиций средств в услуги, предоставляемые сообществами, для маргинализированных групп населения. В качестве доказательства политической приверженности Таиланда борьбе с ВИЧ в 2019 г. страна покрыла почти 92 % расходов, связанных с ВИЧ, за счет внутренних ресурсов.

Несколько стран с высоким уровнем доходов придерживаются сроков графика прекращения эпидемии на национальном уровне. В Швейцарии менее чем у 500 человек ежегодно впервые диагностируется ВИЧ, поскольку в стране исключительно высокий уровень супрессии вируса (86 % [56–100 %] в 2019 г.) и высокая распространенность ДКП, особенно среди мужчин-геев и других мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами. В Нидерландах 91 % [82–99 %] людей, живущих с ВИЧ, знали о своем статусе, 85 % [77–93 %] людей, живущих с ВИЧ, получали антиретровирусную терапию, а у 82 % [75–91 %] наблюдалась вирусная супрессия.

Социально ориентированные меры по противодействию ВИЧ

Чтобы вернуться к графику достижения целей по противодействию ВИЧ, необходимо широко применять уроки, извлеченные в эпоху Fast Track, и масштабировать их. Один из таких уроков — эффективность социально ориентированных мер. Вместо единого подхода к предоставлению услуг, к которому должны адаптироваться разные люди и сообщества, поставщики услуг должны адаптировать услуги под тех, кто в них больше всего нуждается. Подход носит целостный характер и направлен на решение более широких проблем, с которыми сталкиваются люди, живущие с ВИЧ, и люди с повышенным риском инфицирования ВИЧ.

Отдельные сообщества лучше, чем кто бы то ни было, понимают свои потребности и обладают энтузиазмом и информированностью, которые способствуют эффективной адвокации, разработке политики и услуг. Они также мотивированы в обеспечении подотчетности. Когда местные сообщества играют ведущую роль в разработке и предоставлении услуг в связи с ВИЧ, эти услуги становятся доступнее тем, кто в них нуждается: повышается удобство их получения и сводятся к минимуму транспортные препятствия. Активность сообщества также гарантирует, что каждый человек, обращающийся к услугам, будет принят, выслушан и обслужен с должным уважением.

Рост количества убедительных доказательств свидетельствует об эффективности социально ориентированных и адаптированных к сообществам мер по борьбе с ВИЧ. Сообщества играют ведущую роль в разработке, запуске и оценке дифференцированных моделей предоставления услуг в отношении ВИЧ, что, в свою очередь, позволило существенно преобразовать сам процесс предоставления услуг, поскольку появилась возможность адаптировать подходы к потребностям отдельных лиц и сообществ (1–3).

Организации сообществ идеально подходят для предоставления соответствующих услуг членам своего сообщества. Они играют ключевую роль в охвате маргинализированных групп населения, которые часто не имеют доступа к основным медицинским учреждениям. В Кении, например, в HOUMAS — клинике для мужчин-секс-работников, основанной мужчинами-секс-работниками, — используется комплексный и разносторонний подход, объединяющий профилактику,

лечение и уход в связи с ВИЧ, а также улучшение социальной среды, включая защиту интересов своих клиентов, повышение осведомленности полиции, обучение юридических работников, а также мобилизацию и обучение членов сообщества¹. В общинном центре здравоохранения Tangerine в Бангкоке, Таиланд, работают трансгендерные люди и специалисты, учитывающие гендерные аспекты. Центр предоставляет комплексные, учитывающие предпочитаемый гендер и социально ориентированные услуги трансгендерным женщинам и мужчинам — группе населения, которая часто испытывает трудности с получением надлежащей и качественной помощи, учитывающей их особенности (4). Основанный на привлечении членов сообщества подход Tangerine позволил улучшить состояние здоровья его клиентов — трансгендерных людей, включая более высокий уровень повторного тестирования на ВИЧ, во многом за счет предоставления и других, не связанных напрямую с ВИЧ востребованных медицинских услуг, таких как гормональная терапия и комплексное обследование на рак и гепатит.

Деятельность сообществ по противодействию ВИЧ также помогает устранить гендерное неравенство и другие социальные и структурные факторы, которые влияют на уязвимость к ВИЧ, охват и успех мер по противодействию ВИЧ. Например, с общинной инициативой SASA!, которая с помощью гражданской активности, защиты интересов, налаживания коммуникации и обучения мобилизует сообщество и изменяет в нем гендерные нормы, связывают значительное сокращение физического, сексуального и эмоционального насилия, а также агрессии со стороны половых партнеров (5).

Подходы, ориентированные на участие членов сообществ, предусматривают несение ответственности поставщиками за оказание социально ориентированных услуг, а также механизмы обратной связи, которые, в свою очередь, позволяют выяснить, каких услуг не хватает и как можно улучшить их результаты. Мониторинг членами сообщества укрепляет доказательную базу, которую можно использовать для планирования, отслеживания и улучшения мер по противодействию ВИЧ. Наблюдательный совет сообществ, созданный Международной коалицией по готовности к лечению, например, задокументировал барьеры в предоставлении услуг и проблемы их качества для людей, живущих с ВИЧ, включая беременных женщин, молодых людей, геев и других мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, людей, употребляющих инъекционные наркотики, и работников секс-бизнеса (6). Точно так же проект Ритшидзе, разработанный людьми, живущими с ВИЧ, и их партнерами-активистами, проводит регулярный мониторинг услуг в связи с ВИЧ и туберкулезом более чем в 400 клиниках в Южно-Африканской Республике (7). Отчет «Глобальное состояние снижения вреда», публикуемый с 2006 г., является единственным независимым инструментом гражданского общества для мониторинга мер по борьбе с эпидемиями ВИЧ и гепатита С среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, в то время как ежегодные отчеты Международной ассоциации лесбиянок, геев, бисексуалов, трансгендеров и интерсексуалов (англ. International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association, сокр. ILGA) отслеживают применение законов, криминализирующих однополые сексуальные отношения по обоюдному согласию.

¹ Подробнее об этом читайте здесь: <https://www.galck.org/hoymas>.

03



COVID-19: ОТВЕТНЫЕ МЕРЫ И ВЫНЕСЕННЫЕ УРОКИ

Ограничения, связанные с COVID-19, часто внедрялись ускоренным применением дифференцированных, социально ориентированных подходов, которые оказались более доступными и приемлемыми для людей, живущих с ВИЧ, и людей, подверженных риску инфицирования ВИЧ.

COVID-19 поставил серьезные задачи перед всеми странами и сообществами (в том числе в отношении мер по борьбе с ВИЧ), а также перед людьми, наиболее пострадавшими от пандемии ВИЧ. ЮНЭЙДС отслеживает тенденции в использовании услуг в отношении ВИЧ в разных странах на ежемесячной основе, и эти данные свидетельствуют о том, что во многих странах произошли сбои в предоставлении основных услуг. Гражданское общество и другие партнеры сообщают, что ограничения, связанные с COVID-19, оказывают несоразмерное воздействие на наиболее уязвимых людей, включая маргинализированные и стигматизированные сообщества (8).

Но даже несмотря на то, что COVID-19 нарушил предоставление услуг в отношении ВИЧ, пандемия подчеркнула преобразующий характер инвестиций, связанных с ВИЧ, и важную роль, которую сообщества играют в реагировании на пандемию и обеспечении устойчивого социально-экономического развития. Проблемы, создаваемые карантинными и другими ограничениями, связанными с COVID-19, часто решались ускоренным применением дифференцированных, социально ориентированных подходов, которые оказались более доступными и приемлемыми для людей, живущих с ВИЧ, и людей, подверженных риску инфицирования ВИЧ. Во многих странах охват услугами быстро восстановился. Несмотря на то что COVID-19 наглядно продемонстрировал явное неравенство, он также указал на способы сделать системы здравоохранения и другие государственные учреждения более справедливыми, инклюзивными и способными решать проблемы XXI века.

Влияние COVID-19 на людей, живущих с ВИЧ и пострадавших от этого заболевания

Влияние на людей, живущих с ВИЧ

В то время как правительства во всем мире пытались замедлить распространение COVID-19 в начале 2020 г. и ослабить давление на перегруженные системы здравоохранения за счет требований социального дистанцирования и введения карантина, раннее моделирование прогнозировало, что шестимесячный перерыв в антиретровирусной терапии может привести к более чем 500 000

[471 000–673 000] дополнительных смертей от причин, связанных со СПИДом, включая туберкулез, в Африке к югу от Сахары в 2020–2021 гг. (9). Обеспечение продолжения лечения для людей, живущих с ВИЧ, включено в рекомендации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по поддержанию основных медицинских услуг в контексте COVID-19, и, очевидно, большинство стран следуют этому совету(10).

В большинстве из 25 стран, представивших достаточные ежемесячные данные об использовании медицинских услуг по состоянию на сентябрь 2020 г., не наблюдается снижения суммарного числа людей, живущих с ВИЧ и получающих антиретровирусную терапию, с апреля 2020 г. Хотя Гаити удалось продолжить расширять охват лечением, тревожное сокращение предоставления медицинских услуг было зарегистрировано в Доминиканской Республике, Гайане, Перу, Сьерра-Леоне и Южно-Африканской Республике, где проживает самое большое в мире количество людей с ВИЧ (рисунок 11). В Ботсване количество людей, получающих лечение, было стабильным с апреля по июнь, однако в июле было зарегистрировано снижение, которое может отражать сбои в системе здравоохранения, возникшие в предыдущие месяцы.

Кроме того, беспокойство вызывает значительное и постоянное сокращение масштабов тестирования на ВИЧ, которое отмечается во всех 24 странах, предоставляющих достаточное количество ежемесячных данных. В

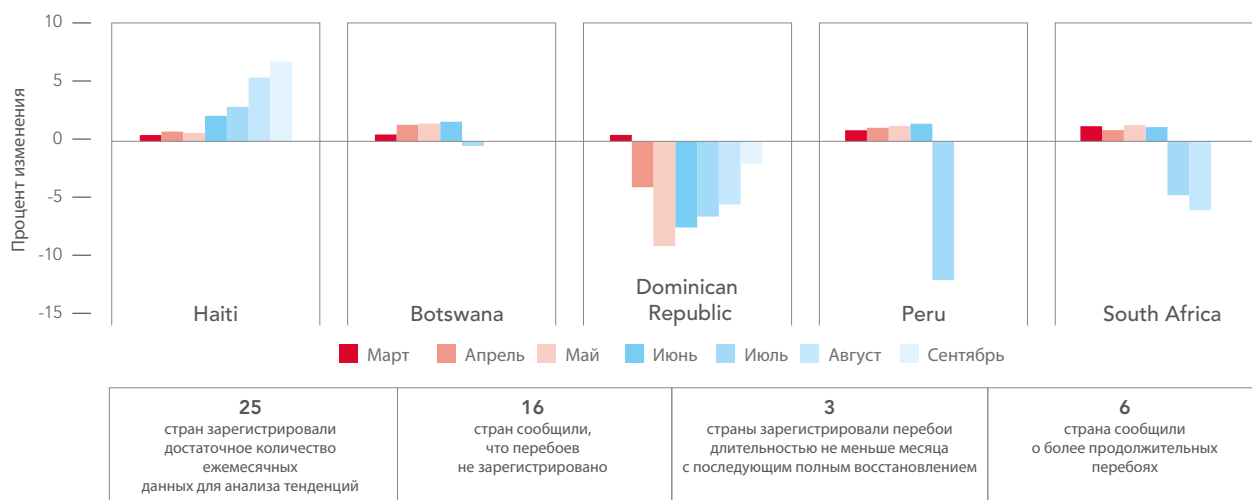
шести из этих стран к сентябрю уровень тестирования вернулся к уровню, на котором находился пандемии коронавирусной инфекции COVID-19, но во многих других, в том числе в странах Восточной и Южной Африки, в которых реализуются широкомасштабные программы тестирования на ВИЧ, количество выполняемых тестов на ВИЧ остается ниже показателей января и февраля (рисунок 12).

Помимо сокращения масштабов тестирования, пандемия коронавирусной инфекции COVID-19 наносит ущерб усилиям, направленным на скорейшее начало лечения людей, у которых впервые диагностирован ВИЧ. О сокращении числа людей, живущих с ВИЧ, которые начинают лечение, сообщают все 28 стран, предоставляющих достаточное количество ежемесячных данных, кроме одной страны (исключение составляет Ямайка). Это снижение было особенно сильным и длительным в Доминиканской Республике, Кыргызстане, Лесото, Сьерра-Леоне и Южно-Африканской Республике. Только в шести странах количество случаев начала лечения вернулось на уровень января и февраля, включая Нигерию, которая сообщила о значительном увеличении количества таких случаев в июле, августе и сентябре (рисунок 13).

Тестирование и лечение для профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери к плоду также претерпели негативные изменения. Из 13 стран, представивших достаточное количество ежемесячных данных, в шести наблюдалось

РИСУНОК 11

Изменение числа людей, на текущий момент получающих антиретровирусную терапию, за месяц по сравнению с исходным уровнем, в отдельных странах, 2020 г.



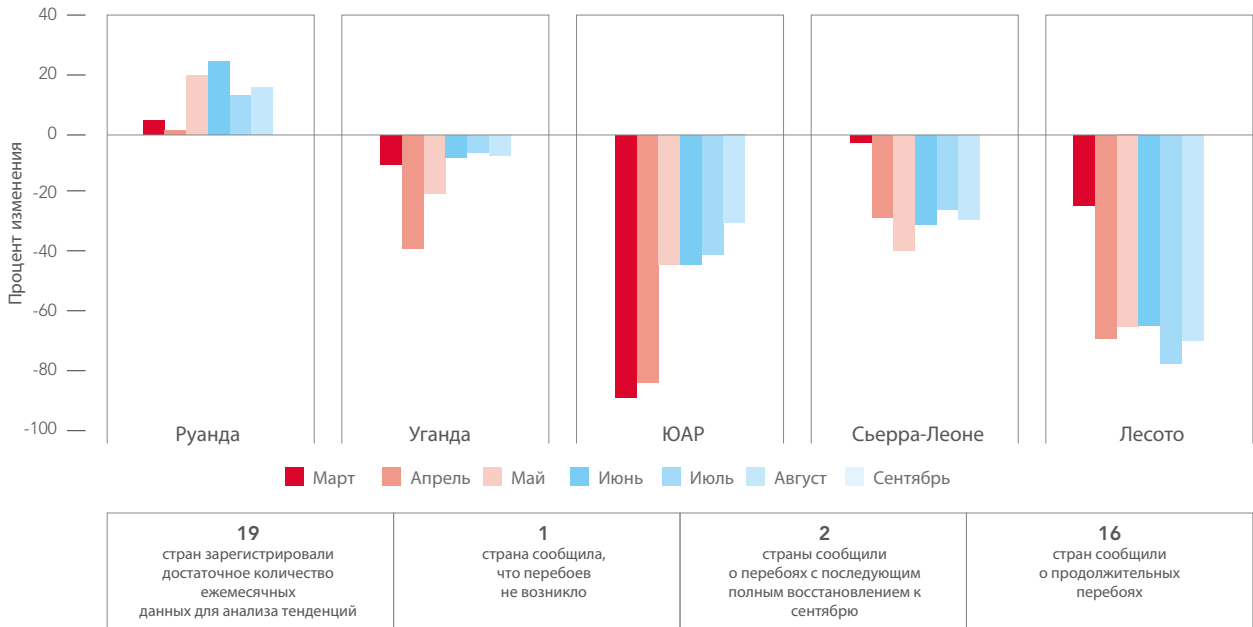
Источник: инструмент отслеживания услуг в отношении ВИЧ, ЮНЭЙДС/ВОЗ/ЮНИСЕФ, ноябрь 2020 г.

Примечание: исходный уровень представляет собой среднее значение за январь и февраль.

Примечание для исследователей об интерпретации: влияние COVID-19 на количество пациентов, получающих лечение, отличается в странах с доступными данными. В августе в Южной Африке примерно на 300 000 человек меньше получали лечение по сравнению с январем. Режим строгого карантина в апреле объясняет снижение показателей в июле для стран, использующих определение 3-месячного периода неявики для последующего наблюдения. Люди, которые не вернутся в течение 3 месяцев после пропуска приема в апреле, будут считаться прекратившими лечение в июле. В большинстве стран в настоящее время используется определение 3-месячного периода неявики для последующего наблюдения.

РИСУНОК 12

Изменение числа тестов на ВИЧ и возвращаемых результатов за месяц по сравнению с исходным уровнем, в отдельных странах, 2020 г.



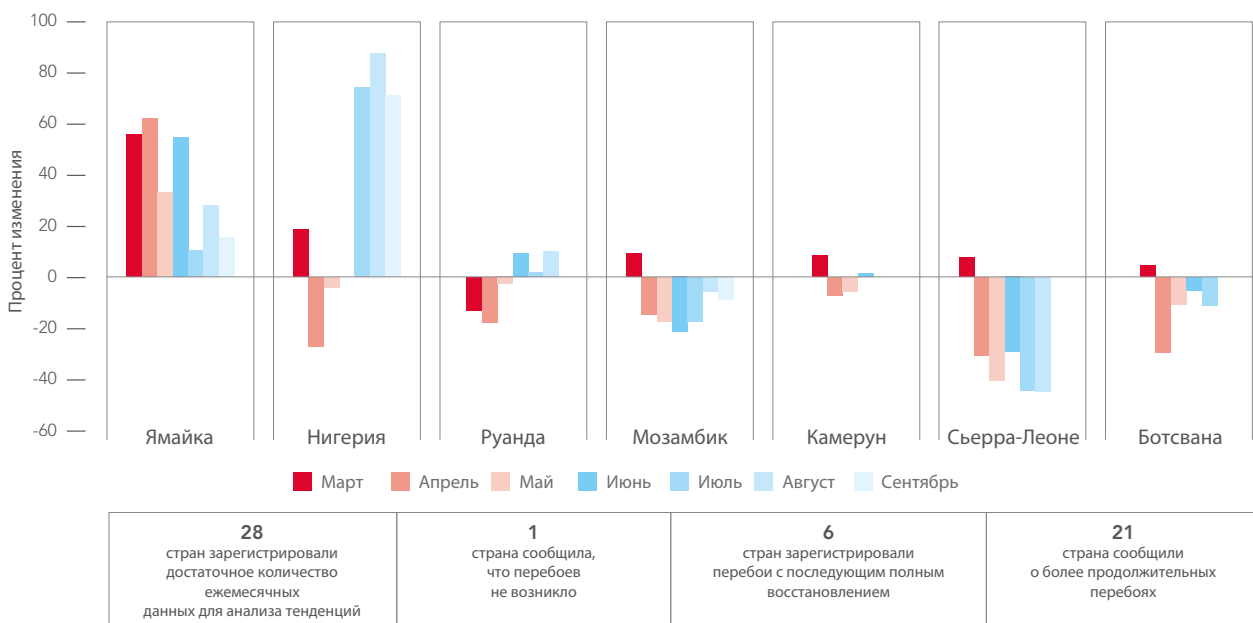
Источник: инструмент отслеживания услуг в отношении ВИЧ, ЮНЭЙДС/ВОЗ/ЮНИСЕФ, ноябрь 2020 г.

Примечание: исходный уровень представляет собой среднее значение по отчетам за январь и февраль.

Примечание: выбранные страны соответствовали следующим критериям: а) предоставление данных за январь и февраль 2020 г.; б) наличие отчетов по меньшей мере о 50 людях, получивших услуги в январе; в) наличие отчетов по меньшей мере от 50 % учреждений в соответствующем месяце; и г) наличие данных по меньшей мере за шесть месяцев.

РИСУНОК 13

Изменение числа людей, впервые начинающих антиретровирусную терапию, за месяц по сравнению с исходным уровнем, в отдельных странах, 2020 г.



Источник: инструмент отслеживания услуг в отношении ВИЧ, ЮНЭЙДС/ВОЗ/ЮНИСЕФ, ноябрь 2020 г.

Примечание: исходный уровень представляет собой среднее значение за январь и февраль

сокращение числа беременных женщин, прошедших тестирование на ВИЧ, на 25 % и более. В Лесото и Уганде снижение количества тестов быстро прекратилось, но в Камбодже, Кении, Эфиопии и Южно-Африканской Республике негативные тенденции оказались более продолжительными (рисунок 14). Число беременных женщин, начавших получать антиретровирусную терапию, сократилось на 25 % или более чем в пяти из 10 стран, предоставивших достаточное количество ежемесячных данных. Это сокращение было резким и кратковременным в Лесото и Зимбабве, но в Кении и Южно-Африканской Республике оно продолжалось до сентября (рисунок 15).

Тестирование на ВИЧ и лечение подвергаются дополнительной угрозе в связи с изменениями, относящимися к мерам контроля пандемии COVID-19, которые повлияли на производство и транспортировку товаров. Это может привести к дефициту антиретровирусных препаратов или может способствовать повышению цен на эти препараты в будущем (11). Исследование, проведенное Европейской группой по лечению СПИДа в 26 странах Европы и Центральной Азии в конце апреля — начале мая 2020 г., выявило наличие дефицита препаратов для лечения ВИЧ-инфекции в семи различных странах, включая дефицит в связи с закупками в Российской Федерации и Украине (12). Кроме того, результаты исследования показали, что людей, живущих с ВИЧ, по меньшей мере

в восьми странах просили изменить схему лечения, чтобы можно было использовать определенные комбинации антиретровирусных препаратов для лечения коронавирусной инфекции COVID-19.

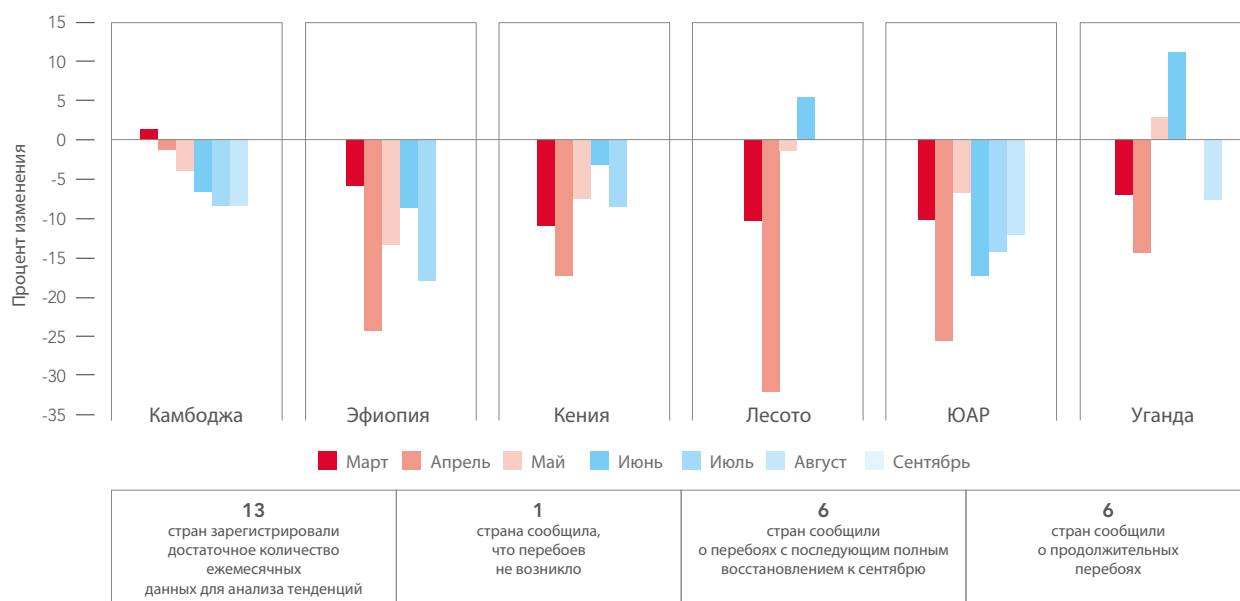
Влияние на женщин и девочек

Пандемия COVID-19 усугубляет гендерное неравенство и гендерно обусловленное насилие, что, в свою очередь, повышает незащищенность женщин и девочек от ВИЧ (13, 14). В Европе и Центральной Азии женщины чаще, чем мужчины, теряют работу или бизнес в результате пандемии COVID-19 (13). Вместе с тем пандемия COVID-19 увеличила неоплачиваемую работу женщин по уходу и бытовую нагрузку (15). Существуют опасения, что связанный с пандемией рост неоплачиваемой работы по дому может заставить некоторых девочек бросить школу (16). По оценкам Структуры Организации Объединенных Наций по вопросам гендерного равенства и расширения прав и возможностей женщин («ООН-женщины») и Программы развития Организации Объединенных Наций (ПРООН), к 2021 г. в результате пандемии COVID-19 47 миллионов женщин и девочек будут вынуждены жить в нищете (15).

С начала пандемии структура «ООН-женщины» документально зафиксировала рост семейного насилия в различных странах и регионах, причем особенно

РИСУНОК 14

Изменение числа беременных женщин, прошедших тестирование на ВИЧ, за месяц по сравнению с исходным уровнем, в отдельных странах, 2020 г.



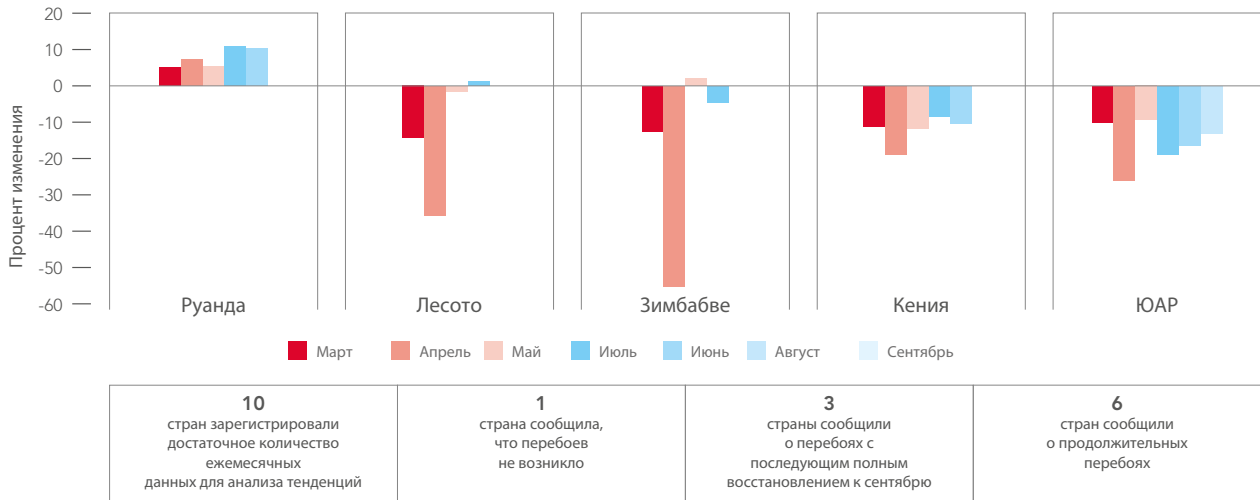
Источник: инструмент отслеживания услуг в отношении ВИЧ, ЮНЭЙДС/ВОЗ/ЮНИСЕФ, ноябрь 2020 г.

Примечание: Страны соответствовали следующим критериям: а) наличие данных за январь 2020 г.; б) наличие данных за январь более чем по 50 беременным женщинам; в) наличие отчетов по меньшей мере от 50 % учреждений или данных по 50 % расчетного количества родов; и г) наличие данных по меньшей мере за шесть месяцев.

Примечание: исходный уровень представляет собой среднее значение по отчетам за январь и февраль.

РИСУНОК 15

Изменение числа беременных женщин, получающих антиретровирусную терапию во время беременности, за месяц по сравнению с исходным уровнем, в отдельных странах, 2020 г.



Источник: инструмент отслеживания услуг в отношении ВИЧ, ЮНЭЙДС/ВОЗ/ЮНИСЕФ, ноябрь 2020 г.

Примечание: исходный уровень представляет собой среднее значение по отчетам за январь и февраль.

Примечание: выбранные страны соответствовали следующим критериям: а) предоставление данных за январь 2020 г.; б) наличие отчетов по меньшей мере о 50 беременных женщинах, живущих с ВИЧ, в январе; в) наличие

заметные всплески происходят в случае введения требований по самоизоляции (17). Так, в Кении, ежемесячные национальные отчеты, подаваемые в ЮНЭЙДС, показывают, что число людей, обращающихся за услугами после того, как они подверглись сексуальному и (или) гендерно обусловленному насилию, уверенно растет с апреля 2020 г. В Азиатско-Тихоокеанском регионе результаты исследований в рамках оперативной оценки показали, что организации гражданского общества, оказывающие услуги женщинам, ставшим жертвами насилия, отмечают увеличение числа жертв, обращающихся за помощью, причем нередко наблюдается заметный рост насилия со стороны работодателей и других членов общины (18).

Серьезное влияние на здоровье и благополучие женщин и девочек оказывают перебои в предоставлении медицинских услуг. По данным оперативной гендерной оценки, проведенной структурой «ООН-женщины», не меньше половины женщин, нуждающихся в услугах по планированию семьи, сталкивались с серьезными трудностями в получении доступа к ним в четырех из 10 стран Европы и Центральной Азии (15). Негосударственные организации подтвердили сообщения о перебоях в предоставлении услуг, связанных с ВИЧ, сексуальным и репродуктивным здоровьем и социальной защитой, в странах Восточной и Южной Африки, в которых системы здравоохранения являются нестабильными и испытывают постоянную нагрузку, при этом организации

помощи женщинам и девочкам на местах часто восполняют пробелы в услугах, предоставляемых государством, помогая доставлять нуждающимся лицам и семьям антиретровирусные и другие препараты, средства гигиены, средства индивидуальной защиты, информацию о COVID-19, продовольствие и денежную поддержку (19). Эти пробелы в оказании услуг из-за пандемии COVID-19 для женщин, скорее всего, будут способствовать увеличению числа нежелательных беременностей и ухудшению состояния здоровья женщин и девочек.

Влияние на ключевые группы населения и другие группы риска инфицирования ВИЧ

Ключевые группы населения, подверженные повышенному риску инфицирования ВИЧ, также несоразмерно сильно страдают из-за мер по сдерживанию пандемии COVID-19. Проведенный ЮНЭЙДС обзор опыта 16 стран показал, что, хотя лица, занятые в секс-бизнесе, были лишены источника заработка из-за режима строгого карантина, их иногда исключали из числа получающих финансовую поддержку (8). В этом обзоре были также задокументированы примеры насилия и преследования геев и других мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, и трансгендерных лиц.

В октябре и ноябре 2020 г. был проведен международный опрос среди лесбиянок, геев, бисексуалов, трансгендеров и интерсексуалов (ЛГБТИ) с помощью приложения для

социальных сетей. Среди более чем 12 600 участников опроса 20 % сообщили, что не могут удовлетворить свои базовые потребности по причине снижения дохода, 6 % пожаловались на ухудшение доступа к презервативам и (или) лубрикантам во время кризиса, вызванного пандемией COVID-19, а 12 % из 1397 респондентов, когда-либо принимавших ДКП, больше не могли пользоваться ей из-за COVID-19 (20).

В национальных докладах ЮНЭЙДС показано, как реагирование на пандемию COVID-19 влияет на доступ ключевых групп населения к услугам в связи с ВИЧ-инфекцией. Так, доступ к услугам по профилактике ВИЧ для геев и других мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, был сокращен в большинстве из 13 стран, предоставивших достаточное количество ежемесячных данных, в том числе в Гондурасе, Камбодже, Того, Южно-Африканской Республике и Ямайке (рисунок 16)². Однако Кения объявила о необходимости обязательного предоставления таких услуг, а число обращающихся пациентов, согласно отчету, возросло с марта по июль.

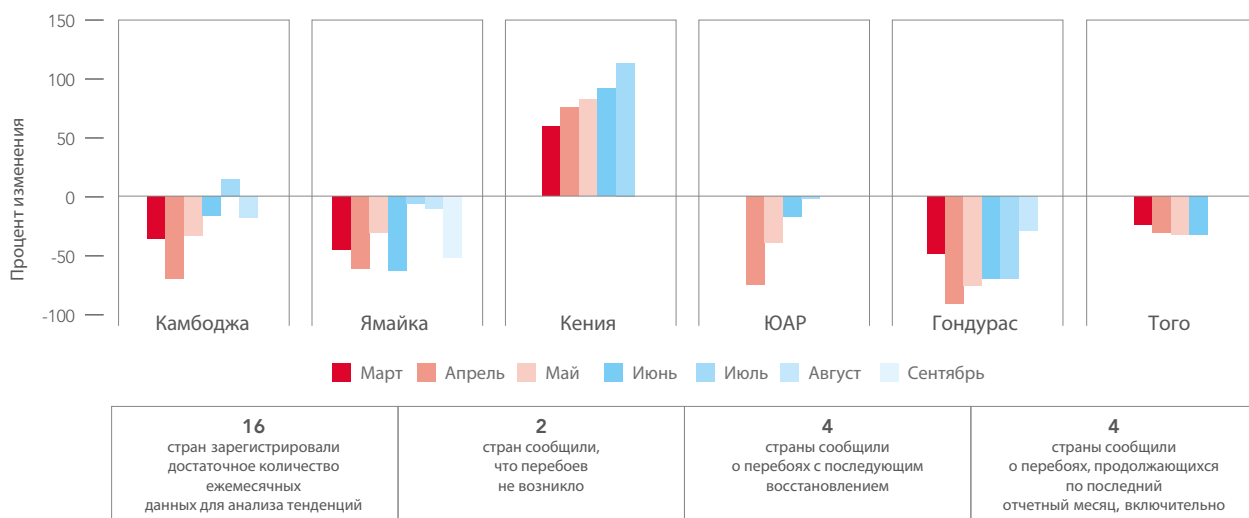
Опрос, проведенный Глобальной сетью проектов в сфере секс-бизнеса среди 156 секс-работников из 55 различных стран, показал, что большинство респондентов во всех регионах, кроме Европы, сообщили о снижении доступа к презервативам, лубрикантам, а также к тестированию и лечению инфекций, передающихся половым путем (ИППП)

(21–25). Особо уязвимыми к негативным последствиям режима строгого карантина из-за пандемии COVID-19 могут быть трансгендерные лица. Результаты опроса более 1020 трансгендерных женщин в шести городах США, проведенного до пандемии, выявили высокий уровень бедности (46 %), безработицы (54 %), нехватки продовольствия (48 %) и отсутствия постоянного места жительства (13 % в течение предыдущих трех месяцев) (26). Данные о воздействии пандемии на трансгендерных лиц ограничены, но была выражена озабоченность в отношении экономических последствий режима строгого карантина и потенциальных нарушений доступа таких лиц к гормональной терапии и другим видам терапии, подтверждающим гендерную принадлежность (27).

Национальные отчеты, предоставляемые в ЮНЭЙДС, указывают на относительно умеренные последствия для использования услуг по снижению вреда. Заметное исключение составляет Индонезия, где доступ к услугам в период с марта по июнь уверенно снижался (рисунок 17). Онлайн-опрос, проведенный в мае 2020 г. Международной сетью людей, употребляющих наркотики, показал следующее: 65 % респондентов сообщили о том, что в их регионе доступны услуги по снижению вреда, и это является обнадеживающим признаком, но все же указывает на существование широких возможностей для улучшения (28). Форсирование применения давно рекомендуемых подходов к снижению вреда, таких как

РИСУНОК 16

Изменение числа мужчин-геев и других мужчин, имеющих сексуальные контакты с мужчинами, вовлеченных в мероприятия по борьбе с ВИЧ, за месяц по сравнению с исходным уровнем, в отдельных странах, 2020 г.



Источник: инструмент отслеживания услуг в отношении ВИЧ, ЮНЭЙДС/ВОЗ/ЮНИСЕФ, ноябрь 2020 г.
 Примечание: исходный уровень представляет собой среднее значение по отчетам за январь и февраль.

² Некоторые страны, включая Перу и Южно-Африканскую Республику, представили данные, полученные только из ограниченного числа центров.

предоставление заменителей опиоидных наркотиков для применения на дому, отчасти связано с усилиями по адаптации к режиму строгого карантина. По данным Международной организации по снижению вреда, в 2020 г. 47 из 84 стран, предоставляющих опиоидную заместительную терапию, выдавали клиентам дополнительные дозы заменителей опиоидных наркотиков для применения на дому, а 23 страны обеспечивали доставку или применение на дому через аптеки или в рамках программ по просвещению общественности для обеспечения непрерывного доступа (29). Кроме того, Евразийская ассоциация по снижению вреда документально подтвердила увеличение масштаба предоставления опиоидной заместительной терапии для применения на дому, выдачу большего количества стерильных инструментов для инъекций и налоксона, более широкое использование онлайн-консультаций и услуг мобильных амбулаторий, а также более пристальное внимание к потребностям клиентов в продовольствии и жилье (30).

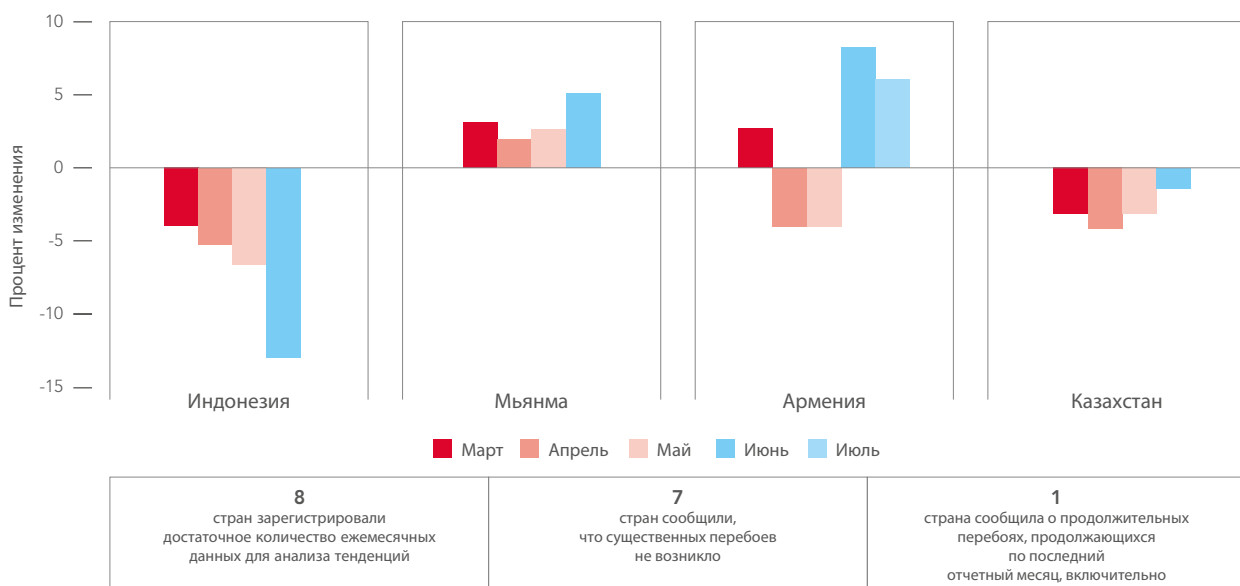
Пандемия COVID-19 также негативно повлияла на доступ к другим профилактическим программам. Несколько стран, приоритетных для программ добровольного медицинского мужского обрезания (ДММО), сообщили ЮНЭЙДС о приостановке программ в период с апреля по июнь в рамках усилий по сосредоточению системы здравоохранения на основных услугах в соответствии с руководством ВОЗ (31). В Южно-Африканской Республике

Центр исследований по профилактике ВИЧ и СПИДа направил своих сотрудников и материалы ДММО на скрининг и тестирование на коронавирусную инфекцию COVID-19 (32). К концу 2020 г. в Ботсване, Кении, Руанде и Южно-Африканской Республике услуги по обрезанию возвращаются в нормальное русло. По мере возобновления предоставления услуг страны должны направить усилия на мужчин в возрасте от 15 лет для обеспечения максимального эффекта профилактики ВИЧ (33).

Среди 12 стран, предоставивших ЮНЭЙДС данные о количестве мужских и женских презервативов, отгружаемых ежемесячно для дальнейшего распространения, тенденции в четырех странах указывают на перебои в реализации программ по выдаче презервативов в связи с пандемией COVID-19. Однако восемь стран сообщают о стабильных или растущих тенденциях в сфере распространения презервативов, начиная с января. Подобным образом, среди восьми стран, которые предоставили ЮНЭЙДС достаточное количество ежемесячных данных о числе лиц, впервые использовавших ДКП, в шести странах были отмечены кратковременные перебои в выдаче презервативов, которые затем прекратились; в одной стране (в Камбодже) наблюдался стабильный рост без перебоев в выдаче презервативов, и еще в одной (в Лесото) — отмечались длительные перебои в выдаче презервативов в период с апреля по сентябрь.

РИСУНОК 17

Смоделированная проекция числа новых случаев ВИЧ-инфицирования и связанных со СПИДом случаев смерти в трех различных сценариях перебоев, связанных с пандемией COVID-19, по всему миру, 2019–2025 г.



Источник: инструмент отслеживания услуг в отношении ВИЧ, ЮНЭЙДС/ВОЗ/ЮНИСЕФ, ноябрь 2020 г.

Примечание: исходный уровень представляет собой среднее значение по отчетам за январь и февраль.

Примечание: выбранные страны соответствовали следующим критериям: а) предоставление данных за январь 2020 г.; б) отсутствие существенных изменений в количестве отчитываемых учреждений; в) предоставление помесечных, а не совокупных данных; и г) наличие данных по меньшей мере за шесть месяцев.

ПАНДЕМИЯ COVID-19 И СЕКСУАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

Влияние пандемии COVID-19 на услуги в связи с ВИЧ является очевидным, но ее влияние на сексуальное поведение и показатели передачи ВИЧ-инфекции половым путем менее понятны.

В Великобритании, где ограничения в связи с пандемией COVID-19 препятствуют половым актам со случайным партнером, большинство из 1386 гомосексуальных и бисексуальных мужчин, опрошенных с 17 апреля по 8 мая, сообщили о том, что воздерживались от случайных половых контактов во время режима строгого карантина, при этом 57 % ожидают, что продолжат избегать случайных половых контактов в течение не менее шести месяцев (34).

В Нью-Йорке органами здравоохранения было выпущено руководство по снижению риска передачи коронавируса во время полового акта, в котором рекомендовалось не вступать в половые отношения со случайными партнерами (35). Швейцария была в числе многих стран, в которых публичные дома закрывали на период режима строгого карантина, а когда они снова открылись, то были введены ограничения, направленные на снижение риска заражения коронавирусной инфекцией COVID-19 (36). Глобальной сетью проектов в сфере секс-бизнеса был проведен опрос своих членов в 55 странах и было выявлено, что ограничения в связи с пандемией COVID-19 ограничивают секс-работу, что приводит к сильному снижению дохода у работников секс-бизнеса, усилению дискриминации и преследования, а также к голоду (35).

Эти действия могут указывать на возможность снижения темпов ВИЧ-инфицирования в 2020 г. Тем не менее есть доказательства того, что люди, стремясь избавиться от одиночества и стресса во время пандемии, вступают в сексуальные отношения, сопряженные с более высоким риском. В указанном выше опросе гомосексуальных и бисексуальных мужчин в Великобритании 24 % сообщили о том, что они вступали в случайные половые связи во время режима строгого карантина, а 5 % сообщили о том, что у них было более пяти случайных партнеров (34).

Для оценки изменений сексуальных отношений, связанных с риском, может использоваться отслеживание диагнозов ИППП, симптомы которых проявляются быстрее, чем ВИЧ. Однако пандемия COVID-19 усложнила интерпретацию тенденций, касающихся распространения ИППП. Так, в некоторых странах сообщалось о снижении числа диагнозов ИППП, хотя это может быть вызвано сбоями в работе служб, занимающихся вопросами ИППП, или желанием людей не обращаться за любыми медицинскими услугами во время пандемии (38). Следовательно, эта тенденция не является положительной, а снижение показателей диагностики ИППП может указывать на то, что многие случаи ИППП просто не диагностируются и не лечатся.

В некоторых странах с низким и средним уровнем жизни врачи готовятся к повышению рождаемости из-за нестабильного доступа к противозачаточным средствам во время пандемии (39). Например, в Индии в результате пандемии COVID-19 противозачаточные средства не получили более чем 25 миллионов пар (40). А в странах с высоким уровнем доходов, где население имеет более широкий доступ к противозачаточным средствам, напротив, пандемия COVID-19 может привести к внезапному спаду рождаемости, поскольку женщины не хотят рожать детей во время пандемии и связанного с ней экономического спада. Согласно одному из анализов, только в США в результате пандемии COVID-19 прогнозируется снижение рождаемости на 300 000 — 500 000 (41).

Для получения более четкого представления о воздействии пандемии на сексуальное поведение планируется провести ряд исследований в странах с высокой и низкой заболеваемостью ВИЧ.

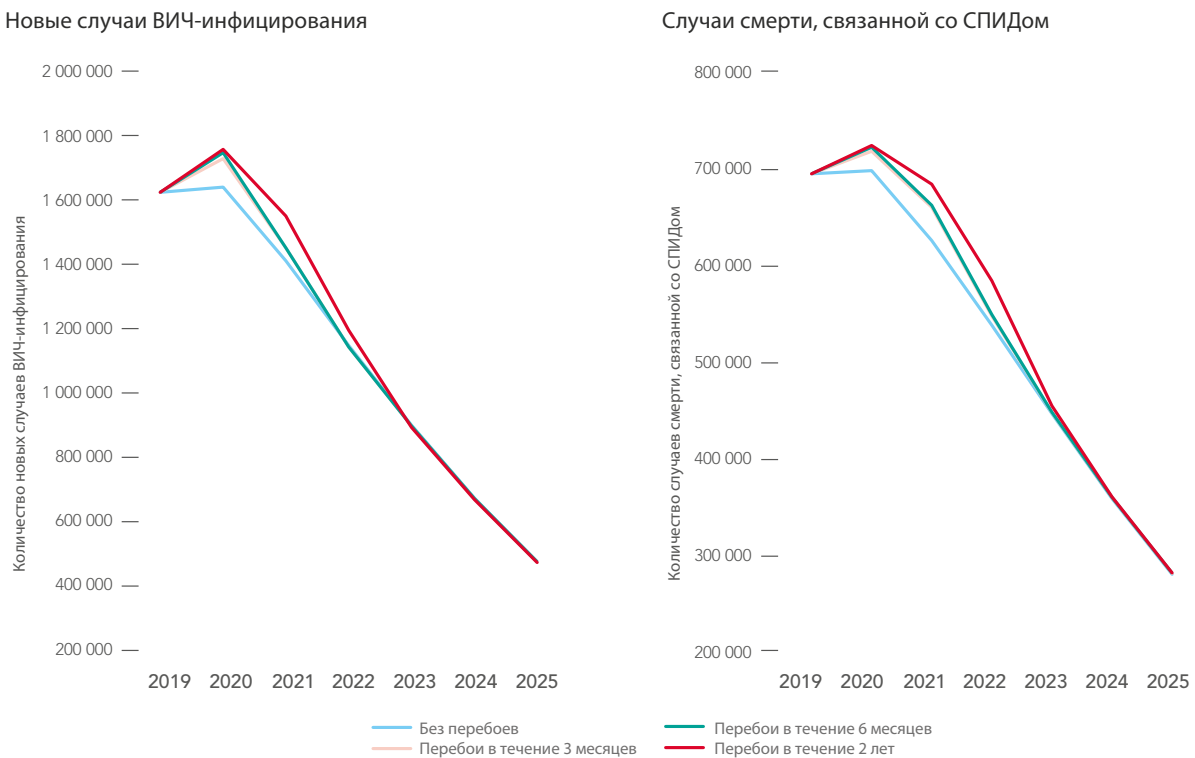
Моделирование и прогнозирование влияния пандемии COVID-19 на меры по противодействию ВИЧ

Для прогнозирования потенциального долгосрочного влияния пандемии COVID-19 на меры по противодействию ВИЧ были использованы данные, представленные странами в ЮНЭЙДС до настоящего времени. Были смоделированы несколько сценариев с различной продолжительностью перебоев в предоставлении услуг. Важным предположением во всех сценариях является то, что в ходе проводимых в настоящее время исследований будет разработана одна или несколько безопасных и эффективных вакцин от коронавирусной инфекции COVID-19, и что во всех странах мира будет проведена успешная кампания по вакцинации. Тем не менее, согласно

неутешительным прогнозам, перебои в связи с пандемией COVID-19 могут привести к еще 123 000 — 293 000 случаев ВИЧ-инфицирования и 69 000 — 148 000 дополнительных смертей, связанных со СПИДом, во всем мире. Но есть и хорошая новость: согласно этим прогнозам, широкомасштабная вакцинация должна позволить службам по борьбе с ВИЧ быстро восстановиться и вернуться к нормальному уровню, благодаря чему влияние пандемии COVID-19 на меры по борьбе с ВИЧ будет относительно недолговечным (рисунок 18). Исходя из этих прогнозов, ЮНЭЙДС и партнеры пришли к выводу, что пандемия COVID-19 не должна быть причиной постановки более низких целей в области противодействия ВИЧ к 2025 г. или продления крайнего срока, которым сейчас является 2030 г., чтобы устранить СПИД как угрозу здоровью населения.

РИСУНОК 18

Смоделированная проекция числа новых случаев ВИЧ-инфицирования и связанных со СПИДом случаев смерти в трех различных сценариях перебоев, связанных с пандемией COVID-19, по всему миру, 2019–2025 г.



	Дополнительные новые случаи ВИЧ-инфицирования	Дополнительные случаи смерти, связанной со СПИДом
Перебои в течение 3 месяцев	123 000	69 000
Перебои в течение 6 месяцев	142 000	79 000
Перебои в течение 2 лет	293 000	148 000

Источник: специальный анализ, проведенный Avenir Health с использованием данных инструмента отслеживания услуг в отношении ВИЧ, ЮНЭЙДС/ВОЗ/ЮНИСЕФ, ноябрь 2020 г., и эпидемиологических прогнозов ЮНЭЙДС, 2020 г. (<https://aidsinfo.unaids.org/>) См. приложение о методах.

Примечание: было смоделировано несколько сценариев с различной продолжительностью перебоев (3 месяца, 6 месяцев и 2 года). На основании проведенного ЮНЭЙДС анализа влияния COVID-19 на услуги в отношении ВИЧ мы предположили, что во время перебоа: а) темпы увеличения охвата антиретровирусной терапией упали бы вдвое в сравнении с темпами до эпидемии COVID-19; б) ДММО не проводилось бы; в) для 20 % населения доступ к услугам был бы полностью прекращен в целях предотвращения вертикальной передачи; и г) увеличения масштаба охвата ДКП не произошло бы.

Снижение негативного влияния пандемии COVID-19 за счет дифференцированного предоставления услуг

Пандемия COVID-19 стала катализатором ускоренного внедрения инноваций, которые существовали до начала пандемии, но ранее не имели поддержки. Так, ряд стран, включая Бурунди, Гватемалу, Эсватини и Мьянму, расширили возможности самостоятельного тестирования на ВИЧ в качестве альтернативы тестированию в медицинских учреждениях. В ответ на обязательное требование по самоизоляции в Польше в рамках проекта Test начали предлагать консультацию по телефону, после чего по почте бесплатно доставлялся набор для тестирования (42).

Кроме дифференцированных услуг по тестированию, свою важность для сохранения доступа к услугам во время пандемии доказали и дифференцированные методы предоставления услуг по лечению. Решающую роль в расширении масштабов применения дифференцированных подходов к предоставлению услуг сыграли члены сообществ, доставляя лекарства в дома людей, живущих с ВИЧ, в таких различных странах, как Непал, Республика Молдова и Сьерра-Леоне. Опрос, проведенный ЮНЭЙДС среди 225 общественных организаций из 73 стран, показал, что группы общественности быстро отреагировали на пандемию для сохранения доступа к услугам и пользовались телефоном или электронной почтой для проведения персональных консультаций и мониторинга лечения и состояния здоровья.

Выдача людям, живущим с ВИЧ, запаса антиретровирусных препаратов, которого хватило бы на несколько месяцев, имеет решающее значение для смягчения последствий режима строгого карантина. Хотя ВОЗ еще в 2016 г. впервые рекомендовала перейти на выдачу рецептов и запаса антиретровирусных препаратов, которых бы хватило на несколько месяцев, до пандемии COVID-19 этот подход внедрялся медленно, отчасти из-за проблем, связанных с адаптацией систем управления закупками и поставками. Однако в ответ на пандемию COVID-19 ряд стран, которые ранее приняли рекомендацию ВОЗ, в том числе Вьетнам, Зимбабве, Малави, Объединенная Республика Танзания и Таиланд, ускорили внедрение режима выдачи запаса препаратов, которого хватило бы на несколько месяцев. Другие страны, в том числе Бурунди, Доминиканская Республика, Эфиопия, Мозамбик, Папуа-Новая Гвинея и Южно-Африканская Республика, временно приняли более либеральную политику выдачи препаратов людям, которые стабильно получают лечение от ВИЧ. Проведенный ЮНЭЙДС анализ данных о лечении в 46 странах показал, что к середине 2020 г. ускоренное внедрение режима выдачи запаса препаратов на несколько месяцев сократило число посещений клиник более чем наполовину.

Меры по противодействию ВИЧ со всей очевидностью демонстрируют важность вовлечения затронутых общин на всех этапах деятельности в области общественного здравоохранения, борьбы со всеми формами стигматизации и дискриминации, поддержки и защиты медицинских работников, а также обеспечения бесплатного и недорогого доступа к диагностическим,

ЛЮБОВЬ НА КОЛЕСАХ

Для обеспечения непрерывности предоставления услуг по противодействию ВИЧ ключевым группам населения во время пандемии COVID-19 на Филиппинах используются электрические велосипеды. Инициатива «Любовь на колесах» была начата негосударственной организацией «Проект “Красная лента”» в партнерстве с Манильской клиникой социальной гигиены и лечебным центром при Манильской клинике социальной гигиены и в сотрудничестве с ЮНЭЙДС и Центром здравоохранения и развития Департамента здравоохранения Манилы. В рамках «Проекта “Красная лента”» были мобилизованы ресурсы для приобретения электрических и других велосипедов, которые затем были безвозмездно переданы в Манильскую клинику социальной гигиены для оказания мобильных услуг в связи с ВИЧ для труднодоступных ключевых групп населения (43).



профилактическим и терапевтическим средствам, при этом особое внимание следует уделять потребностям наиболее уязвимых и труднодоступных групп населения. Кроме сохранения медицинских услуг в рамках ответных мер должны учитываться и другие факторы, влияющие на состояние здоровья населения и использование услуг, включая трудоустройство, ложную информацию, отсутствие санитарно-гигиенических

средств и инфраструктуры. Ограничения для защиты здоровья населения должны быть кратковременными, соразмерными, необходимыми и основанными на фактических данных. Меры по противодействию ВИЧ подчеркивают важнейшую ценность международной солидарности, включая необходимость того, чтобы страны поддерживали друг друга и ни одна страна не осталась без помощи.

СОХРАНЕНИЕ ДОСТУПА К ЛЕЧЕНИЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19 В ОБЪЕДИНЕННОЙ РЕСПУБЛИКЕ ТАНЗАНИЯ

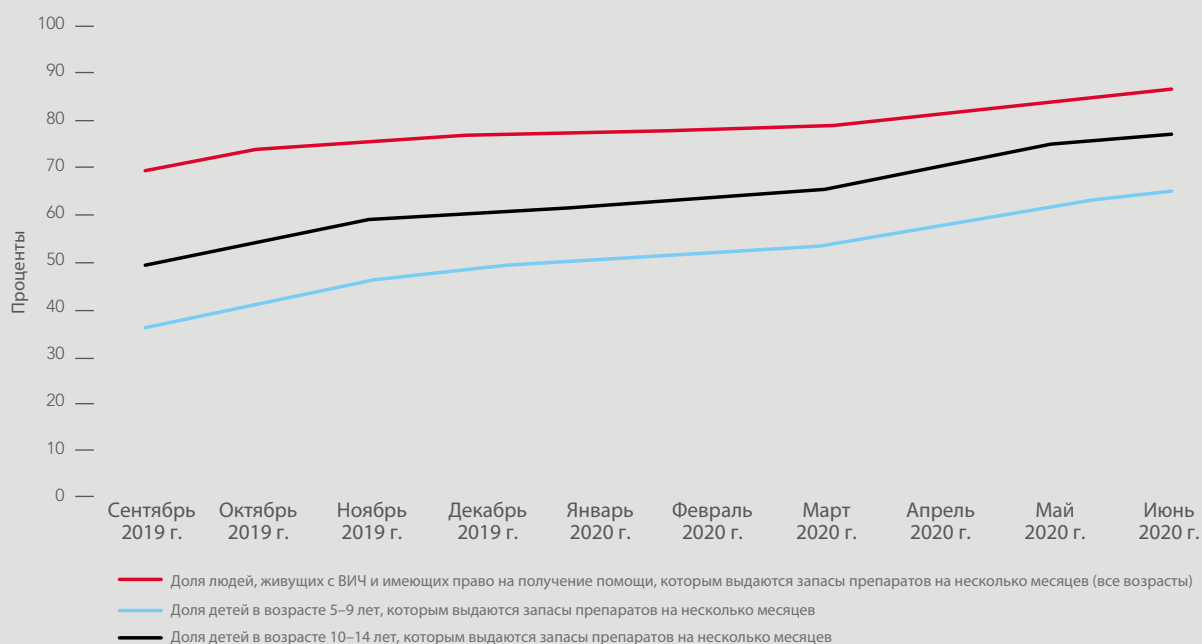
Когда пандемия COVID-19 обрушилась на Объединенную Республику Танзания, быстрые действия Министерства здравоохранения, общественного развития, гендерных вопросов, по вопросам лиц пожилого возраста и детей и его партнеров позволили сохранить основные услуги в связи с ВИЧ и свести к минимуму влияние вспышки COVID-19 на меры по противодействию ВИЧ на материковой части Танзании.

При министерстве была создана рабочая группа для координации деятельности ключевых заинтересованных сторон и доведения научных и программных рекомендаций до сведения медицинских учреждений. Для тщательного мониторинга воздействия пандемии COVID-19 на услуги по противодействию ВИЧ регулярно предоставлялись отчеты по отдельным показателям. По мере накопления опыта информация об инновационных подходах и передовой практике распространялась среди медицинских учреждений для внедрения.

Одной из приоритетных задач было сохранение доступа к лечению. Национальные органы здравоохранения и партнеры быстро приступили к выдаче запаса антиретровирусных препаратов людям, живущим с ВИЧ, на три и шесть месяцев.

РИСУНОК 19

Увеличение охвата антиретровирусной терапией против ВИЧ с выдачей запасов препаратов на 3 месяца, все возрасты и дети, материковая Танзания, 2019–2020 г.



Источник: Оперативная группа контроля и отчетности (PEPFAR Oversight and Accountability Response Team, POART) Чрезвычайного плана Президента США для оказания помощи в связи со СПИДом (President's Emergency Plan For AIDS Relief, PEPFAR), Танзания, 3 квартал 2020 отчетного года. Совещание партнеров по реализации PEPFAR. PEPFAR, 22 октября 2020 г.

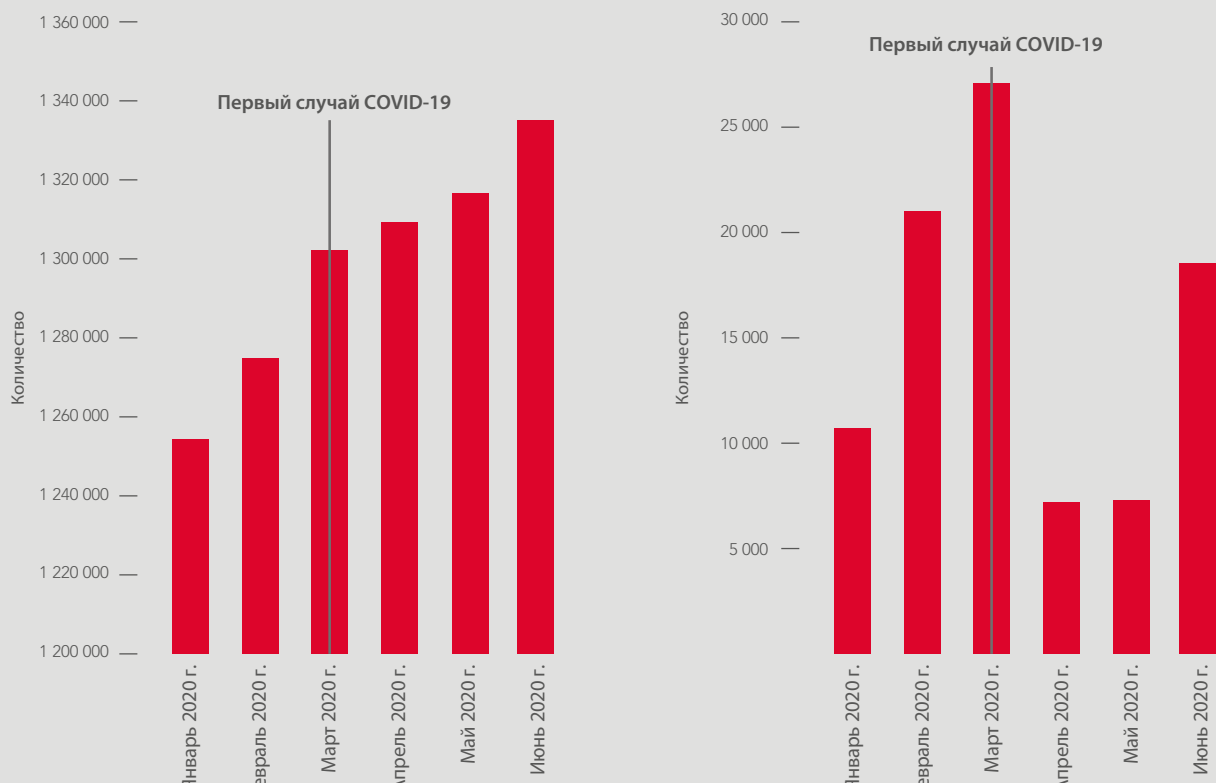
запаса антиретровирусных препаратов на три и шесть месяцев людям, живущим с ВИЧ. Темпы распространения режима выдачи запаса препаратов на несколько месяцев, в том числе на уровне сообществ, с использованием мобильных клиник и мотоциклов, ускорились в период с февраля 2020 г. по июнь 2020 г. (рисунок 19) (44).

Несмотря на многочисленные проблемы в результате пандемии COVID-19, эти меры помогли сохранить процент людей, живущих с ВИЧ, которые получают лечение в течение 12 месяцев, на уровне более 90 %, как и в предыдущие два квартала (44). Количество новых диагнозов ВИЧ и людей, начавших получать антиретровирусную терапию, уменьшалось каждый месяц, но к июню 2020 г. оно вернулось к прежним значениям. Тем не менее рост числа людей, получающих антиретровирусную терапию, сохранялся на протяжении всей пандемии COVID-19 (рисунок 20).

РИСУНОК 20

Количество людей, получающих антиретровирусную терапию, по месяцам, все возрасты, материковая Танзания, январь — июнь 2020 г.

Чистый прирост количества людей, получающих антиретровирусную терапию, по месяцам, все возрасты, материковая Танзания, январь — июнь 2020 г.



Источник: Оперативная группа контроля и отчетности (PEPFAR Oversight and Accountability Response Team, POART) Чрезвычайного плана Президента США для оказания помощи в связи со СПИДом (President’s Emergency Plan For AIDS Relief, PEPFAR), Танзания, 3 квартал 2020 отчетного года. Совещание партнеров по реализации PEPFAR. PEPFAR, 22 октября 2020 г.

Мобилизация мер по противодействию ВИЧ для борьбы с COVID-19

По мере распространения новой коронавирусной инфекции по всему миру международные и национальные механизмы, первоначально созданные для борьбы с пандемией ВИЧ, объединили усилия в борьбе с пандемией COVID-19. Глобальный фонд выделил странам более 1 млрд долл. США для усиления мер по борьбе с COVID-19 и смягчения последствий пандемии для программ лечения ВИЧ, туберкулеза и малярии. Африканский союз и новое Партнерство по ускорению тестирования на COVID-19 в Африке (Partnership to Accelerate COVID-19 Testing in Africa — ПАСТ), созданное Африканским союзом и Африканскими центрами по контролю и профилактике заболеваний, сотрудничают с ЮНЭЙДС в целях использования связей сообществ для реализации мер по борьбе с ВИЧ для поддержки диагностики и отслеживания контрактов в связи с пандемией COVID-19.

Активную роль в реагировании на пандемию COVID-19 на национальном уровне играет лидерство в борьбе с ВИЧ на национальном уровне. Сюда относится привлечение директоров программ по лечению и профилактике ВИЧ к руководству основными элементами мер по борьбе с COVID-19, а также перепрофилирование учреждений по борьбе с ВИЧ для лечения COVID-19. Лабораторные системы, которые были усилены для диагностики и лечения людей, живущих с ВИЧ, туберкулезом и гепатитом, доказали свою неопределимую роль в реализации мер по борьбе с COVID-19.

Кроме того, свою деятельность по борьбе с пандемией COVID-19 активизировали сообщества, играющие центральную роль в реализации мер по борьбе с ВИЧ. Организации сообществ, опрошенные ЮНЭЙДС в 2020 г., сообщили о доставке масок, мыла и дезинфицирующих средств в свои сообщества, а некоторые из них сообщили об активизации усилий по борьбе с социальными последствиями пандемии, в том числе с гендерно обусловленным насилием и нехваткой продовольствия. В Южно-Африканской Республике 28 000 общинных медработников, занимающихся вопросами ВИЧ, провели скрининг на симптомы COVID-19 и направили пациентов к врачам в 993 сообществах в населенных пунктах с высокой плотностью населения (45). Некоторые организации сообщили об успехах в мобилизации финансовых ресурсов для работы в связи с COVID-19, а другие заявили о том, что они с трудом справляются с дополнительными обязанностями. Общинные группы сообщают о сохранении трудностей с получением достаточного количества средств индивидуальной защиты для их сотрудников.

Реакция сообществ на пандемию COVID-19: разумные инвестиции

В *Рамочной программе ООН для немедленных социально-экономических ответных мер на COVID-19* говорится, что «основная тяжесть социально-экономических последствий пандемии COVID-19 ляжет на плечи сообществ. Кроме того, от них зависит выход на плато заболеваемости, борьба с пандемией и обеспечение восстановления экономики в долгосрочной перспективе. Им потребуются инвестиции» (46).

ЮНЭЙДС подсчитала объем инвестиций, необходимых для осуществления комплексных, возглавляемых сообществами мер по борьбе с COVID-19 в условиях высокой плотности населения, таких как неформальные поселения, в которых проживает более 1,5 миллиарда человек, а также временные лагеря для беженцев и внутренне перемещенных лиц. Пакет услуг включает в себя следующее:

- оценка потребностей местного сообщества;
- мероприятия по предотвращению инфицирования (включая сокращение вторичных инфекций среди лиц, находящихся в тесном контакте, и лиц, оказывающих помощь);
- выявление, изоляция и лечение клинических случаев (включая лечение легких и бессимптомных случаев в пределах общины и транспортировку в медицинские учреждения для лечения более серьезных случаев);
- передача точной информации авторитетными лидерами сообществ;
- меры, направленные на повышение устойчивости и стабильности мер реагирования со стороны сообществ.

ЮНЭЙДС подсчитала, что эта двухлетняя программа обойдется в 6,08 долл. США на человека в месяц (без учета косвенных расходов, которые оцениваются в 2–20 %), при этом большинство расходов будет направлено на поддержку профилактики инфекций и лечения легких и умеренных случаев заболевания. При ежегодных затратах в размере 81 долл. США на человека этот подход, ориентированный на общину, намного дешевле, чем ежегодные затраты на лечение случая COVID-19.

Значение крепких систем здравоохранения

Опыт борьбы с пандемией COVID-19 подчеркивает важность надежно функционирующей, финансируемой в полном объеме, гибкой и устойчивой системы здравоохранения, способной отслеживать случаи

заболевания и смерти в режиме реального времени, быстро реагировать на изменения потребностей и предоставлять надежные систематические консультации и социально ориентированные услуги. В странах, в которых были мобилизованы оперативные и научно обоснованные ответные меры в сфере здравоохранения (например, во Вьетнаме, Новой Зеландии и Японии), передача инфекции была взята под контроль, и общественная жизнь частично вернулась в нормальное русло (47).

Однако чаще всего пандемия COVID-19 приводит к чрезвычайным человеческим и экономическим издержкам, связанным с недостаточными инвестициями в сферу здравоохранения. В тех странах, где доступ к здравоохранению не обеспечен всем гражданам, пандемия усугубила базовое неравенство в оказании услуг здравоохранения и способствовала неоправданным смертям и страданиям (48). Долгосрочное наследие коллективной борьбы против COVID-19 должно быть активизировано, чтобы всеобщий охват медико-санитарными услугами стал реальностью в международном масштабе.

Кроме того, пандемия COVID-19 указывает на потребность в стабильных и долгосрочных инвестициях в структуру международного здравоохранения, которая, несмотря на ограниченное финансирование, доказала свое значение во время этой чрезвычайной ситуации в области международного здравоохранения. ВОЗ предупредила мировое сообщество о ходе распространения пандемии и предоставила важнейшие научные рекомендации по диагностике, лечению и мерам борьбы с заболеванием. Кроме того, она сотрудничала с заинтересованными сторонами в целях усиления основных технологий и систем. Глобальный фонд предоставил необходимое финансирование для поддержки реагирования на пандемию COVID-19 в странах с низким и средним уровнем жизни. ГАВИ (Глобальный альянс по вакцинам и иммунизации) работает во избежание приостановки иммунизации во время пандемии и над оказанием поддержки национальных усилий по реагированию на пандемию COVID-19. ЮНЭЙДС вышла на первый план для обеспечения того, чтобы в реагировании на пандемию COVID-19 были учтены уроки, извлеченные в ходе борьбы с ВИЧ. Для того чтобы ускорить наличие и использование изделий медицинского назначения, связанных с пандемией COVID-19, ЮНЭЙДС рекомендует странам сделать следующее:

- повысить точность прогнозирования спроса на них;
- принимать регуляторные меры для упрощения процедур экспорта и (или) импорта изделий медицинского назначения;

- рассмотреть возможность освобождения от уплаты налогов для снижения возможного роста цен на антиретровирусные препараты и другие изделия медицинского назначения;
- обеспечить прозрачную и своевременную связь между странами, покупателями и поставщиками;
- укреплять внутренние системы распределения и управления поставками.

СОВМЕСТНЫЙ ПРИЗЫВ К СОЗДАНИЮ ДОСТУПНОЙ ВАКЦИНЫ

Признавая, что наилучший вариант профилактики коронавирусной инфекции COVID-19 в международном масштабе — это вакцинация и доступное для всех лечение, ЮНЭЙДС вместе с Oxfam и другими партнерами присоединилась к международному движению за разработку доступной вакцины. Движение в поддержку разработки доступной вакцины направлено на предотвращение монополий на производство вакцин и методов лечения. Его поддерживают гуманитарные медицинские организации, прошлые и нынешние мировые лидеры, эксперты в сфере здравоохранения, религиозные лидеры и экономисты, и оно финансирует научно-исследовательскую деятельность, возможную только в случае заключения договоров между научно-исследовательскими учреждениями и фармацевтическими компаниями о свободном обмене всей информацией, данными, биологическими материалами, ноу-хау и интеллектуальной собственностью.

Ценообразование должно быть прозрачным и зависеть исключительно от стоимости исследований, разработок и производства. Вакцины должны справедливо распределяться по всем странам мира, отчасти путем безвозмездного предоставления доз вакцины богатыми странами в рамках инициативы COVAX, которую координируют ВОЗ, ГАВИ и Коалиция по инновациям в области обеспечения готовности к эпидемиям. Вакцины должны предоставляться всем бесплатно, и все решения, связанные с вакцинацией против коронавирусной инфекции COVID-19, должны гарантировать полноценное участие правительств развивающихся стран и гражданского общества. Созданный ВОЗ пул доступных технологий для борьбы с COVID-19 способствует обмену знаниями, интеллектуальной собственностью и данными в целях активизации коллективных усилий по развитию науки, технологий и широкому совместному использованию благ научного прогресса и их практического применения на основе права на здоровье (49).



ЦЕЛИ ПО ПРОТИВОДЕЙСТВИЮ СПИДУ НА 2025 Г.

При разработке целей на 2025 г. во главу угла были поставлены интересы людей, живущих с ВИЧ, и сообществ, подверженных риску инфицирования ВИЧ.

По мере приближения к концу эпохи Fast Track в рамках глобальных усилий по определению будущих мероприятий по противодействию ВИЧ был разработан ряд промежуточных целей на 2025 г., которые направлены на то, чтобы переориентировать мир на достижение цели по противодействию ВИЧ к 2030 г. в рамках ЦУР. В продолжающемся более двух лет процессе постановки целей, касающихся широкого круга заинтересованных сторон, были документально подтверждены пробелы и проблемы, которые привели к тому, что мир не смог достичь целей, намеченных на 2020 г. Этот процесс также включал тщательный анализ имеющихся данных о подходах, которые позволили эффективно сократить заболеваемость и смертность в связи с ВИЧ и СПИДом.

Инвестиционная структура, которая на протяжении почти 10 лет служила основой для разработки научно обоснованных мер по борьбе с ВИЧ, была адаптирована для того, чтобы служить основой для достижения целей к 2025 г. (рисунок 21). В центре этой структуры находятся люди, живущие с ВИЧ, и сообщества, подверженные риску, которые нуждаются в исчерпывающем наборе услуг по профилактике ВИЧ-инфекции, диагностике новых ВИЧ-инфекций и лечению людей, живущих с ВИЧ. Комбинация необходимых услуг различается от субпопуляции к субпопуляции.

РИСУНОК 21

Инвестиционная структура для разработки целей по борьбе со СПИДом на 2025 г.



Опыт показывает, что одного лишь предоставления этих услуг в связи с ВИЧ недостаточно для достижения уровня охвата, необходимого для контроля национальных и субнациональных эпидемий. Появляется все больше данных, свидетельствующих о том, что для достижения высокого уровня охвата и полного влияния требуется наличие трех ключевых инструментов реализации.

Социальные инструменты реализации: законы, принципы и кампании по просвещению общественности, направленные на то, чтобы устранить стигматизацию и дискриминацию, которые все еще окружают ВИЧ, расширить права и возможности женщин и девочек, с тем чтобы они могли отстаивать свои права на сексуальное и репродуктивное здоровье, и положить конец маргинализации людей, которым грозит повышенный риск инфицирования ВИЧ. Этот пункт также включает в себя мероприятия, направленные на преодоление стигмы среди медицинских работников и полиции.

Инструменты реализации, касающиеся предоставления услуг: стратегии, которые привлекают людей к оказанию услуг или предоставляют эти услуги тем, кто в них

нуждается. Эти инструменты включают взаимосвязь или интеграцию услуг, дифференцированное предоставление услуг и услуги при ведущем участии сообществ.

Системные инструменты реализации: инфраструктура и системы, имеющие важнейшее значение для эффективного предоставления услуг, включая помещения, оборудование и системы для стратегического планирования, составления бюджета, управления человеческими ресурсами, мониторинга и оценки, а также средства связи.

В целях на 2025 г. гораздо больший упор делается на устранение социальных и правовых препятствий для предоставления услуг, а также на взаимосвязь или интеграцию предоставления услуг в связи с ВИЧ с другими услугами, которые необходимы людям, живущим с ВИЧ, и сообществам, подверженным риску, для сохранения здоровья и создания устойчивых источников средств к существованию. Достижение целей, касающихся социальных инструментов реализации и интегрированного предоставления услуг, имеет решающее значение для достижения высокого охвата,

ТАБЛИЦА 2

Первостепенные цели на 2025 г

Услуги по противодействию ВИЧ			Интеграция	Социальные инструменты реализации		
Цели 95–95–95 по тестированию и лечению достигнуты во всех подгруппах населения и возрастных группах	95 % женщин репродуктивного возраста удовлетворены потребностями в услугах по противодействию ВИЧ и обеспечению сексуального и репродуктивного здоровья; у 95 % беременных и кормящих женщин, живущих с ВИЧ, подавлена вирусная нагрузка; 95 % детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей, прошли тестирование к 2025 г.	95 % лиц, которым грозит риск заражения ВИЧ, используют соответствующие, приоритетные, индивидуально ориентированные и эффективные комбинации вариантов профилактики	Принятие социально ориентированных интегрированных подходов, учитывающих конкретную обстановку, которые способствуют достижению целей по противодействию ВИЧ к 2025 г. и приводят к тому, что по крайней мере 90 % людей, живущих с ВИЧ, и лиц, подверженных повышенному риску инфицирования ВИЧ, получают услуги, связанные с другими инфекционными заболеваниями, неинфекционными заболеваниями, сексуальным и гендерно обусловленным насилием, психическим здоровьем, и другие услуги, необходимые им для общего состояния здоровья и благополучия	Цели 10–10–10 по устранению социальных и правовых препятствий на пути к созданию благоприятной среды, ограничивающих доступ к услугам по противодействию ВИЧ или их использование		
				Менее чем в 10 % стран существуют карательные правовые и политические условия, которые запрещают или ограничивают доступ к услугам	Менее 10 % лиц из ключевых групп населения и людей, живущих с ВИЧ, сталкиваются с дискриминацией и стигматизацией	Менее 10 % женщин, девочек, людей, живущих с ВИЧ, и ключевых групп населения испытывают гендерное неравенство и насилие
Достичь целей в рамках ЦУР, имеющих решающее значение для мер по борьбе с ВИЧ (т. е. 1, 2, 3, 4, 5, 8, 10, 11, 16 и 17) к 2030 г.						

необходимого для достижения целей по предоставлению услуг в связи с ВИЧ.

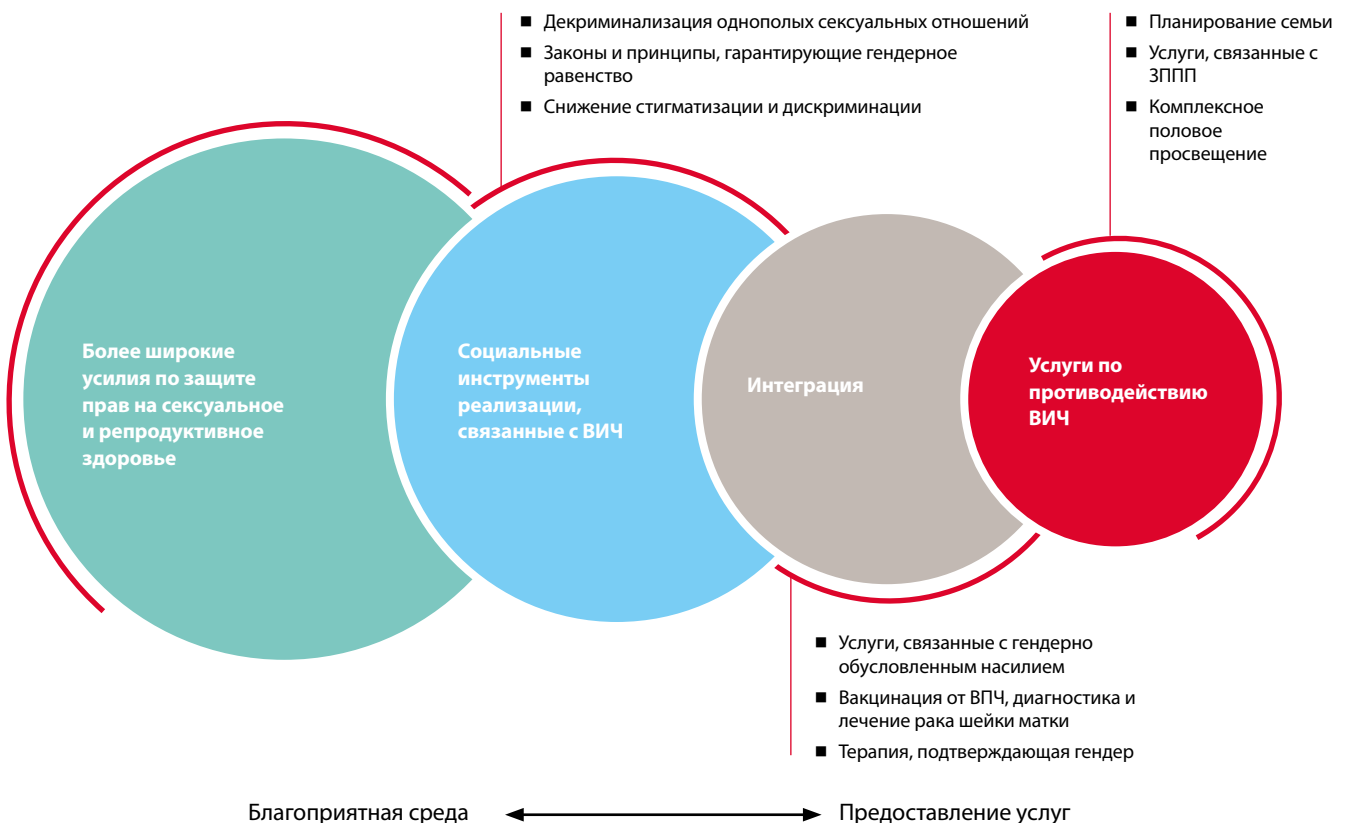
Кроме того, в инвестиционной структуре и целях на 2025 г. признается, что меры по борьбе с ВИЧ осуществляются в рамках более широких усилий по искоренению нищеты, реализации права на здоровье и других прав человека, а также для достижения других целей в рамках Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. Структура и концепции для достижения ЦУР пронизывают все цели, поставленные на 2025 г. Так, сексуальное и репродуктивное здоровье и права играют центральную роль в расширении прав и возможностей женщин и девочек-подростков, реализации их гражданских прав, обеспечении их здоровья и благополучия и создании обществ и экономики, в которых главенствует принцип гендерного равенства. Инвестиции в сексуальное и репродуктивное здоровье и сексуальные и репродуктивные права приносят огромную социальную и экономическую отдачу всем женщинам, а также их

семьям и обществам, принося результаты из поколения в поколение (50). Они также имеют решающее значение для реализации мер по противодействию ВИЧ, а элементы сексуального и репродуктивного здоровья и прав появляются в рамках целей по предоставлению услуг в связи с ВИЧ, интегрированных целей и целей, касающихся социальных инструментов реализации (рисунок 22).

Было проведено моделирование для прогнозирования влияния, которое достижение этих целей окажет на траекторию развития эпидемии при достижении резкого сокращения примерно до 370 000 случаев инфицирования ВИЧ и 250 000 смертей вследствие СПИДа в 2025 г. и твердого продвижения мира к конечной цели — прекращение эпидемии во всех странах и для всех групп населения к 2030 г. (см. рисунок 2 на с. 11). В настоящее время ЮНЭЙДС и ее партнеры работают над оценкой финансовых ресурсов, которые потребуются для достижения этих целей.

РИСУНОК 22

Сексуальное и репродуктивное здоровье и права в рамках целей по противодействию СПИДУ на 2025 г.



Шесть показателей «95» для оказания комплексных услуг по противодействию ВИЧ

Центральное место в противодействии ВИЧ занимают комплексные и качественные услуги в отношении ВИЧ. Цели таких услуг на 2025 г. разделены на категории,

но в действительности они в значительной степени пересекаются между собой. Это отражает тот факт, что между профилактикой, диагностированием и лечением ВИЧ, профилактикой передачи ВИЧ от матери к ребенку, а также услугами по обеспечению сексуального и репродуктивного здоровья отсутствуют четкие границы (рисунок 23).

РИСУНОК 23

Области предоставления услуг по противодействию ВИЧ в значительной степени пересекаются

Между профилактикой, диагностикой и лечением ВИЧ, профилактикой передачи ВИЧ от матери к ребенку, а также услугами по обеспечению сексуального и репродуктивного здоровья нет четких границ



Цели тестирования на ВИЧ и лечения

К 2025 г. достигнуты целевые показатели тестирования и лечения 95–95–95 среди людей, живущих с ВИЧ, в рамках всех субпопуляций и возрастных групп.

Стабильное снижение количества смертей, связанных со СПИДом (спад на 39 % с 2010 г. по 2019 г.), говорит о неоспоримой пользе лечения ВИЧ для здоровья и благополучия людей, живущих с ВИЧ. Опыт также показал зависимость между охватом антиретровирусной терапией и заболеваемостью ВИЧ, при этом чем больше охват антиретровирусной терапией, тем ниже показатель новых случаев инфицирования. В 2018 г. и 2019 г. в четырех клинических исследованиях обнаружили, что стремительное увеличение тестирования на ВИЧ и лечения, ориентированного на население, по направлению к показателям 90–90–90 снизило заболеваемость ВИЧ на 30 % в различных условиях в шести африканских странах (51–54).

Поскольку целевые показатели 90–90–90 были наиболее успешным элементом повестки Fast Track, в новых целях по тестированию и лечению на 2025 г. не только сохраняется тот же общий подход, но и добавлены более амбициозные задачи по достижению 95 %. В них также объясняется необходимость добиться этих целей в каждой субпопуляции людей, живущих с ВИЧ.

Повышенное внимание, уделенное субпопуляциям людей, живущих с ВИЧ, отражает неоднородность охвата этих популяций тестированием и лечением, а это подрывает профилактическое влияние лечения на уровне населения. Например, в различных регионах и странах женщины демонстрируют более высокие результаты на всех уровнях каскада тестирования и лечения, чем мужчины, при этом у 54 % мужчин, живущих с ВИЧ, в 2019 г. вирусная нагрузка была подавленной, по сравнению с 65 % женщин, живущих с ВИЧ. Аналогично, молодые люди в меньшей степени знают свой ВИЧ-статус и проходят лечения, чем взрослые старшего возраста, а охват лечением от ВИЧ среди детей, живущих с ВИЧ (53 % в 2019 г.) намного ниже, чем у взрослых (68 % в 2019 г.). Многие ключевые популяции также имеют более низкие результаты в каскаде 90–90–90 частично из-за влияния стигматизации и дискриминации, а также других структурных факторов, хотя для определения количества и разъяснения пробелов и барьеров в тестировании и лечении среди ключевых популяций требуются более достоверные данные.

Лонгитюдные исследования в Южно-Африканской Республике показали влияние различий в охвате

лечением среди мужчин и женщин. Например, более высокий охват лечением у женщин приводит к меньшему количеству осложнений и смертности по причине ВИЧ в этой популяции, но что касается профилактики ВИЧ, то, по всей видимости, мужчины получают больше преимуществ от более активного участия женщин в системе здравоохранения и от влияния местных программ ДММО (55). Поэтому низкий охват лечением и показатели супрессии вируса среди мужчин угрожают не только их здоровью, но и создают более высокий риск ВИЧ-инфицирования для женщин, особенно подросткового и юного возраста. Аналогичное исследование в Уганде показывает, что по мере повышения охвата лечением и показателей супрессии вируса среди мужчин риск для женщин заболеть ВИЧ снижается, особенно в условиях более широкого применения других комбинированных профилактических услуг (56).

Дифференцированные подходы к тестированию и лечению, которые обеспечивают вовлеченность населения. Вместо устоявшегося упора на обобщенное тестирование в медицинских учреждениях, в борьбе с заболеванием все больше внимания уделяют дифференцированным моделям тестирования, в том числе различным подходам, используемым в учреждениях и среди населения, которые могут фокусироваться на сообществах с повышенным риском и могут быть скорректированы под потребности отдельного человека и группы населения. Например, в сельской местности Кении и Уганды использование нескольких стратегий локального масштаба для тестирования ВИЧ повысило осведомленность населения о ВИЧ-статусе с 57 % до 94 % за два года (51). К дифференцированным моделям лечения относятся выдача запасов антиретровирусных препаратов на несколько месяцев и локальные модели оказания помощи, например локальная система оказания антиретровирусной помощи и специальные клубы, помогающие соблюдать режим лечения (2, 3).

Пандемия COVID-19 создала дополнительные преграды для получения услуг в отношении ВИЧ и другого медицинского и социального обслуживания. Страны с внедренными дифференцированными стратегиями оказания услуг смогли быстрее сориентироваться в таких новых условиях, а другие приложили больше усилий, чтобы увеличить варианты получения услуг на местном уровне и при активном участии населения.

Целенаправленные меры по увеличению количества людей с ВИЧ, которые не бросают лечение, и повышению показателей супрессии вируса. Отказ от продолжения лечения является существенным пропуском в каскаде

тестирования и лечения многих терапевтических программ (57). По результатам метаанализа программ лечения ВИЧ в Африке к югу от Сахары за 2018 г. 22 % пациентов, с которыми был утрачен контакт для последующего наблюдения, умерли (58). Как было доказано, активная поддержка соблюдения режима лечения, мониторинг лиц, с которыми был утрачен контакт для последующего наблюдения, со стороны населения и медицинских работников, а также стратегии по возобновлению лечения, учитывающие контекст и ориентированные на людей, снижают процент отказа от продолжения лечения и повышают степень супрессии вируса (59–62).

Инновационные стратегии по охвату субпопуляций, которые часто остаются без внимания. Для достижения высоких результатов в каскаде тестирования и лечения среди молодых людей и мужчин в одном недавнем исследовании с диагностикой и последующим лечением уделяли особое внимание информационно-разъяснительным мероприятиям и услугам по тестированию в общественных местах, которые часто посещают мужчины или молодые люди (54). В другом исследовании использовались общественные центры для привлечения мужчин, не получающих достаточное обслуживание (52). В исследовании в Кении и Уганде, чтобы сделать услуги более привлекательными для мужчин, использовали комплексную консультацию о

мужском здоровье и половой жизни, а в исследовании в ЮАР изменили время информационно-разъяснительных мероприятий, чтобы увеличить вероятность задействовать больше мужчин (51, 53). В Зимбабве благодаря масштабной программе, специально разработанной для женщин-работниц секс-бизнеса, охват лечением от ВИЧ увеличился почти в два раза с 2011 г. по 2016 г. — с 28 % до 67 % (63).

Технологические инновации по повышению качества и продолжительности лечения. Недавние исследования ATLAS и FLAIR показали, что ежемесячные инъекции препаратов каботегравир и рилпивирин не менее эффективны, чем ежедневный прием пероральных средств. Такой метод может быть проще и удобнее, чем ежедневный прием пероральных препаратов (64, 65). Кроме того, в ряде основательных исследований продолжают изучать новые антиретровирусные препараты, в том числе из дополнительных классов.

ТАБЛИЦА 3

Подробные цели тестирования и лечения

Дети (от 0 до 14 лет)	Девочки-подростки и молодые женщины (от 15 до 24 лет)	Юноши и молодые мужчины (от 15 до 24 лет)	Взрослые женщины (25 лет и старше)	Взрослые мужчины (25 лет и старше)	Люди без постоянного места жительства (например, мигранты, беженцы)
Мужчины-геи и другие мужчины, имеющие половые отношения с мужчинами	Трансгендерные люди	Работники секс-бизнеса	Люди, употребляющие инъекционные наркотики	Люди, находящиеся в тюремном и ином заключении	
95% людей в рамках субпопуляции, живущие с ВИЧ, знают свой ВИЧ-статус.					
95% людей в рамках субпопуляции, живущие с ВИЧ и знающий свой ВИЧ-статус, проходят антиретровирусную терапию					
95% людей в рамках субпопуляции, получающие антиретровирусную терапию, имеют подавленную вирусную нагрузку					

Удовлетворение потребностей в услугах обеспечению сексуального и репродуктивного здоровья и устранение вертикальной передачи ВИЧ

- *Удовлетворены потребности 95 % женщин репродуктивного возраста в услугах, связанных с ВИЧ, сексуальным и репродуктивным здоровьем.*
- *Подавленная вирусная нагрузка наблюдается у 95 % беременных и кормящих женщин, живущих с ВИЧ.*
- *Протестировано 95 % детей, подвергшихся риску заражения ВИЧ, к 2025 г.*

Согласно целям на 2025 г. приоритет получают услуги по обеспечению сексуального и репродуктивного здоровья женщин, живущих с ВИЧ, и женщин с повышенным риском инфицирования ВИЧ. В этих целях подтверждается глобальное намерение предотвратить новые случаи инфицирования ВИЧ среди детей и обеспечить детям, живущим с ВИЧ, своевременный доступ к жизненно важным терапевтическим услугам.

Мероприятия по увеличению охвата антиретровирусной терапией среди беременных женщин, живущих с ВИЧ, за последние десять лет (в 2019 г. этот показатель достиг 84 %) способствовали снижению передачи ВИЧ их новорожденным детям. Сами по себе эти достижения являются недостаточными, поскольку значительное количество детей продолжают инфицироваться ВИЧ. Основная причина — неспособность продолжать предоставлять женщинам, живущим с ВИЧ, и женщинам с повышенным риском инфицирования ВИЧ соответствующие услуги, которые им необходимы в течение всей беременности и кормления грудью.

Решение проблем с оказанием услуг по обеспечению сексуального и репродуктивного здоровья. Услуги по обеспечению сексуального и репродуктивного здоровья играют важнейшую роль в профилактике инфицирования ВИЧ посредством полового акта и передачи ВИЧ от матери к ребенку во время беременности, рождения и кормления грудью. Исследование ECHO, проведенное в трех странах, продемонстрировало огромные сложности, с которыми сталкиваются женщины репродуктивного возраста в условиях высокой распространенности ВИЧ, при этом среднегодовая заболеваемость среди участниц исследования варьировалась от 3,31 на 100 женщин-лет до 4,19, несмотря на то, что во время исследования этим женщинам регулярно предлагали средства профилактики

ВИЧ (66).

Чтобы улучшить обслуживание девочек-подростков и женщин с повышенным риском инфицирования ВИЧ, которые имеют доступ к контрацепции, требуются изменения.

- У девочек-подростков и женщин должен быть более широкий выбор контрацептивов во всех местах, где они получают услуги, в том числе в клиниках планирования семьи и первичного медико-санитарного обслуживания.
- Девочкам-подросткам и женщинам, имеющих доступ к контрацептивам, — особенно в странах с высоким бременем ВИЧ — должны предоставляться простые и недорогие услуги по профилактике и лечению, а также качественное совместное тестирование на ВИЧ и ЗППП, которые будут учитывать права и предпочтения девочек-подростков и женщин.
- Обновленные рекомендации ВОЗ по праву на получение контрацептивов у женщин с повышенным риском инфицирования ВИЧ должны широко распространяться и соблюдаться.
- Во всех медицинских учреждениях и общественных центрах девочкам-подросткам и женщинам должно гарантироваться право на полную и объективную информацию.
- Услуги, связанные с контрацептивами, ВИЧ и ЗППП, должны входить в более широкую программу борьбы с заболеваниями, включающую права на первичное медико-санитарное обслуживание и услуги по обеспечению сексуального и репродуктивного здоровья в контексте всеобщего охвата услугами здравоохранения (67).

Частое тестирование беременных и кормящих женщин в условиях высокой распространенности ВИЧ. В условиях высокой распространенности ВИЧ риск инфицирования ВИЧ у женщин во время беременности увеличивается (68). Согласно данным, переданным в ЮНЭЙДС от 21 фокус-страны, в связи с устранением передачи ВИЧ от матери к ребенку, 31 % детей, подвергшихся риску заражения ВИЧ, рождаются у матерей, инфицированных ВИЧ во время беременности и кормления грудью. Из сероконверсий, наблюдаемых в 21 фокус-стране в 2019 г., 43 % приходилось на молодых женщин (от 15 до 24 лет).

Снизить количество женщин, инфицируемых ВИЧ во время беременности и кормления грудью, могут помочь усиленные услуги по профилактике ВИЧ, в том числе, помимо прочего, ДКП. Более частое тестирование, в том числе во время третьего триместра и после родов, могут выявить недавние сероконверсии и позволить быстро начать антиретровирусную терапию, чтобы улучшить состояние здоровья матери и предотвратить передачу ВИЧ ребенку.

Улучшенные дифференцированные стратегии тестирования для детей. Причиной того, что многие дети, живущие с ВИЧ, не проходят лечения, в значительной степени является комбинация плохого охвата услугами ранней диагностики у новорожденных и недостаточной реализации множественных стратегий тестирования (отслеживание контактов семьи, тестирование домохозяйств и местного населения) для поиска детей старшего возраста, инфицированных ВИЧ во время грудного кормления в течение двух месяцев после

рождения, или детей, которых могли пропустить во время ранней диагностики новорожденных. Необходимо как можно скорее увеличить количество платформ ранней диагностики новорожденных в местах оказания медицинской помощи: это может снизить время получения результатов тестирования от, в среднем, 55 дней (для стандартной ранней диагностики новорожденных) до одного дня (69). В тех ситуациях, в которых это неосуществимо, время получения результатов ранней диагностики новорожденных от централизованной лаборатории должно быть снижено через усовершенствование процесса взятия образцов и использование мобильных технологий. Для детей старшего возраста, которым не были оказаны услуги ранней диагностики новорожденных, срочно требуются стратегии семейного тестирования (70).

ТАБЛИЦА 4

Подробные цели для услуг по обеспечению сексуального и репродуктивного здоровья и устранения вертикальной передачи ВИЧ

Популяция	Цель
Женщины репродуктивного возраста, живущие с ВИЧ, в условиях высокой распространенности заболевания в рамках ключевых групп населения	Удовлетворены потребности в услугах по профилактике ВИЧ, обеспечению сексуального и репродуктивного здоровья у 95 %
Беременные и кормящие женщины	95 % беременных женщин проходят тестирования на ВИЧ, сифилис и поверхностный антиген гепатита В не менее одного раза и на как можно более раннем сроке. В условиях высокой распространенности ВИЧ беременные и кормящие женщины, у которых неизвестен ВИЧ-статус или у которых ранее результаты на ВИЧ были отрицательными, должны проходить повторное тестирование на поздних сроках беременности (третий триместр) и в послеродовой период
Беременные и кормящие женщины, живущие с ВИЧ	90 % женщин, живущих с ВИЧ, проходят антиретровирусную терапию перед текущей беременностью
	Всем беременным женщинам, живущим с ВИЧ, поставлен диагноз и предоставляется антиретровирусная терапия, а 95 % достигли супрессии вируса до родов
	Всем кормящим женщинам, живущим с ВИЧ, поставлен диагноз и предоставляется антиретровирусная терапия, а 95 % достигли супрессии вируса (измеряется через 6–12 месяцев)
Дети (от 0 до 14 лет)	95 % новорожденных, подвергшихся риску инфицирования ВИЧ, проходят вирусологический тест, а родители получают результаты до достижения ребенком 2-месячного возраста
	95% новорожденных, подвергшихся риску инфицирования ВИЧ, проходят вирусологический тест, родители получают результаты после прекращения грудного вскармливания
	Среди детей, живущих с ВИЧ, достигнуты показатели тестирования и лечения 95–95–95

Соответствующие, приоритетные, индивидуально ориентированные и эффективные комбинации вариантов профилактики

К 2025 г. 95 % лиц, подверженные риску инфицирования ВИЧ, используют соответствующие, приоритетные, индивидуально ориентированные и эффективные комбинации вариантов профилактики.

Динамика передачи ВИЧ существенно отличается в различных регионах и странах, а также в пределах одного региона и страны. Она также варьируется и по способу передачи в рамках одной группы населения и между группами населения. Для эффективной профилактики ВИЧ требуется детализированный и комбинированный подход, дифференцированный по региону, группе населения и риску инфицирования ВИЧ.

При комбинированной профилактике учитывается то, что людям необходимо предоставлять выбор различных инструментов для профилактики ВИЧ-инфекции (в том числе поведенческих и биомедицинских), чтобы хотя бы один подошел их текущим потребностям. Варианты, предоставляемые на выбор, не фиксированы: для различных ситуаций подходят разные инструменты.

Такие инструменты также должны быть индивидуально ориентированными. Наиболее эффективные инструменты и подходы варьируются в зависимости от субпопуляции. Например, комплексное половое просвещение является критически важным компонентом профилактики ВИЧ у подростков и молодежи, а посещение девочками школы и обеспечение экономического равноправия также связаны с более низким риском инфицирования ВИЧ. Презервативы — дешевое и эффективное средство для многих субпопуляций, подверженных риску заражения ВИЧ, а для работников секс-бизнеса они наиболее предпочтительны среди всех вариантов профилактики передачи инфекций половым путем, поскольку одновременно обеспечивают защиту от ВИЧ, ИППП и нежелательной беременности. ДММО оказалось чрезвычайно эффективным в условиях с высокой распространенностью ВИЧ и низким показателем обрезания, а комплексное снижение вреда, в том числе стерильные инструменты для инъекций и опиоидная заместительная терапия, является основой профилактики ВИЧ среди людей, употребляющих инъекционные наркотики. Улучшенный доступ к ДКП существенно

повысил эффект программ комбинированной профилактики ВИЧ среди мужчин-геев и других мужчин, имеющих сексуальные контакты с мужчинами.

Также предпочтения варьируются в пределах одной субпопуляции. Например, один молодой мужчина-гей, у которого множество сексуальных партнеров, может отдавать предпочтение ДКП, другой может предпочитать презервативы и лубрикант, а третий может заниматься сексом без презерватива с ВИЧ-положительным партнером, у которого подтверждена супрессия вирусной нагрузки до невидимого уровня. Эффективность наличия нескольких вариантов была подтверждена в Новом Южном Уэльсе, Австралия, где более трети мужчин-геев и других мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, заявили, что используют ДКП, а почти одна четверть регулярно используют презервативы с непостоянными партнерами (71, 72). Цели комбинированной профилактики на 2025 г. организованы в пакеты услуг, учитывающие специфику контингента, с целью предоставления людям с высоким риском заражения выбор профилактических средств, которые наилучшим образом подходят для определенных обстоятельств.

Субпопуляции могут пересекаться. Например, работники секс-бизнеса и трансгендерные люди, употребляющие инъекционные наркотики, нуждаются в услугах по снижению вреда. В противовес этому, люди, употребляющие инъекционные наркотики, которые вовлечены в секс-бизнес, нуждаются в услугах по скринингу и лечению ИППП.

В целях на 2025 г. также учитывается, что люди в различных географических и социальных условиях, а также с различными поведенческими особенностями, подвержены разной степени риска. Определены типы риска инфицирования ВИЧ для приоритизации ресурсов и мероприятий для максимизации влияния программ профилактики ВИЧ. Например, масштабное предоставление ДКП молодым женщинам в условиях низкой распространенности ВИЧ будет стоить дорого и предотвратит относительно небольшое количество случаев инфицирования. Однако в регионах восточной и южной Африки с наивысшей распространенностью ВИЧ, а также в крупных городских сообществах мужчин-геев и других мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, в Европе и Северной Америке, ДКП стала важным пополнением в арсенале средств для профилактики ВИЧ.

Срочная необходимость в увеличении политической поддержки и финансировании профилактики ВИЧ.

Неспособность на сегодняшний момент расширенного доступа к лечению быстро снизить заболеваемость ВИЧ подчеркнула критическую важность первичной профилактики ВИЧ. Создание Глобальной коалиции по профилактике ВИЧ в 2017 г. вновь сосредоточило внимание на целях по профилактике ВИЧ, при этом все 28 фокус-стран разработали национальные профилактические цели в соответствии с *рабочим планом Коалиции по профилактике ВИЧ на 2020 г.* Однако политической поддержки профилактики ВИЧ все еще не хватает по причине множества факторов, в том числе характерной сложности с профилактикой ВИЧ, трудностей с измерением эффекта (подтверждением того, что в результате определенных профилактических мер не произошло инфицирования ВИЧ), недостатка комфортных способов освещения проблем половой жизни и употребления наркотиков (особенно среди молодежи), а также того факта, что потребность в профилактике часто бывает максимальной среди социально отчужденных и политически порицаемых групп населения. Недостаточная политическая поддержка профилактики ВИЧ отражена в данных о финансировании борьбы с ВИЧ. С 2012 г. по 2017 г. международная помощь в развитии профилактики ВИЧ снизилась на 44 % (73).

Мониторинг национальных расходов ЮНЭЙДС на профилактику также говорит о том, что многие страны тратят свои лимитированные профилактические ресурсы на методы, которые не относятся к пяти основополагающим способам профилактики, обоснованным подтвержденными данными и установленными Глобальной коалицией по профилактике ВИЧ (74).

Взаимовыгодное комбинирование профилактических методов, обоснованных подтвержденными данными.

Эффективная профилактика ВИЧ подразумевает комбинированный подход, который предлагает несколько профилактических мер людям с риском инфицирования ВИЧ. Данные из Ракаи, Уганда, демонстрируют, что влияние на заболеваемость ВИЧ увеличивается, когда увеличенное в масштабе лечение ВИЧ сочетается с расширенным доступом к обоснованным подтвержденными данными услугам по профилактике ВИЧ (75). Мероприятия по достижению целей тестирования и лечения 95–95–95 необходимо комбинировать с разумными методами увеличения пропаганды презервативов, комплексным половым просвещением, ДММО, ДКП и снижением вреда.

Использование инноваций. Исследования продолжают давать нам новые инструменты и методы профилактики ВИЧ. В двух исследованиях выяснили, что вагинальное кольцо с дапивирином снижает риск инфицирования ВИЧ у женщин более чем на четверть (76, 77). Европейское агентство лекарственных средств одобрило это кольцо, и оно стремительно вводится в использование (78). В двух исследованиях было доказано, что инъекции каботегравира длительного действия в качестве ДКП эффективнее пероральной ДКП для профилактики новых случаев инфицирования ВИЧ, при этом в одном исследовании изучали женщин, проживающих в Африке к югу от Сахары, а в другом — мужчин-геев и других мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, а также трансгендерных женщин в Африке, Азии, Латинской Америке и США (79, 80). Продолжаются мероприятия по созданию и оценке профилактических вакцин от ВИЧ, хотя появление профилактической вакцины от ВИЧ ожидается в лучшем случае только через несколько лет.

ТАБЛИЦА 5

Пороговые значения для приоритизации методов профилактики ВИЧ для людей с повышенным риском инфицирования

	Критерий	Очень высокий	Высокий	Низкий и умеренный	
Работники секс-бизнеса	Национальная распространенность ВИЧ среди взрослых (от 15 до 49 лет)	> 3 %	> 0,3 %	< 0,3 %	
Заклученные тюрем	Национальная распространенность ВИЧ среди взрослых (от 15 до 49 лет)	> 10 %	> 1 %	< 1 %	
Мужчины-геи и другие мужчины, имеющие сексуальные контакты с мужчинами	Анализ ЮНЭЙДС по стране/ региону	Доля групп населения, у которых заболеваемость составляет приблизительно > 3 %	Доля групп населения, у которых заболеваемость составляет приблизительно 0,3–3 %	Доля групп населения, у которых заболеваемость составляет приблизительно < 0,3 %	
Трансгендерные люди	Тот же, что и для мужчин-геев и других мужчин, имеющих сексуальные контакты с мужчинами, при отсутствии данных	Доля групп населения, у которых заболеваемость составляет приблизительно > 3 %	Доля групп населения, у которых заболеваемость составляет приблизительно 0,3–3 %	Доля групп населения, у которых заболеваемость составляет приблизительно < 0,3 %	
Люди, употребляющие инъекционные наркотики	Анализ ЮНЭЙДС по стране/ региону	Высокий охват программой обмена шприцев с достаточным количеством игл и шприцев на человека, употребляющего инъекционные наркотики; доступность опиоидной заместительной терапии	Некоторый охват программой обмена шприцев и опиоидной заместительной терапией	Высокий охват программой обмена шприцев с достаточным количеством игл и шприцев на человека, употребляющего инъекционные наркотики; доступность опиоидной заместительной терапии	
	Критерий	Очень высокий	Умеренный	Низкий	
Девочки-подростки и молодые женщины	Комбинация [национальной или субнациональной заболеваемости у женщин от 15 до 24 лет] И [поведения, зафиксированного в исследованиях демографических характеристик и состояния здоровья или других исследованиях (> 2 партнеров или зафиксированная ИППП за предыдущие 12 месяцев)]	заболеваемость 1–3 % И зафиксированное поведение с высоким риском	Заболеваемость > 3 %	заболеваемость 0,3 — < 1 % и зафиксированное поведение с высоким риском ИЛИ заболеваемость 1–3 % и зафиксированное поведение с низким риском	Заболеваемость < 0,3 % ИЛИ заболеваемость 0,3 — < 1 % и зафиксированное поведение с низким риском
Юноши и молодые мужчины	Комбинация [национальной или субнациональной заболеваемости у мужчин от 15 до 24 лет] И [поведения, зафиксированного в исследованиях демографических характеристик и состояния здоровья или других исследованиях (> 2 партнеров или зафиксированная ИППП за предыдущие 12 месяцев)]	заболеваемость 1–3 % И зафиксированное поведение с высоким риском	Заболеваемость > 3 %	заболеваемость 0,3 — < 1 % и зафиксированное поведение с высоким риском ИЛИ заболеваемость 1–3 % и зафиксированное поведение с низким риском	Заболеваемость < 0,3 % ИЛИ заболеваемость 0,3 — < 1 % и зафиксированное поведение с низким риском
Взрослые (25 лет и старше)	Комбинация [национальной или субнациональной заболеваемости в возрасте от 25 до 49 лет] И [поведения, зафиксированного в исследованиях демографических характеристик и состояния здоровья или других исследованиях (> 2 партнеров или зафиксированная ИППП за предыдущие 12 месяцев)]	заболеваемость 1–3 % И зафиксированное поведение с высоким риском	Заболеваемость > 3 %	заболеваемость 0,3 — < 1 % и зафиксированное поведение с высоким риском ИЛИ заболеваемость 1–3 % и зафиксированное поведение с низким риском	Заболеваемость < 0,3 % ИЛИ заболеваемость 0,3 — < 1 % и зафиксированное поведение с низким риском
ВИЧ-дискордантные партнерства	Приблизительное число ВИЧ-отрицательных постоянных партнеров человека, впервые начавшего антиретровирусную терапию	тратификация риска зависит от вариантов выбора у такого партнерства: выбор времени и схемы антиретровирусной терапии для ВИЧ-положительного партнера, выбор моделей поведения (например, презервативов или периодичности половых актов), а также выбор ДКП			

ТАБЛИЦА 6

Подробные цели по профилактике ВИЧ для ключевых групп населения

	Работники секс-бизнеса	Мужчины-геи и другие мужчины, имеющие сексуальные контакты с мужчинами	Люди, употребляющие инъекционные наркотики	Трансгендерные люди	Люди, находящиеся в тюремном и ином заключении
Использование презерватива/лубриканта при последнем половом контакте у людей, не принимающих ДКП, с непостоянным партнером, если неизвестно, выявляема ли у него вирусная нагрузка ВИЧ (в том числе людьми с известными ВИЧ-отрицательными результатами)	--	95%	95%	95%	--
Использование презерватива/лубриканта при последнем половом контакте с клиентом или непостоянным партнером	90%	--	--	--	90%
Использование ДКП (по категории риска)	80%	50%	15%	50%	15%
■ Очень высокий	15%	15%	5%	15%	5%
■ Высокий	0%	0%	0%	0%	0%
■ Умеренный и низкий	0%	0%	0%	0%	0%
Стерильные иглы и шприцы	--	--	90%	--	90%
Опиоидная заместительная терапия у людей с зависимостью от опиоидов	--	--	50%	--	--
Скрининг на ИППП и лечение	80%	80%	--	80%	--
Регулярный доступ к надлежащей системе здравоохранения или услугам, предоставляемым сообществом	90%	90%	90%	90%	100%
Доступ к постконтактной профилактике (ПКП) в рамках пакета оценки риска и поддержки	90%	90%	90%	90%	90%

ТАБЛИЦА 7

Подробные цели по профилактике ВИЧ для общей популяции

		Риск по типам или географическому региону			
		Очень высокий	Умеренный	Низкий	
Всех возрастов и гендерной принадлежности	Использование презерватива/лубриканта при последнем половом контакте у людей, не принимающих ДКП, с непостоянным партнером, если неизвестно, выявляема ли у него вирусная нагрузка ВИЧ (в том числе людьми с известными ВИЧ-отрицательными результатами)	95%	70%	50%	
	Использование ДКП (по категории риска)	50%	5%	0%	
	Скрининг на ИППП и лечение	80%	10%	10%	
Подростки и молодежь	Комплексное половое просвещение в школах в соответствии с международными техническими руководствами ООН	90%	90%	90%	
		Типы только на основании географического региона			
		Очень высокий (> 3 %)	Высокий (1–3 %)	Умеренный (0,3–1 %)	Низкий (< 0,3 %)
Всех возрастов и гендерной принадлежности	Доступ к постконтактной профилактике (ПКП) (воздействие вне работы) в рамках пакета оценки риска и поддержки	90%	50%	5%	0%
	Доступ к ПКП (внутрибольничной) в рамках пакета оценки риска и поддержки	90%	80%	70%	50%
Девочки-подростки и молодые женщины	Экономическое равноправие	20%	20%	0%	0%
Юноши и мужчины	ДММО	90% приоритетных странах			
Люди в ВИЧ-дискордантных партнерствах	Использование презерватива/лубриканта при последнем половом контакте у людей, не принимающих ДКП, с непостоянным партнером, у которых статус вирусной нагрузки ВИЧ неизвестен	95%			
	ДКП до тех пор, пока у ВИЧ-положительного партнера не будет подавлена вирусная нагрузка	30%			
	ПКП	100% после высокого риска инфицирования ВИЧ			

Устранение социальных и правовых преград для услуг по противодействию ВИЧ

Высокий охвата услугами по борьбе с ВИЧ, намеченный в целях на 2025 г., может быть достигнут только в среде, в которой люди, живущие с ВИЧ, и люди с риском инфицирования ВИЧ чувствуют, что могут пользоваться этими услугами безопасно. К сожалению, во многих странах это не так. Мощными преградами для услуг по противодействию ВИЧ являются стигматизация и дискриминация по причине ВИЧ, гендерное неравенство и криминализация употребления наркотиков, секс-бизнеса и однополых сексуальных отношений. В целях на 2025 г. делается акцент на том, что страны должны предпринимать особые меры по устранению этих преград и созданию благоприятной среды, в которой не будет места социальным, политическим, правовым и экономическим барьерам (81).

Цели, описанные в этом разделе, затрагивают преграды для концентрации глобального внимания на реалиях стигматизации и дискриминации на почве ВИЧ-статуса, карательных или пагубных законах и принципах, неравенствах (гендерного, расового, экономического и образовательного) и ограниченном доступе к правосудию у людей, живущих с ВИЧ, ключевых и уязвимых групп населения (т. е. женщин, девочек-подростков, мигрантов, беженцев и заключенных). Цели призывают быстрее устранить эти преграды. Показатели этих целей (т. е. менее 10 %) могут показаться ниже в числовом аспекте, чем цели для услуг по противодействию ВИЧ, которые призывают к охвату 95 %, но ориентиры для социальных стимулов зачастую ниже, а социальные изменения нередко происходят медленнее, чем планомерное увеличение масштаба охвата. Тем не менее достижение этих целей имеет важнейшее значение для прогресса всех амбициозных целей на 2025 г. и направлено на реализацию концепции полного отсутствия новых случаев инфицирования, дискриминации и смертей вследствие СПИДа.

Измерения влияния на социальную и правовую среду. Для того чтобы установить цели на 2025 г., было проведено два анализа негативного воздействия социальных и

правовых преград. Они показали, что эти преграды способствуют новым случаям инфицирования ВИЧ и смертности по причине СПИДа из-за ограничения доступа к услугам и сокращения эффективности программ по противодействию ВИЧ.

В одном анализе изучались существующие исследования, которые измеряли количественные показатели отрицательного влияния стигматизации и дискриминации, а также криминализации секс-бизнеса, употребления наркотиков и однополых сексуальных отношений на профилактику, диагностирование и лечение ВИЧ (82–88). Анализ подтверждает, что отсутствие какого-либо прогресса в обеспечении инструментов реализации сведет к нулю мероприятия по достижению целей по тестированию, лечению и супрессии ВИЧ, и приведет к дополнительным 1,7 млн смертей вследствие СПИДа в период между 2021 и 2030 годом, а отсутствие прогресса в обеспечении социальных инструментов реализации, нейтрализует усилия по достижению целей по профилактике ВИЧ, что приведет к дополнительным 2,5 млн новых случаев ВИЧ за тот же период (рисунок 24) (89).

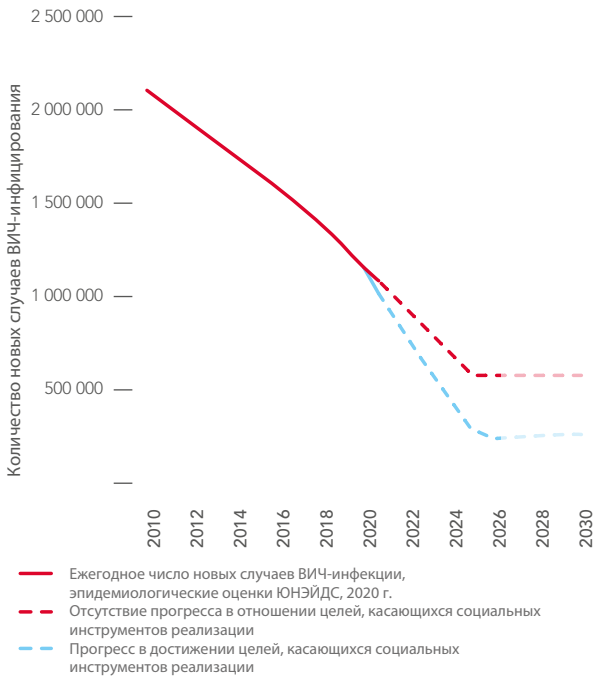
Вторым анализом был мультивариантный статистический анализ перекрестных и лонгитюдных данных из 138 стран. Он продемонстрировал, что страны с более благоприятной социальной и правовой средой имеют более тесную прямую зависимость между охватом услугами по противодействию ВИЧ и влиянием на ВИЧ. Например, по мере увеличения использования презервативов мужчинами во время последнего полового акта с высоким риском, в странах с благоприятной социальной средой наблюдается более стабильное и стремительное снижение заболеваемости ВИЧ с 2010 г. (рисунок 25)³. Учитывая прогнозируемое увеличение использования презервативов по сравнению с текущими средними показателями, ожидается, что снижение заболеваемости ВИЧ в странах с наиболее благоприятной средой (верхняя четверть) будет значительно больше, что отражается в более резком наклоне кривой для этих стран⁴.

³ В этом анализе использование презерватива во время последнего полового акта с высоким риском определялось как процент мужчин, которые утверждали, что использовали презерватив во время последнего полового акта с партнером(-шей), с которым(-ой) они не состоят в браке и не проживают совместно, среди всех мужчин, которые утверждали, что совершили половой акт с партнером(-шей), с которым(-ой) они не состоят в браке и не проживают совместно.

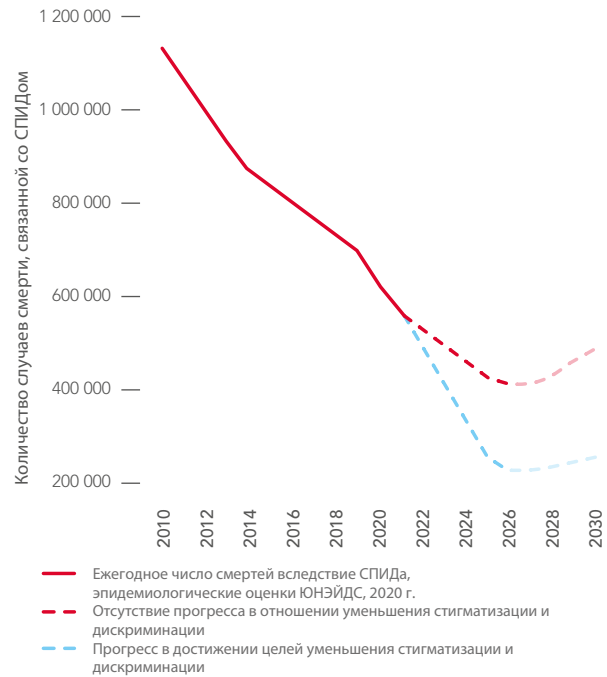
⁴ При низком уровне использования презервативов (менее 40 %) наблюдался большой рост процента заболеваемости ВИЧ за последние 10 лет в странах с более благоприятной социальной средой, поскольку заболеваемость в этих странах на исходном уровне была ниже.

РИСУНОК 24

Прогнозируемые случаи ВИЧ-инфекции до 2020 г., и смоделированные прогнозы влияния достижения целей по социальным инструментам реализации, 2021–2030 гг.



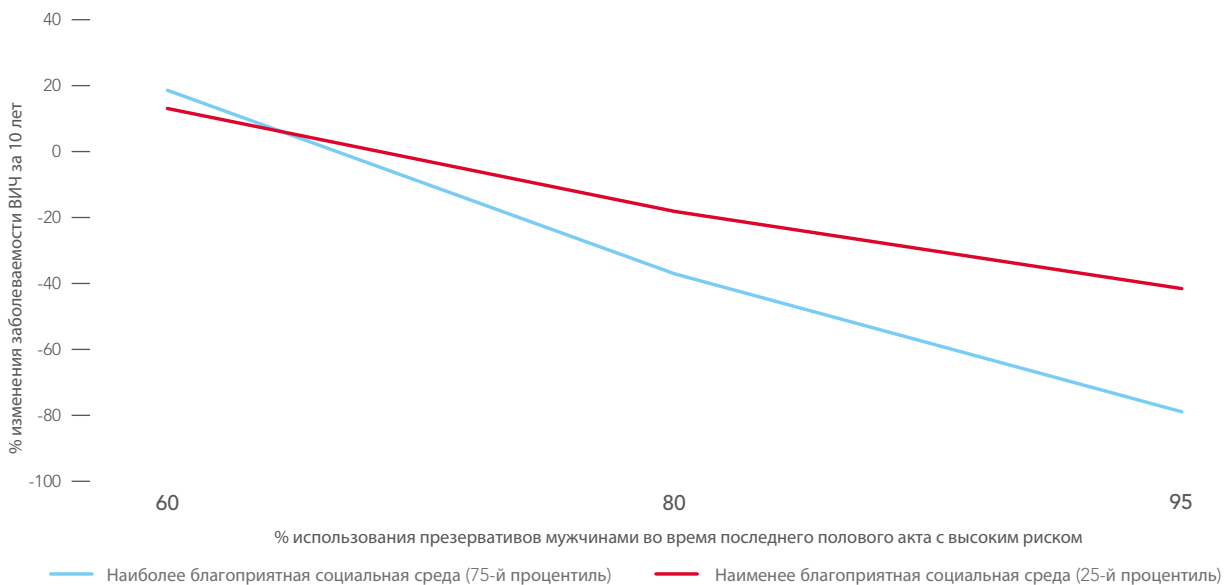
Прогноз смертности вследствие СПИДа до 2020 г., и смоделированные прогнозы влияния достижения целей по социальным инструментам реализации, 2021–2030 гг.



Источник: специальный анализ, проведенный Avenir Health с использованием данных инструмента отслеживания услуг в отношении ВИЧ, ЮНЭЙДС/ВОЗ/ЮНИСЕФ, ноябрь 2020 г., и эпидемиологических прогнозов ЮНЭЙДС, 2020 г. (<https://aidsinfo.unaids.org/>) См. приложение о методах.

РИСУНОК 25

Изменение заболеваемости ВИЧ за 10 лет в странах с благоприятной и неблагоприятной социальной средой, по частоте использования презервативов мужчинами во время последнего полового акта с высоким риском, 2010–2019 г.



Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС с использованием моделирования структурных уравнений; см. приложение о методах.

Примечание: уровень благоприятности социальной среды представляет собой составной показатель, основанный на четырех группах социально благоприятных сред: 1) общества с гендерным равноправием; 2) общества без стигматизации и дискриминации; 3) улучшенный доступ к правосудию и отмена карательных законов; и 4) совместная работа с более широким сектором развития.

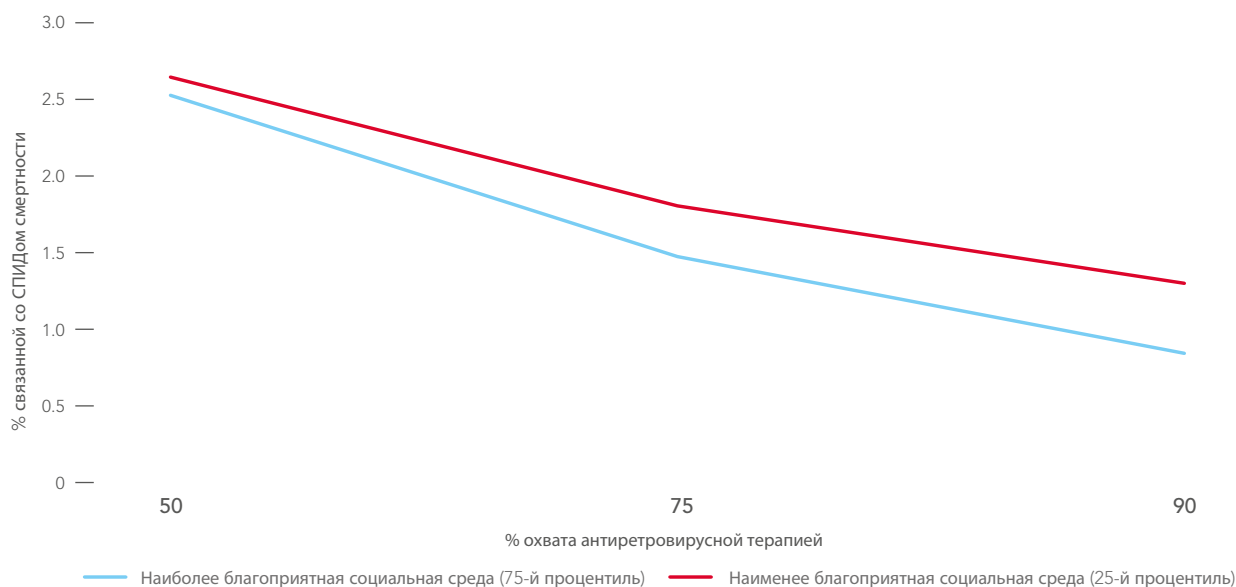
Аналогично большее снижение смертности по причине СПИДа среди людей, живущих с ВИЧ, наблюдается при увеличении охвата антиретровирусной терапией в странах с наиболее благоприятной социальной средой, по сравнению со странами с наиболее неблагоприятной социальной средой (рисунок 26). Для лечения ВИЧ существенной разницы в отношении уровня смертности по причине СПИДа при низком охвате нет, но по мере увеличения охвата лечением до уровня, предусмотренного целями на 2025 г., уровень смертности снижается в странах с наиболее благоприятной

социальной средой: 0,9 % смертности по причине СПИДа среди людей, живущих с ВИЧ, по сравнению 1,4 % (смертность на 55 % выше) в странах с неблагоприятной социальной средой.

Согласованность обоих анализов по влиянию стигматизации и дискриминации, криминализации и гендерно обусловленного насилия подчеркивает важность установления амбициозных целей в отношении социальных стимулов и вложения ресурсов в достижение этих целей.

РИСУНОК 26

Связанная со СПИДом смертность среди людей, живущих с ВИЧ, по охвату антиретровирусной терапией в странах с благоприятной и неблагоприятной социальной средой, 2017–2019 г.



Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС с использованием моделирования структурных уравнений; см. приложение о методах.

Примечание: уровень благоприятности социальной среды представляет собой составной показатель, основанный на четырех группах социально благоприятных сред: 1) общества с гендерным равноправием; 2) общества без стигматизации и дискриминации; 3) улучшенный доступ к правосудию и отмена карательных законов; и 4) совместная работа с более широким сектором развития.

Менее чем в 10 % стран существуют карательные правовые и политические условия, которые запрещают или ограничивают доступ к услугам.

- *К 2025 г. менее 10 % стран криминализируют секс-бизнес, хранение небольшого количества наркотиков, однополые сексуальные отношения, передачу ВИЧ, контакт с ВИЧ-инфицированным или сокрытие такого контакта.*
- *К 2025 г. менее чем в 10 % стран не хватает механизмов оповещения о насилии и дискриминации, а также обращения за защитой нарушенных прав для людей, живущих с ВИЧ, и ключевых групп населения.*
- *К 2025 г. менее 10 % людей, живущих с ВИЧ, и ключевых групп населения не имеют достаточного доступа к правовой помощи.*
- *К 2025 г. более 90 % людей, живущих с ВИЧ, права которых были ущемлены, обратились за защитой нарушенных прав.*

Эта целевая область ориентирована на создание и ускорение стимулирующего импульса к правовой реформе и возможности требовать правосудия во многих странах и регионах с более широким применением полученного опыта для приведения правовой и политической базы в соответствие с правами человека, на которых основывается эффективное противодействие ВИЧ.

Влияние криминализации на людей, инфицированных ВИЧ. Серьезное уголовное наказание за однополые сексуальные отношения повышает риск инфицирования ВИЧ в 4,7 раза, по сравнению со странами, в которых такие наказания отсутствуют (90). Согласно результатам анализа 75 стран, наличие законов, которые маргинализируют или криминализируют ЛГБТИ, также связано со значительно более низким использованием услуг по тестированию на ВИЧ (91). В 10 странах Африки к югу от Сахары репрессивные законы о секс-бизнесе связаны с повышенной распространенностью ВИЧ (92). По результатам систематического обзора за 2017 г., более 80 % исследований по данной теме связывают криминализацию употребления наркотиков с повышенным риском ВИЧ-инфицирования (93).

Понимание процесса декриминализации.

Декриминализация — это длительный и непрерывный процесс, в котором предварительные положительные результаты могут предшествовать окончательной отмене уголовной ответственности. Сама по себе декриминализация является не итогом данного процесса, а промежуточным и критически важным шагом на пути к конечной цели: созданию беспристрастной, справедливой среды, которая обеспечит эффективные, социально ориентированные ответные меры.

Использование успешных примеров для ликвидации правовых и политических пробелов.

Карательные, дискриминирующие и необоснованные с научной точки зрения законы повсеместно являются нормой, и последствия этого особенно тяжелы для ключевых групп населения. Однако накопленный за последнее время опыт подчеркивает осуществимость декриминализации и других видов правовых реформ. С 2016 г. в Чили, Пакистане и Уругвае гендерная идентичность признается официально, и для трансгендерных лиц предусмотрена правовая защита. В Сенегале легализован секс-бизнес. В 2019 г. количество стран и территорий в мире, где существуют связанные с ВИЧ ограничения на въезд, пребывание или проживание, сократилось до 48. Такие страны как Антигуа и Барбуда, Белиз, Колумбия, Мексика, Южно-Африканская Республика и многие штаты США ослабили давно существующие законы о наркотических средствах. Индия и Ботсвана, снявшие действовавшие ранее запреты, подтверждают наблюдающееся в последние годы сокращение числа государств, в которых однополые сексуальные отношения считаются противозаконными. Колумбия и Мексика с 2016 г. ослабили либо отменили законы, криминализирующие ВИЧ. Беларусь, Канада и Демократическая Республика Конго сузили перечень ситуаций, в которых живущие с ВИЧ люди могут быть привлечены к уголовной ответственности или признаны виновными.

РИСУНОК 27

Страны с дискриминационными и карательными законами, по всему миру, 2019 г.



Источники: Национальные обязательства и директивный документ ЮНЭЙДС, 2017 г. и 2019 г. (см. <http://lawsandpolicies.unaids.org/>); дополнительные источники (см. ссылки в приложении).

Изучение актуальных успешных примеров борьбы с карательными законами. Необходимы дальнейшие совместные усилия, чтобы изучить, как происходят правовые реформы, и понять, как применять и адаптировать данные подходы для других обстоятельств. Более результативный поиск успешных примеров на национальном уровне поможет выявить оптимальные рекомендации, эффективные стратегии по развитию отношений с коалиционными партнерами и сторонниками и способы усиления широкомасштабных социальных изменений, чтобы способствовать проведению правовых реформ. В частности, страны, которые осуществили правовые реформы, могут побудить к подобным действиям соседние государства.

Менее 10 % людей в ключевых группах населения и людей, живущих с ВИЧ, сталкиваются с дискриминацией и стигматизацией.

- *К 2025 г. менее 10 % людей, живущих с ВИЧ, сообщают о внутренней стигматизации.*
- *К 2025 г. менее 10 % людей, живущих с ВИЧ, сообщают о столкновении со стигматизацией и дискриминацией в лечебных учреждениях и местах общественного пользования.*
- *К 2025 г. менее 10 % ключевых групп населения (например, мужчины-геи и другие мужчины, имеющие сексуальные контакты с мужчинами, работники секс-бизнеса, трансгендерные лица и люди, употребляющие инъекционные наркотики) сообщают о столкновении со стигматизацией и дискриминацией.*
- *К 2025 г. менее чем у 10 % населения в целом наблюдается дискриминационное отношение к людям, живущим с ВИЧ.*
- *К 2025 г. менее 10 % работников сферы здравоохранения испытывают отрицательное отношение к людям, живущим с ВИЧ.*
- *К 2025 г. менее 10 % работников сферы здравоохранения испытывают отрицательное отношение к ключевым группам населения.*
- *К 2025 г. менее 10 % сотрудников правоохранительных органов испытывают отрицательное отношение к ключевым группам населения.*

Спустя почти сорок лет после того, как СПИД был впервые подтвержден документально, дискриминация и стигматизация продолжают замедлять или полностью тормозить прогресс на пути к прекращению эпидемии. Данные недавнего исследования по составному индексу дискриминационных установок показывают, что в 25 из 36 стран больше половины населения в возрасте от 15 до 49 лет демонстрировали дискриминационное отношение к людям, живущим с ВИЧ (рисунок 28). По мере того как дискриминационное отношение ослабевает в одних странах, в частности, в восточной и южной областях Африки, в других государствах оно набирает обороты.

Эта новая цель предусматривает резкое сокращение распространенности стигматизации и дискриминации, связанных с ВИЧ. Принимая во внимание возрастающее

бремя ВИЧ среди ключевых групп населения и пагубное влияние стигматизации и дискриминации на усилия по удовлетворению связанных с ВИЧ потребностей в ключевых группах населения, данная целевая область содержит ряд более конкретных целей, учитывающих специфику контингента.

Тревожно широкое распространение дискриминации в учреждениях здравоохранения. Данные по дискриминации в учреждениях здравоохранения, недавно полученные из 13 стран, показывают, что вплоть до 21 % опрошенных людей, живущих с ВИЧ в Таджикистане и Перу, получали отказ в предоставлении медицинских услуг по крайней мере один раз за последние 12 месяцев (94).

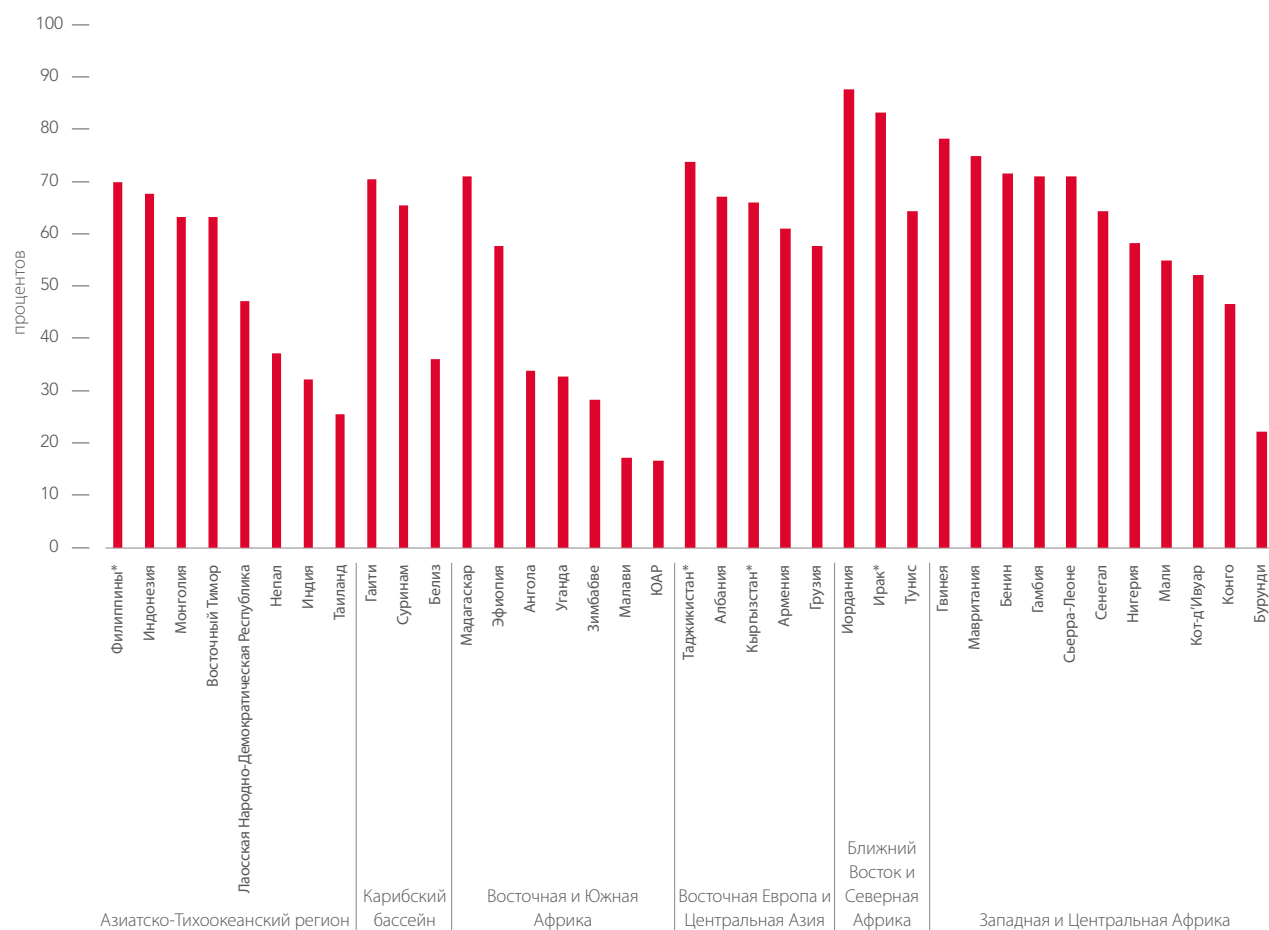
Эффективное обеспечение и постепенное наращивание числа обоснованных подтвержденными данными мероприятий в области прав человека и борьбы со стигматизацией. Проводящийся по поручению ЮНЭЙДС систематический обзор воздействия мероприятий в области прав человека на результаты лечения ВИЧ показал, что положительное воздействие отмечалось в большинстве исследований (83 %). Инициатива «Устранение барьеров», запущенная Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, направила значительные ресурсы (свыше 78 миллионов долларов США в 2017–2019 гг.) на преодоление барьеров в области прав человека, которые в 20 странах мира препятствуют получению услуг, связанных с лечением ВИЧ, туберкулеза и малярии (95).

Поддержка и развитие сообществ для борьбы со стигматизацией и дискриминацией. Сообщества играют определяющую роль в согласовании принципов прав человека с борьбой против ВИЧ. Для этого используются осуществляемые под руководством сообществ наблюдение, защита интересов и программы, обеспечивающие доступность правосудия. Поддержка. В 2020 г. не менее чем в 200 городах на территории 86 стран была запущена инициатива «Поддержка, а не наказание» — глобальная кампания для широких слоев населения по всему миру, которая продвигает опирающиеся на права человека практики снижения вреда и борьбы с наркотиками (96).

Эффективное использование наглядности усилий по искоренению стигматизации и дискриминации. Глобальная сеть людей, живущих с ВИЧ (GNP+), Координационный Совет Программы ЮНЭЙДС, «ООН-женщины», Программа развития ООН (ПРООН) и

РИСУНОК 28

Процент людей в возрасте от 15 до 49 лет, сообщивших о проявлении дискриминационного отношения к людям, живущим с ВИЧ, страны с имеющимися данными, 2014–2019 г.



*Данные только по женщинам в возрасте от 15 до 49 лет.

Источник: Опросы населения, 2014–2019 гг.

Примечание: Дискриминационное отношение определяется ответом «нет» на любой из двух вопросов: (1) Вы бы купили свежие овощи у продавца или поставщика, если бы знали, что у этого человека ВИЧ?; и (2) Считаете ли Вы, что дети, живущие с ВИЧ, должны иметь возможность посещать школу вместе с ВИЧ-негативными детьми?

ЮНЭЙДС объединились и организовали Глобальное партнерство по искоренению всех форм стигматизации и дискриминации в связи с ВИЧ (Глобальное Партнерство). В 2020 г. Глобальное Партнерство начало свою деятельность в ряде стран. В сотрудничестве с правительствами и сообществами на государственном уровне принимаются конструктивные меры против стигматизации и дискриминации.

Менее 10 % женщин, девушек, людей, живущих с ВИЧ, и ключевых групп населения сталкиваются с насилием и гендерным неравенством.

- *К 2025 г. менее 10 % женщин и девушек подвергаются сексуальному насилию со стороны своего партнера.*
- *К 2025 г. менее 10 % ключевых групп населения (например, мужчины-геи и другие мужчины, имеющие сексуальные контакты с мужчинами, работники секс-бизнеса, трансгендерные лица и люди, употребляющие инъекционные наркотики) подвергаются физическому или сексуальному насилию.*
- *К 2025 г. менее 10 % людей, живущих с ВИЧ, сталкиваются с физическим или сексуальным насилием.*
- *К 2025 г. менее 10 % людей поддерживают неравноправные гендерные нормы.*
- *К 2025 г. более 90 % услуг по борьбе с ВИЧ учитывают гендерные аспекты.*

Данная целевая область подчеркивает важность прекращения насилия в отношении женщин, девушек, людей, живущих с ВИЧ, и ключевых групп населения. Гендерно обусловленное насилие является лишь одним из многих проявлений гендерного неравенства, которое снижает способность женщин и девушек защитить себя от ВИЧ. Оно закрепляет гендерное распределение обязанностей по уходу и ограничивает возможности женщин и девушек в области образования и трудоустройства. Эта новая цель также обращает внимание на роль неравных гендерных норм в уязвимости ключевых групп населения.

Недопустимость широких масштабов насилия в отношении женщин, девушек и ключевых групп населения. Каждая третья женщина в ходе своей жизни подвергается физическому и (или) сексуальному насилию со стороны своего сексуального партнера и (или) других лиц (97). Столкновение с сексуальным насилием часто происходит в раннем возрасте: согласно оценкам, около 120 миллионов девушек в возрасте до 20 лет подвергаются принудительному сексуальному контакту в той или иной форме (98). Примерно в половине стран, в которых

доступны данные с разбивкой по возрасту, количество девушек в возрасте от 15 до 19 лет, подвергавшихся насилию со стороны сексуального партнера за последние 12 месяцев, выше, чем соответствующий суммарный показатель среди взрослых женщин (99). Ключевые группы населения часто становятся жертвами дискриминации и насилия — в восьми из 36 стран, недавно предоставивших данные, с насилием сталкиваются более половины работников секс-бизнеса. В четырех из 17 стран, по данным исследования, более 20 % мужчин-геев и других мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, сообщают о столкновении с насилием. В небольшом числе стран, где имеются соответствующие данные, отмечается высокий уровень насилия в отношении трансгендерных лиц и людей, употребляющих инъекционные наркотики.

Влияние насилия на риск инфицирования ВИЧ и результаты лечения. Насилие со стороны сексуального партнера в условиях широкой распространенности ВИЧ повышает у женщин риск инфицирования ВИЧ (97). Живущие с ВИЧ женщины, которые подвергались насилию, имеют худший доступ к лечению и реже его придерживаются. У них также наблюдается повышенная вирусная нагрузка и пониженные показатели CD4 (100).

Межведомственные подходы к укреплению гендерного равенства и сокращению уязвимости женщин и девушек. Показано, что финансовая поддержка помогает девушкам продолжать учиться в школе, повышают частоту использования медицинских услуг, содействуют отсрочке начала половой жизни, сокращают число ранних браков и случаев подростковой беременности, а также снижают риск заражения ВИЧ у девушек (101, 102). Согласно полученным в Ботсване доказательствам, каждый дополнительный год в средней школе на 8,1 % уменьшал риск заражения ВИЧ у молодых женщин (103). Участие религиозных руководителей Демократической Республики Конго в подходах, меняющих гендерные отношения, — и участие мужчин в обеспечении репродуктивного и материнского здоровья в Руанде — связано с сокращением сексуального насилия, более эффективным использованием противозачаточных средств, улучшением здоровья женщин в послеродовом периоде и с более справедливым разделением труда в семьях (104, 105).

ОНЛАЙН-ПЛАТФОРМА «ЛАБОРАТОРИЯ ПОЛИТИК В ОБЛАСТИ ВИЧ»

Глобальный мониторинг эпидемии СПИДа, проводимый ЮНЭЙДС, охватывает большой объем данных по законам и политическим мерам, связанным с ВИЧ. Для извлечения из этих данных максимальной пользы совместными усилиями ЮНЭЙДС, Джорджтаунского университета, Института национального и международного законодательства в сфере здравоохранения имени О'Нила, Глобальной сети людей, живущих с ВИЧ (GNP+), и организации Talus Analytics была создана Лаборатория политик в области ВИЧ (<http://www.hivpolicylab.org>).

Лаборатория политик в области ВИЧ — это инструмент визуализации и сравнения данных о национальной политике 194 стран по 33 показателям. С помощью этого инструмента пользователи могут получать обоснованную подтвержденными данными оценку условий политики. Показатели, которые учитывает Лаборатория политик в области ВИЧ, относятся к четырем категориям: наблюдение и лечение, тестирование и предотвращение, организационные вопросы и системы здравоохранения.

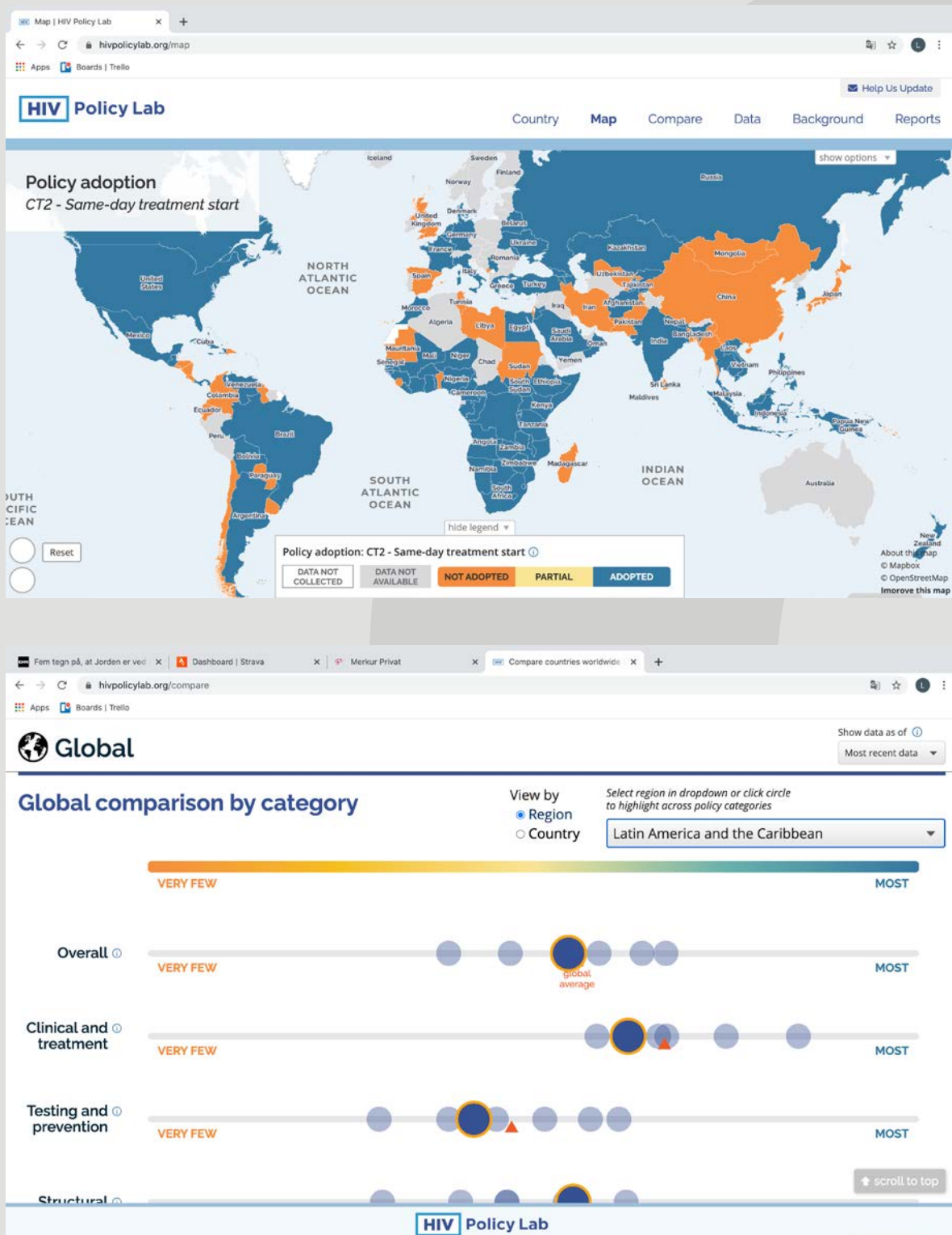
Данный инструмент призван поддержать усилия групп гражданского общества, которые выступают за правовые и политические изменения в своих странах и привлекают правительства к ответственности. Государственные органы также могут использовать этот инструмент, чтобы направлять усилия на выполнение своих обязательств и сравнивать свой прогресс с другими странами региона или со странами, в которых наблюдается схожая экономическая и эпидемиологическая ситуации. С помощью данного инструмента региональные и глобальные партнеры могут выявлять полезный опыт и расширять его, чтобы продвигать глобальную повестку по реформированию законов и политик таким образом, который обеспечит активное реагирование на ВИЧ.

В разделе, посвященном наблюдению и лечению, пользователи платформы могут узнать, внедрила ли страна рекомендованные политики в отношении начала терапии, лечения с первого дня диагностики, предоставления дифференцированного ухода, тестирования вирусной нагрузки, диагностики и лечения детей, диагностики туберкулеза и доступа к медицинским услугам для мигрантов. Лаборатория политик в области ВИЧ предоставляет пользователям информацию о том, разрешает ли конкретная страна самотестирование и программы снижения вреда, запрещает ли обязательное тестирование на ВИЧ, требует ли обязательного полового просвещения в начальной и средней школе, криминализирует ли контакт с ВИЧ либо его передачу, облагает ли платой за использование медицинских услуг, запрещает ли дискриминацию на основании сексуальной ориентации, гендерной идентичности и ВИЧ-статуса.

Вместе с оценкой условий политики в определенной стране пользователи Лаборатории политик также могут проверить, как эта страна выглядит в сравнении с другими. Цветовая маркировка показывает, в каком объеме страна применяет политики из четырех категорий согласно международным нормативным рекомендациям (ни одной, некоторые, многие, почти все).

РИСУНОК 29

Иллюстрации из презентации данных на веб-сайте Лаборатории политик в области ВИЧ



Комплексные подходы, ориентированные на людей и учитывающие конкретную обстановку

Принятие социально ориентированных интегрированных подходов, учитывающих конкретную обстановку, которые способствуют достижению целей по противодействию ВИЧ к 2025 г. и приводят к тому, что по крайней мере 90 % людей, живущих с ВИЧ, и лиц, подверженных повышенному риску инфицирования ВИЧ, получают услуги, связанные с другими инфекционными заболеваниями, неинфекционными заболеваниями, сексуальным и гендерно обусловленным насилием, психическим здоровьем, и другие услуги, необходимые им для общего состояния здоровья и благополучия.

Основным ориентиром при разработке, предоставлении и оценке медицинских услуг должны быть люди, а не заболевания или вместимость лечебных учреждений. Один из способов сделать системы здравоохранения более социально ориентированными заключается в интеграции услуг. Целью здесь ставится непрерывное и понятное для всех предоставление слаженных услуг в оптимально расположенных локациях с учетом конкретных потребностей людей и особенностей их размещения. Интеграция услуг здравоохранения предназначена улучшить показатели программы здравоохранения по четырем направлениям: действенность, результативность, равноправие и реагирование.

Приоритизация высокоэффективных мероприятий с дополнительными выгодами. Комплексные подходы, которые приносят пользу не только для лечения ВИЧ, но и для других приоритетов в области здравоохранения, имеют потенциал для создания универсальных медицинских преимуществ и объединения бюджетов во всех секторах.

Свидетельства преимуществ интеграции услуг.

Проведенные недавно систематический обзор и мета-анализ выявили, что интеграция услуг в области лечения ВИЧ с другими медицинскими услугами (такими, как охрана здоровья матери и ребенка, система оказания противотуберкулезной помощи, первичное медико-санитарное обслуживание, планирование семьи и репродуктивное и сексуальное здоровье) может

поднять уровень использования услуг в области ВИЧ и других услуг здравоохранения, увеличить количество людей, живущих с ВИЧ, которые остаются на лечении, обеспечить достижение эквивалентного или повышенного уровня соблюдения схемы лечения и подавления вируса, обеспечить дополнительные медицинские выгоды и снизить смертность, как связанную, так и не связанную со СПИДом (106). Результаты исследования не позволяют судить однозначно об экономической эффективности интегрированных услуг в сравнении с неинтегрированными, однако указывают на экономическую целесообразность интеграции услуг в области ВИЧ с другими услугами здравоохранения (106).

Принятие решения о том, когда и как интегрировать.

Как таковой, выбор между подходом с полной интеграцией и подходом с фрагментацией услуг не стоит. Разные подходы к интеграции услуг могут иметь как положительные, так и отрицательные последствия. Есть ситуации, в которых при наличии возможностей достичь интеграции никак не удастся. В любом случае, решение о том, когда, как и в каком объеме интегрировать, должно опираться на всесторонний анализ и глубокое понимание условий, в которых функционирует система здравоохранения, а также нужд людей, которым требуются медицинские услуги в определенных обстоятельствах. Даже в системе с достаточным уровнем интеграции специализация может и должна оставаться существенным аспектом. Эффективность комплексных подходов требует совместных усилий по укреплению систем здравоохранения, включая контроль за тем, чтобы основы политики здравоохранения поддерживали интеграцию услуг социально ориентированным способом. Приоритетное внимание должно уделяться мониторингу результатов лечения и маневренности при смене курса в соответствии с возникающими возможностями или затруднениями. Для обоснования решений о том, когда и как проводить интеграцию, необходима дополнительная информация об издержках, эффективности затрат и фискальной устойчивости комплексных программ в условиях ограниченности ресурсов.

Интегрированные подходы для конкретных групп населения.

У людей, живущих с ВИЧ или имеющих повышенный риск ВИЧ-инфекции, зачастую присутствуют и другие проблемы со здоровьем, поэтому эффективный уход и поддержка при ВИЧ должны быть комплексными и всеобъемлющими. Туберкулез по-прежнему является

основной причиной смерти среди людей, живущих с ВИЧ. Только в 2018 г. от него умерли почти 250 000 людей, живущих с ВИЧ (107). У женщин, живущих с ВИЧ, риск развития рака шейки матки почти в пять раз выше, чем у ВИЧ-отрицательных женщин (108). Вероятность инфицирования ВИЧ у людей с психическими расстройствами в 4–10 раз выше по сравнению с теми, у кого подобные расстройства отсутствуют, при этом люди, живущие с ВИЧ, имеют повышенный риск развития психических расстройств (109). Люди, ставшие жертвами сексуального насилия и гуманитарных катастроф, относятся к тем группам населения, которые помимо проблем со здоровьем нередко сталкиваются с эмоциональными травмами. Для достижения успешных результатов крайне важен комплексный подход, который уделяет внимания всем аспектам здоровья — физическому, психическому и эмоциональному.

Живущие с ВИЧ люди по мере старения, особенно учитывая положительное влияние антиретровирусной терапии на продолжительность жизни, все чаще сталкиваются с распространенными возрастными заболеваниями. Так, недавнее исследование показало, что 62 % всех живущих с ВИЧ людей в Кении имеют хотя бы еще одно незаразное заболевание (110).

Для молодых людей могут быть полезными услуги широкого спектра, ориентированные в первую очередь на молодежь. Экспресс-анализ на вирус папилломы человека (ВПЧ) для женщин как часть подхода «выявляй и лечи» мог бы стать недорогой и легко реализуемой услугой наряду с обслуживанием, связанным с ВИЧ. Тестирование на ВИЧ мужчин во время скрининга незаразных заболеваний может служить потенциальной стратегией по увеличению охвата тестирования. Возможно оказание комплексных услуг, специально разработанных для удовлетворения потребностей в медицинской помощи у ключевых групп населения, особенно на участках, хорошо зарекомендовавших себя в оказании услуг без осуждения и с учетом особенностей сообщества.

Использование успехов на пути к всеобщему охвату медико-санитарными услугами. В теории финансирование услуг здравоохранения отличается от организации и оказания этих услуг, однако есть основания ожидать, что успехи на пути к охвату всего населения универсальным медицинским обслуживанием, которое финансируется государством, ускорят темпы введения комплексных подходов в первичное медико-санитарное

обслуживание. Слишком велико количество стран, в которых плата за пользование медицинскими услугами не позволяет получить помощь в связи с ВИЧ, усугубляет неравенство, подрывает благосостояние целых семей ВИЧ-инфицированных и приводит к повышению заболеваемости и смертности в связи со СПИДом. Конкретные усилия необходимы для того, чтобы движение к всеобщему охвату медико-санитарными услугами учитывало основные свойства борьбы с ВИЧ (такие как вовлечение сообществ, инклюзивная модель управления, ответственность за результаты и приверженность правам человека и гендерному равенству), чтобы все услуги предоставлялись в учреждениях или местах общественного пользования, свободных от стигматизации и дискриминации, и чтобы в комплекты услуг входили услуги по диагностике, лечению и профилактике ВИЧ.

Доступ к услугам для мигрантов. Многим мигрантам очень тяжело получить доступ к услугам здравоохранения и услугам по борьбе с ВИЧ. Организованная законодательная деятельность позволит создать благоприятную среду, в которой мигранты смогут получать доступ к услугам здравоохранения независимо от своего статуса на территории страны. Принятое Португалией законодательство, призванное устранить препятствия, с которыми легальные и нелегальные мигранты сталкиваются при получении медицинских услуг, представляет собой рабочую модель доставки услуг, которую можно применить и в других странах.

ТАБЛИЦА 8

Конкретные цели интеграции

Популяция	Цель
Люди, живущие с ВИЧ	90 % пациентов, поступающих в учреждения в рамках услуг по противодействию ВИЧ или туберкулезу, направляются на тестирование и лечение в одно интегрированное, объединенное или расположенное рядом учреждение согласно национальному протоколу. 90 % людей, живущих с ВИЧ и имеющих латентную форму туберкулеза, получают профилактическое лечение туберкулеза.
	Дети (от 0 до 14 лет)
Дети (от 0 до 14 лет)	95 % новорожденных и младенцев, подвергшихся риску инфицирования ВИЧ, имеют доступ к интегрированным услугам по охране здоровья матери и уходу за новорожденными, включая предотвращение тройной вертикальной передачи ВИЧ, сифилиса и гепатита В
Юноши и молодые мужчины (от 15 до 24 лет)	90 % юношей (возраст 15+ лет) и мужчин (25–59 лет) имеют доступ к программе ДММО, которая является частью минимального комплекса услуг, и к скринингу многих заболеваний в рамках оказания ориентированных на мужчин медицинских услуг в 15 приоритетных странах
Взрослые мужчины (25+ лет)	
Девочки школьного возраста (от 9 до 14 лет)	90 % девочек школьного возраста в приоритетных странах имеют доступ к вакцинации от вируса папилломы человека (ВПЧ), а также к диагностике и/или лечению шистосомоза женских половых органов (<i>S. haematobium</i>) в районах, где он является эндемическим заболеванием
Девочки-подростки и молодые женщины (от 15 до 24 лет)	90 % имеют доступ к услугам репродуктивного и сексуального здоровья, которые сочетают в себе профилактику ВИЧ, тестирование и лечение. Такие комплексные услуги могут включать — в зависимости от удовлетворения медико-санитарных потребностей местного населения — диагностику и лечение ВПЧ, ИППП и рака шейки матки, диагностику и (или) лечение шистосомоза женских половых органов (<i>S. haematobium</i>), программы профилактики насилия со стороны полового партнера и программы предотвращения сексуального и гендерно обусловленного насилия, которые предусматривают постконтактную профилактику ВИЧ (ПКП), экстренную контрацепцию и первую психологическую помощь
Взрослые женщины (25+ лет)	
Беременные и кормящие женщины	95 % имеют доступ к услугам по охране здоровья матери и уходу за новорожденными, которые совмещают или включают в себя комплекс услуг по противодействию ВИЧ, в том числе предотвращение тройной вертикальной передачи ВИЧ, сифилиса и гепатита В
Мужчины-геи и другие мужчины, имеющие сексуальные контакты с мужчинами	90 % имеют доступ к услугам по борьбе с ВИЧ, которые входят в состав программ (или связаны с ними) профилактики ИППП, психического здоровья и насилия со стороны полового партнера, а также программы профилактики сексуального и гендерно обусловленного насилия, которые предусматривают постконтактную профилактику ВИЧ (ПКП), экстренную контрацепцию и первую психологическую помощь
Работники секс-бизнеса	90 % имеют доступ к услугам по борьбе с ВИЧ, которые входят в состав программ (или связаны с ними) профилактики ИППП, психического здоровья и насилия со стороны полового партнера, а также программы профилактики сексуального и гендерно обусловленного насилия, которые предусматривают постконтактную профилактику ВИЧ (ПКП), экстренную контрацепцию и первую психологическую помощь
Трансгендерные люди	90 % трансгендерных лиц имеют доступ к услугам по противодействию ВИЧ, которые входят в состав программ (или связаны с ними) терапии, подтверждающей гендер, профилактики ИППП, психического здоровья и насилия со стороны полового партнера, а также профилактики сексуального и гендерно обусловленного насилия, которые предусматривают постконтактную профилактику ВИЧ (PEP), экстренную контрацепцию и первую психологическую помощь
Люди, употребляющие инъекционные наркотики	90 % имеют доступ к комплексным услугам снижения вреда, которые охватывают (или могут сочетать) услуги в области психиатрической помощи, борьбы с гепатитом С и ВИЧ
Люди, находящиеся в тюремном и ином заключении	90 % имеют доступ к интегрированным услугам по борьбе с туберкулезом, гепатитом С и ВИЧ
Перемещенные лица (например, мигранты, беженцы или люди в условиях гуманитарного кризиса)	90 % имеют доступ к интегрированным услугам по борьбе с туберкулезом, гепатитом С и ВИЧ, в дополнение к программам предотвращения насилия со стороны полового партнера и сексуального и гендерно обусловленного насилия, которые предусматривают постконтактную профилактику ВИЧ (ПКП), экстренную контрацепцию и первую психологическую помощь. Данные интегрированные услуги должны быть в первую очередь ориентированы на людей и учитывать специфику гуманитарного контекста, места проживания людей и места их происхождения

⁵ В минимальный комплекс услуг, предоставляемых вместе с добровольным мужским обрезанием в медицинских целях, входят обучающие программы о более безопасном сексе, пропаганда презервативов, предложение тестирования на ВИЧ, а также профилактика и лечение ИППП.

⁶ Дополнительные услуги, такие как диагностика диабета, гипертонии и (или) туберкулеза и лечение малярии. Корректируется в зависимости от региона.

⁷ Страны с низким и средним уровнем доходов с коинфекциями ВИЧ и ВПЧ.

⁸ В ПКП у всех групп населения входит тестирование на ВИЧ и оценка подверженности риску.

05



ДОСТИЖЕНИЕ ЦЕЛЕЙ

Пандемия COVID-19 продемонстрировала опасность недостаточного финансирования мер по предотвращению пандемии. При этом она послужила стимулом для ускоренного внедрения социально ориентированных подходов к профилактике и контролю инфекционных заболеваний.

Как следует из неоднозначных результатов инициативы Fast Track, постановка смелых целей является лишь первым шагом к достижению прогресса. Чтобы добиться мира, в котором ВИЧ не представляет более угрозы здоровью населения, новым целям нужна четкая стратегическая направленность, высокоорганизованная реализация, глубокая политическая приверженность и вовлечение общества.

Новая стратегия глобального реагирования

В декабре 2019 г. Координационный совет программы ЮНЭЙДС обратился к Объединенной программе с просьбой начать всеобъемлющий и многосторонний процесс выявления стратегических приоритетов на период после 2021 г., когда завершит свое действие текущая стратегия ЮНЭЙДС. В консультативный процесс вошли:

- независимая оценка ответных мер ООН в связи с ВИЧ в 2016–2019 гг.;
- всесторонний фактологический обзор применения текущей стратегии ЮНЭЙДС;
- интернет-опрос на 16 языках, охвативший более 8300 участников из 163 стран, с целью получения от заинтересованных лиц обратной связи по решающим факторам и задачам приоритетной важности;
- шестьдесят пять углубленных обзоров с участием заинтересованных сторон;
- многочисленные обсуждения в формате фокус-групп с различными заинтересованными сторонами во всех регионах;
- многосторонняя консультация.

В декабре 2020 г. Координационный Совет программы изучит результаты данного консультативного процесса, рассмотрит первый проект аннотированного плана для новой стратегии и предложит рекомендации по осуществлению новой стратегии.

На встрече в июне 2020 г. Координационный Совет сформулировал предварительную рекомендацию, согласно которой новая стратегия должна содержать ключевые разделы и принципы текущей стратегии ЮНЭЙДС и при этом отдать приоритет критическим областям, где наблюдается отставание прогресса и требуется особое внимание. Формирующаяся в ходе данного процесса глобальная стратегия ЮНЭЙДС призвана служить планом действий для ускорения прогресса на мировом, региональном и государственном уровнях на пути к устранению СПИДа как угрозы здоровью населения. Новая стратегия определит долю участия и результативный вклад ЮНЭЙДС для достижения новых стратегических приоритетов в отношении каждой области результатов и подчеркнет настоятельную необходимость совместной работы различных заинтересованных сторон для достижения согласованных результатов. Новая стратегия более четко распределит усилия по устранению СПИДа как угрозы здоровью населения в контексте ЦУР и конкретизирует стратегические связи между Целями.

Социально ориентированные меры реагирования с упором на равенство и справедливость

Консенсус различных заинтересованных сторон, участвовавших в консультации, ясен: новая стратегия обеспечит прогресс на пути к искоренению СПИДа как угрозы здоровью населения только в том случае, если основное внимание будет уделяться людям. Услуги должны предоставляться с учетом потребностей наиболее нуждающихся сообществ и адаптироваться к местным условиям. Необходимо в полной мере привлекать сообщества и поддерживать их как важных партнеров и лидеров в области борьбы с ВИЧ.

Новая стратегия должна выдвигать на передний план равенство и справедливость, признавая, что искоренить СПИД как угрозу общественному здравоохранению будет невозможно до тех пор, пока он не будет устранен во всех группах населения, затронутых эпидемией. Реализация положений повестки в отношении равенства и справедливости потребует безотлагательного прогресса в работе с теми социальными и структурными

факторами, которые повышают уязвимость к ВИЧ-инфицированию, сдерживают использование услуг и ухудшают результаты мероприятий по охране здоровья. Для ускорения прогресса на пути к окончанию эпидемии меры реагирования должны в полной мере охватывать принципы прав человека и гендерного равенства. Также необходимо вдохнуть новую жизнь в межведомственный подход к борьбе с ВИЧ, который связан со всеми видами приоритетов развития. Приоритизация равенства и справедливости потребует готовности и маневренности при борьбе с ВИЧ в условиях чрезвычайных ситуаций, гуманитарных кризисов и стремительных перемен в экономическом, социальном и материальном контексте.

Применение новой стратегии как единого комплекса

Опыт, приобретенный в ходе программы «Быстрый ответ», позволяет выявить недостатки избирательного подхода к борьбе с ВИЧ. Замедление прогресса в реагировании указывает на то, что при увеличении охвата лечением преимущества профилактики сводятся на нет, если расширение мер профилактики ВИЧ получает лишь минимальную поддержку. Подобным образом ограничивается воздействие программного осуществления в тех случаях, когда меры по борьбе с ВИЧ не затрагивают социальные и структурные барьеры, которые препятствуют использованию услуг. Каким бы обнадеживающим не представлялся прогресс на пути к общим целям, он не может считаться удовлетворительным, если вниманием обделены целые группы населения.

Для достижения целей на 2025 г. в полном объеме и реализации новой стратегии как единого комплекса потребуются глобальная солидарность и целенаправленная работа. Успешное применение самых простых или политически приемлемых составляющих стратегии не положит конец СПИДу как угрозе общественному здравоохранению, для этого нужно задействовать более сложные элементы целостного, всестороннего подхода к эпидемии.

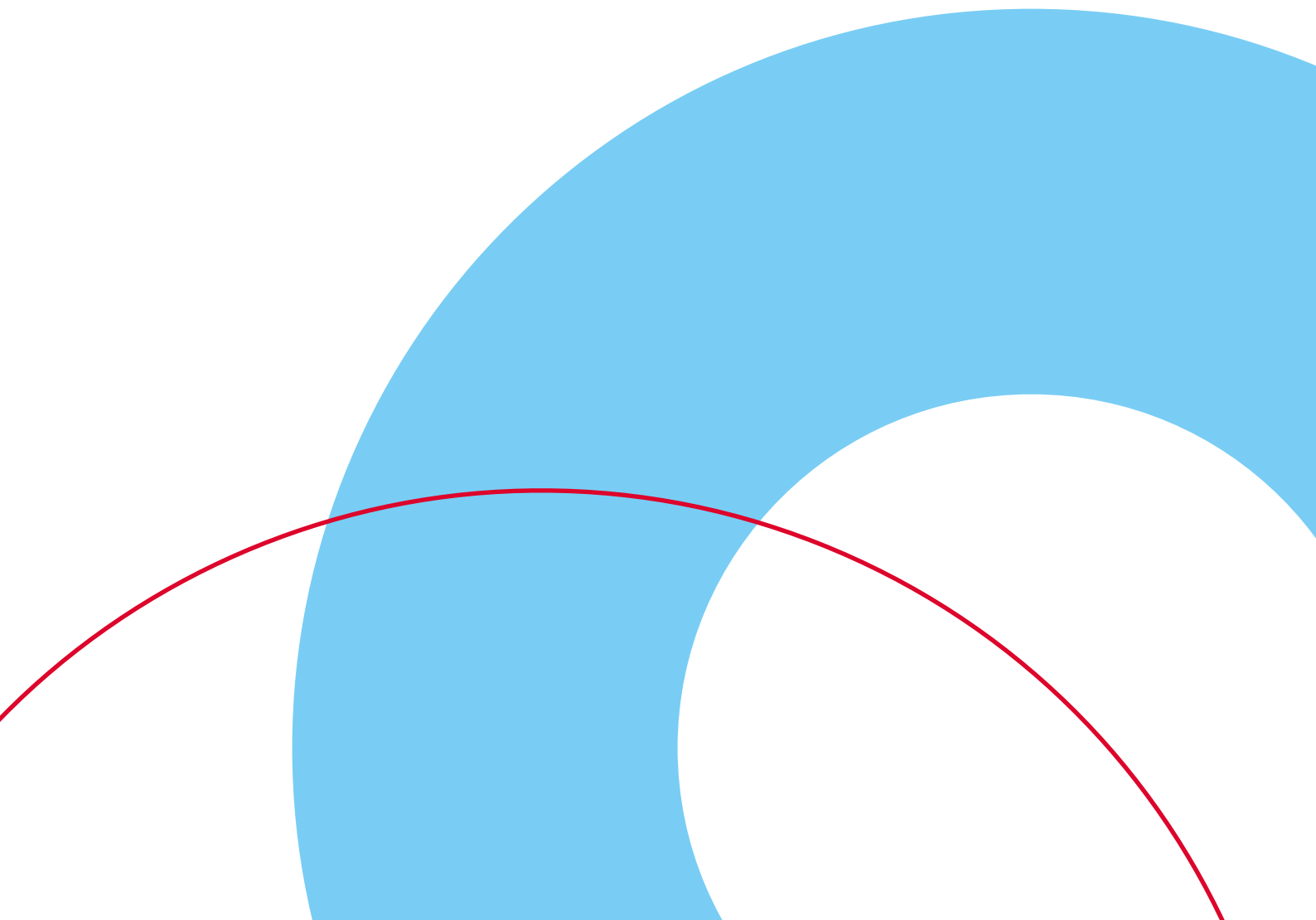
Общая ответственность за мобилизацию ресурсов и реализацию мер

Все заинтересованные стороны должны подтвердить свою готовность внести свой вклад в достижение целей на 2025 г. Устранить СПИД как угрозу здоровью населения не представляется возможным без достаточных финансовых

ресурсов, несмотря на необходимость удвоить усилия по выявлению и использованию возможностей совместного финансирования, особенно в отношении социальных и структурных механизмов реализации. Для прекращения эпидемии СПИДа потребуется не только увеличение внутренних инвестиций в борьбу с ВИЧ, но также подтверждение обязательств со стороны мировой общественности, инновационное финансирование и более активное участие частного и благотворительного секторов.

Пандемия COVID-19 продемонстрировала опасность недостаточного финансирования мер по предотвращению пандемии на национальном и глобальном уровне. При этом пандемия ускорила применение социально ориентированных подходов к профилактике и борьбе с инфекционными заболеваниями — подходов, к

которым давно призывали люди, живущие с ВИЧ, и другие активисты гражданского общества. С помощью коллективных глобальных мер, ставящих людей превыше всего, мы можем использовать кризис COVID-19 как возможность активизировать борьбу с ВИЧ, увеличить всеобщий охват услугами здравоохранения и достичь ЦУР.





ПРИЛОЖЕНИЕ О МЕТОДАХ

Часть 1. Методы получения приблизительных оценочных данных о количестве человек, проходящих лечение от ВИЧ, по миру и отдельным регионам на конец июня 2020 года

Общемировые и региональные числовые показатели количества человек, проходящих антиретровирусную терапию, на конец июня 2020 года были получены из данных программ по странам, переданных для инструмента отслеживания услуг в отношении ВИЧ. Восемьдесят пять стран передали данные, которые смогла подтвердить программа ЮНЭЙДС и ее партнеры (что составляет 81 % всех людей, проходящих лечение, согласно оценкам).

По странам, по которым отчетные данные о людях, проходящих лечение, недоступны — прежде всего это страны Западной и Центральной Европы, Северной Америки, а также Российская Федерация — оценка количества человек, проходящих лечение, основывалась на данных предыдущих отчетных периодов и неопубликованных источников. Оценочное количество человек, проходящих лечение в странах, где отсутствуют опубликованные данные, может быть слегка завышено, поскольку изменения количества человек, проходящих лечение, за шесть месяцев с конца 2019 года по июнь 2020 года (в период, на который могли повлиять перебои, связанные с COVID-19) были подсчитаны, исходя из процента изменений количества человек, проходящих лечение, с 2018 по 2019 год (в период, на который не повлиял COVID-19). Региональные оценочные показатели количества человек, проходящих лечение в странах Западной и Центральной Европы и Северной Америки на июнь 2020 года не опубликованы из-за того, что

ограниченное количество стран передало данные на конец 2019 года и середину 2020 года.

Хотя ЮНЭЙДС тесно сотрудничает со странами и многосторонними партнерами, чтобы обеспечить точность отчетных и оценочных данных по количеству человек, проходящих лечение, данные по странам могут быть завышены, если о людях, переводящихся из одного учреждения в другое, представили отчет оба учреждения или если люди, которые умерли, прекратили лечение или эмигрировали, не были идентифицированы и данные о них не были удалены из реестров лиц, проходящих лечение. Кроме того, числовые показатели по лечению могут быть занижены, если не все клиники передадут их своевременно и в полном объеме. Из-за сбоев в связи с COVID-19 любое из этих отклонений может иметь место в ином масштабе, чем раньше, поэтому следует соблюдать осторожность при интерпретации тенденций повышения показателей лечения с течением времени. Более того, границы неопределенности относительно точечной оценки могут не полностью отражать дополнительные факторы неопределенности, обусловленные перебоями в предоставлении услуг в связи с COVID-19.

Часть 2. Методы сбора и анализа данных о перебоях в предоставлении услуг, связанных с ВИЧ, которые передаются через инструмент отслеживания услуг в отношении ВИЧ

С июня 2020 года у национальных координационных центров запрашивают ежемесячную подачу в Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ), ВОЗ и ЮНЭЙДС данных, касающихся

предоставления услуг в отношении ВИЧ за период до наступления и во время пандемии COVID-19 задним числом, начиная с января. Данные передавались через инструмент отслеживания услуг в отношении ВИЧ, представляющий собой модификацию действующего онлайн-ресурса (инструмента Глобального мониторинга эпидемии СПИДа), который страны использовали ранее для ежегодных отчетов по более чем 70 глобальным показателям, связанным с ВИЧ.

Для представления отчетов о потенциальных перебоих, связанных с COVID-19, из них были отобраны 13 показателей. Эти показатели соотносятся с услугами по тестированию на ВИЧ и лечению ВИЧ, в том числе услугами по предотвращению передачи вируса от матери ребенку и проведению доступных информационно-разъяснительных мероприятий по ВИЧ для ключевых групп населения. Также собирались отчеты о сексуальном и гендерно обусловленном насилии. Страны просили сообщать о доле учреждений, предоставлявших услуги в течение месяца, в случаях когда они имели отношение к соответствующему показателю.

Данные, передаваемые странами ежемесячно с января по сентябрь 2020 года, использовались для выявления потенциальных перебоев в предоставлении услуг в связи с COVID-19. Для анализа брали данные по месяцам, по которым страны сообщили не менее чем о 50 обслуженных лицах или предоставленных услугах при получении данных по меньшей мере от 50 % учреждений. По каждому показателю был выведен общий процент изменений количества предложенных услуг по сравнению со средним количеством услуг, предоставленных в январе и феврале. Относительные изменения в предоставлении услуг, выраженные в процентах, публикуются для стран, по которым есть данные как минимум за шесть месяцев.

На качество и репрезентативность публикуемых данных по странам воздействуют некоторые ограничения, которые следует учитывать при сравнении результатов за определенный период, в пределах страны или по разным странам. Например, в любом месяце, когда доля представивших отчеты учреждений падает до отметок ниже 50 %, такие данные исключаются, чтобы не допустить сравнения месяца, в котором поступила информация об услугах от небольшой доли учреждений, с месяцами, когда отчеты передали все учреждения. Однако колебания в количестве учреждений, представивших отчеты в течение продолжительного периода, сами по себе,

возможно, указывают на перебои в оказании услуг, а в таком случае истинный объем перебоев будет занижен.

Второе ограничение связано с тем, что среднее количество услуг, оказанных в январе и феврале, принимается за основу для сравнения с ним последующих месяцев предоставления услуг (хотя для некоторых стран и услуг могут проследиваться сезонные закономерности в обслуживании). Поскольку не существует данных по тем же месяцам во время пандемии COVID-19 за предыдущие годы, которые позволили бы провести сравнение, а также поскольку объем обслуживания, вероятно, с тех пор увеличился, считается, что средние значения по двум месяцам, предшествовавшим периоду перебоев из-за COVID-19, представляют собой наиболее надежные критерии для сравнения.

Часть 3. Методы, используемые для оценки воздействия достижения целей

Воздействие достижения целей на 2025 и 2030 год на эпидемию оценивалось с применением Модели целей. Проверка производилась с помощью двух других моделей: Optima HIV и Модели эпидемии СПИДа (АЕМ). Модель целей представляет собой математическую имитационную модель, которая оценивает заболеваемость ВИЧ, исходя из принципов поведения (например количества половых партнеров, количества половых актов с каждым партнером, возраста первого полового контакта и использования нестерильных инструментов для инъекций); эпидемиологических факторов (таких как вероятность передачи при каждом случае с учетом вида полового акта или использования нестерильных инструментов для инъекций, стадия инфекции и наличие других ЗППП); физических и медицинских вмешательств, снижающих вероятность передачи (например антиретровирусной терапии, использования презервативов, ДММО и ДКП) и вмешательств, направленных на коррекцию поведения с высокой степенью риска (таких как информационно-разъяснительные мероприятия для ключевых групп населения, комплексное половое просвещение, экономическое равноправие, программы обмена шприцев и опиоидная заместительная терапия) (111). Модель целей по возрастному составу (Goals-ASM), в которой поведение групп населения и динамика передачи ВИЧ распределяются по возрасту, применялась для стран Африки к югу от Сахары с генерализованными эпидемиями; модель целей по составу рисков (Goals-RSM), в которой динамика передачи

ВИЧ среди групп населения распределяется по степени рискованности поведения (такого как работа в секс-бизнесе, однополые сексуальные связи, употребление инъекционных наркотиков и большое количество партнеров), применялась для стран за пределами вышеупомянутого региона.

Модели целей применялись для 39 стран Африки к югу от Сахары и 38 стран за пределами этого региона, на которые в совокупности пришлось 94 % новых случаев ВИЧ-инфицирования и 95 % смертей вследствие СПИДа. Данные для применения моделей были получены из различных источников:

- демографические данные — из издания «Мировые демографические перспективы» отдела народонаселения Организации Объединенных Наций (112);
- численность ключевых групп населения — из «Атласа ключевых групп населения» ЮНЭЙДС (113);
- данные о распространенности ВИЧ и поведении — из национальных обследований семей (в основном медико-демографических исследований и оценки последствий ВИЧ для населения) (114, 115);
- результаты интегрированного биологического и поведенческого эпиднадзора в отношении ВИЧ и данные по текущему охвату мероприятиями — из системы Глобального мониторинга эпидемии СПИДа (116).

Для каждой страны модель определяет распространенность ВИЧ с распределением по группам риска и возрасту. Для каждого вмешательства данные по воздействию, которое оказывает увеличение его объема для достижения целей на 2025 и 2030 годы на вероятность передачи при каждом случае и на поведение, основываются на опубликованных исследованиях эффективности этого вмешательства (111).

Модели целей были применены к каждой стране, чтобы оценить предположительные тенденции в отношении новых случаев инфицирования и смертей вследствие СПИДа. По каждому показателю сумма для каждой из смоделированных стран корректировалась в сторону увеличения, чтобы получить совокупную оценку, учитывающую страны, для которых модели не были сформированы.

Группа консультантов по моделированию воздействия программы (PIMAG) руководила методологией моделирования воздействия и проверяла результаты. Результаты применения модели целей подтверждались путем их сравнения с результатами применения модели Optima

HIV для Эсватини, Малави, Судана и Зимбабве и модели АЕМ для Камбоджи, Индонезии и Мьянмы (117, 118). Результаты применения всех трех моделей применительно к объему ожидаемого воздействия, которое окажет достижение целей на 2025 и 2030 годы, согласовывались друг с другом.

Часть 4. Оценка воздействия социальных инструментов реализации на результаты лечения ВИЧ

Постановка целей ЮНЭЙДС на 2025 год явно охватывает воздействие социальных инструментов реализации. Эти инструменты разделяются на четыре широкие категории: связанные с ВИЧ стигматизация и дискриминация, доступ к правосудию, гендерное равенство и прочие сферы применения совместных действий в области социального развития. Вмешательство в этих сферах не влияет на передачу ВИЧ напрямую; оно скорее создает условия, способствующие безопасному поведению, что влияет на передачу ВИЧ. Такие принципы поведения могут включать готовность сдавать анализы, начинать прохождение антиретровирусной терапии, придерживаться лечения либо пользоваться презервативами или ДКП. Моделирование воздействия социальных инструментов реализации — трудная задача, поскольку уже были установлены глобальные цели по проведению анализов, лечению и использованию презервативов и ДКП. Эти цели косвенным образом предполагают, что барьеры для их достижения были устранены.

Для демонстрации влияния социальных инструментов реализации на результаты лечения ВИЧ или их сдерживающего эффекта проводились два вида анализа:

1. Моделирование воздействия на достижение целевых показателей охвата на основании доказательств влияния отдельных социальных инструментов реализации на увеличение объема услуг, связанных с ВИЧ.
2. Статистический анализ по 138 странам, направленный на оценку сдерживающего эффекта среды, в которой применяются социальные инструменты реализации, в отношении эффективности использования презервативов и изменения заболеваемости ВИЧ, а также охвата антиретровирусной терапией — в отношении смертности вследствие СПИДа.

Первый метод состоял в применении отношения шансов к известным барьерам, зафиксированным в научной литературе, и к тому, каким образом конкретные социальные инструменты реализации ограничивают доступ к услугам, тем самым ограничивая способность стран достигнуть целевых показателей тестирования и лечения 95–95–95 или целей профилактики на 2025 год. При таком подходе моделируется воздействие социальных инструментов реализации при допущении, что в отсутствие прогресса добиться глобальных целей будет невозможно. Такое моделирование позволяет оценить рост новых случаев ВИЧ-инфицирования и количества смертей, связанных со СПИДом, которые станут результатом снижения уровня достижений.

Стигматизация и дискриминация, связанные с ВИЧ

Стигматизация и дискриминация имеют по меньшей мере три различных проявления: дискриминация на уровне сообщества, дискриминация со стороны поставщиков медицинских услуг и внутренняя стигматизация. В ходе некоторых исследований изучалось влияние внутренней стигматизации на доступ к здравоохранению и лечению.

- Исследование мужчин-геев и других мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, в г. Нью-Йорке показало скорректированное отношение шансов, равное 0,54, для вероятности тестирования на ВИЧ в предыдущие месяцы (119).
- Анализ данных исследования PopART в Южно-Африканской Республике и Замбии показал скорректированное отношение шансов в пределах от 1,71 до 1,82 для позднего направления на лечение (120).
- Метаанализ исследований стран с низким и средним уровнем дохода показал скорректированное отношение шансов в пределах 2,4 (от 1,6 до 3,6) для поздних сроков начала лечения лиц с внутренней стигматизацией (121).
- Метаанализ исследований соблюдения назначений, проведенный Кац и другими исследователями, показал скорректированное отношение шансов, равное 1,74, для несоблюдения назначений лицами с внутренней стигматизацией (122).
- Анализ данных исследования PopART по супрессии вируса показал скорректированный относительный риск, равный 0,83, для супрессии вируса у лиц с внутренней стигматизацией (123).

Мы использовали эти исследования для оценки влияния внутренней стигматизации на последовательные этапы лечения: осведомленность о своем статусе, лечение и супрессию вируса. Если предположить, что глобальных целевых показателей 95–95–95 можно достичь только при отсутствии внутренней стигматизации, то для лиц с внутренней стигматизацией максимальные значения, вероятно, составят 83–79–84 (как показано в таблице 1).

ТАБЛИЦА 1

Влияние внутренней стигматизации на целевые показатели 95–95–95

Элемент	Исследование	Показатель	Скорр. ОШ	ОШ при 90	ОШ при стигматизации	Достижения при стигматизации
Тестирование	Голуб (Golub) и Гамарель (Gamarel), 2013 г.	Вероятность тестирования	0,54	9	4,86	0,83
Начало лечения	Сабапати (Sabapathy) и др., 2017 г.	Позднее направление на лечение	1,71–1,82	9	5,10	0,84
	Джизсо (Geseseaw) и др., 2017 г.	Поздние сроки начала лечения	2,4 (1,6–3,6)	9	3,75	0,79
Соблюдение назначений	Кац (Katz) и др., 2013 г.	Несоблюдение	1,74	9	5,17	0,84

Такие сниженные значения для последовательных этапов влияли бы на долю людей, живущих с ВИЧ, с внутренней стигматизацией. Согласно исследованию PopART около 22 % людей, живущих с ВИЧ, испытывали внутреннюю стигматизацию (123). При применении этого соотношения максимальные значения для последовательных этапов составили бы 88–88–89. Мы применили Модель целей для каждой из 77 стран и установили цели на 2025 и 2030 годы на уровне 88–88–89 (или на уровне текущих значений для последовательных этапов, если они выше).

Глобальная программа по снижению стигматизации должна включать вмешательства, направленные на решение проблем внутренней стигматизации, дискриминации со стороны медицинских работников и норм сообществ. В этом анализе акцент ставится на внутренней стигматизации, поэтому в нем, возможно, недооценено влияние программы в целом, однако внутренняя стигматизация также может быть хорошим показателем для всех форм стигматизации и дискриминации.

Доступ к правосудию

Воздействие декриминализации изучала Шэннон (Shannon) с соавторами в своей работе, где моделировала последствия криминализации секс-бизнеса и обнаружила снижение количества новых случаев инфицирования среди секс-работников в Ванкувере, Момбасе и Беллари (Индия) приблизительно на 40 % за 10 лет (124). Боркес (Borquez) с соавторами произвели подсчет, согласно которому в Мексике декриминализация людей, употребляющих инъекционные наркотики, в сочетании с опиоидной заместительной терапией может предотвратить 21 % новых случаев инфицирования (125). Данные «Атласа ключевых групп населения» ЮНЭЙДС указывают на то, что в 34 % из 192 стран действуют законы, криминализирующие однополые сексуальные связи, а в 80 % из 134 стран криминализованы секс-работники.

Мы оценили воздействие, которое окажет достижение целей по декриминализации, применив снижение новых случаев инфицирования ВИЧ, полученное в ходе исследований Шэннон и Боркес с соавторами, к странам, где в настоящее время криминализован секс-бизнес и употребление инъекционных наркотиков. Оценка дает основания полагать, что, если декриминализация во всех этих странах не будет проведена, это приведет в общей

сложности к 750 000 новых случаев инфицирования ВИЧ с 2020 по 2030 год

Гендерное равенство

Гендерное равенство — обширная тема, охватывающая все социальные нормы, из-за которых девочки и женщины подвергаются повышенному риску ВИЧ. Применительно к задачам оценки затрат и моделирования, возможно, целесообразно сосредоточиться на гендерно обусловленном насилии как важной и показательной составляющей проблемы гендерного равенства. Данные по объему гендерно обусловленного насилия получены из ряда национальных обследований, в том числе медико-демографических исследований. Существует огромное количество литературы по методологии и последствиям снижения гендерно обусловленного насилия, и предпринимаются различные усилия по синтезированию этой информации, в том числе ведется работа над новым документом по гендерно обусловленному насилию «Что поможет» (*What works*), новой рамочной программой по предотвращению (RESPECT) и новой инициативой ЮНФПА по оценке воздействия ликвидации гендерно обусловленного насилия к 2030 году и затрат на нее. Предварительная оценка глобальных затрат была представлена на конференции ICPD+25 в Найроби в ноябре 2019 года, и проводимые работы, при сотрудничестве с рядом научно-исследовательских учреждений и организаций системы ООН, продолжают обеспечивать нас новыми прогнозными данными по стоимости и воздействию. Эта работа дает основу для определения стандартного комплекса услуг, целевых групп населения, затрат и воздействия применительно к сокращению числа случаев насилия со стороны половых партнеров.

Текущая работа не рассматривает проблему связи между гендерно обусловленным насилием и ВИЧ, однако в других исследованиях эта зависимость изучалась. Теоретически гендерно обусловленное насилие может привести к увеличению числа случаев незащищенного секса, повышению распространенности других ЗППП и снижению показателей тестирования, соблюдения назначений и медико-биологической профилактики. В ходе исследования Ледди (Leddy) с соавторами было обнаружено большое количество исследований, содержащих данные об этой зависимости в различных условиях (126). Результаты оказались

спорными, но в целом подкрепляли идею о том, что женщины, подвергающиеся гендерно обусловленному насилию, с меньшей вероятностью начинают лечение и придерживаются назначений. Результаты по тестированию были спорными: некоторые исследования показывали повышение количества случаев тестирования, другие — противоположные данные (126).

Исследования дают еще меньше точной информации о том, приведет ли вмешательство, направленное на снижение гендерно обусловленного насилия, к поведению с высокой степенью риска, или гендерно обусловленное насилие связано с поведением с высокой степенью риска, которое сохранится, даже если насилие прекратится. Некоторые исследования показывают связь между насилием и инфицированием ВИЧ в Южно-Африканской Республике с коэффициентом заболеваемости в пределах 1,51 (от 1,04 до 2,21) для влияния насилия со стороны половых партнеров на заболеваемость ВИЧ (127, 128).

Предварительный анализ расширения программ предотвращения насилия со стороны половых партнеров, проведенный ЮНФПА, показал, что глобальная программа расширения услуг по профилактике могла бы предотвратить 14 % случаев насилия со стороны половых партнеров к 2025 году и 29 % — к 2030 году (129). Отсюда следует, что глобальная программа профилактики насилия со стороны половых партнеров может предотвратить до 75 000 новых случаев ВИЧ-инфицирования с 2000 по 2030 год.

Второй подход заключался в проведении различных видов статистического анализа, основанного на данных 138 стран, которые включали, в порядке проведения, статистический анализ с применением внешне не связанных уравнений (SUR), моделирования структурными уравнениями (SEM) и многофакторный регрессионный анализ панельных данных. При анализе учитывались те же четыре социальных инструмента реализации: доступ к правосудию и правовые реформы, гендерное равенство, стигматизация и дискриминация, совместные действия при более широкой области развития.

В анализ была включена двадцать одна переменная по каждой из этих обширных групп социальных инструментов реализации / барьеров:

- индекс уровня стигматизации людей, живущих с ВИЧ;
- сообщения о дискриминации в отношении доступа к услугам здравоохранения, получаемые от женщин;
- сообщения о физическом и сексуальном насилии, получаемые от женщин;
- сообщения о психологическом насилии, получаемые от женщин;
- сообщения о дискриминации в отношении доступа к услугам здравоохранения, получаемые от людей из ключевых групп населения;
- сообщения о физическом или сексуальном насилии, получаемые от людей из ключевых групп населения;
- восприятие однополых сексуальных связей;
- криминализация употребления или хранения наркотиков в личных целях;
- криминализация секс-бизнеса;
- криминализация однополых сексуальных связей или другие карательные законы, влияющие на людей, принадлежащих к ЛГБТИ;
- индекс верховенства закона;
- индекс гендерного развития;
- насилие в отношении женщин;
- индекс равноправия полов;
- доступ к чистой воде;
- уровень грамотности;
- общее количество взрослых людей (% людей в возрасте от 15 лет);
- доля населения, живущего за национальной чертой бедности (в %);
- процент людей, получивших неполное среднее образование, и т. п.;
- индекс человеческого развития;
- уровень доходов стран.

Метод SEM позволяет использовать при моделировании более одной зависимой переменной. Выходные переменные по результатам лечения ВИЧ включали уровень заболеваемости ВИЧ на 1 000 человек, относительное изменение уровня заболеваемости за последние 10 лет и уровень смертности по причине СПИДа среди людей, живущих с ВИЧ (130). Независимые переменные включали использование презервативов мужчинами во время последнего полового акта с высоким риском, охват антиретровирусной терапией и количество CD4 при начале лечения (131).

Использовались стандартные методы множественного восстановления и интерполяции недостающих данных для максимального увеличения количества стран, включенных в статистический анализ.

При моделировании методом SEM вводились переменные по каждому социальному инструменту реализации, чтобы проанализировать ненаблюдаемые структурные компоненты. Каждый из структурных компонентов использовался для формирования составной переменной, указывающей на среду применения социальных инструментов реализации.

Все переменные анализировались после проведения стандартизации с применением нулевого среднего и стандартного отклонения, равного 1.

При интерпретации данных внимание акцентировалось на статистической значимости сдерживающего эффекта

(т. е. когда взаимосвязь между программой по лечению и профилактике ВИЧ и результатами лечения ВИЧ была неравномерной при разных уровнях охвата антиретровирусной терапией или использования презервативов) с учетом среды применения инструментов реализации.

В обучающих целях графики, включенные в доклад ко Всемирному дню борьбы со СПИДом, показывают взаимосвязь между относительным изменением уровня заболеваемости ВИЧ в зависимости от использования презерватива во время последнего полового акта с высоким риском и уровнем смертности по причине СПИДа среди людей, живущих с ВИЧ, для двух типов среды применения социальных инструментов реализации: стран в пределах первого квартиля (используемого для обозначения стран с самой неблагоприятной социальной средой) и стран, относящихся к 25 % лидеров (т. е. стран с наиболее благоприятной социальной средой).

Суммарный эффект, показывающий различия стран с более или менее благоприятной социальной средой, отражается в области между двумя графиками. Точечной оценкой результатов по достижению целей на 2025 год будет отношение шансов при достижении соответствующего покрытия (т. е. 95 % по использованию презервативов или 90 % по охвату антиретровирусной терапией). Например, отношение шансов при достижении странами 90 % охвата антиретровирусной терапией составит 1,46 в пользу стран с более качественными социальными инструментами реализации.

Ссылки

1. Community-based antiretroviral therapy delivery: experiences of Médecins Sans Frontières. Geneva: UNAIDS; 2015.
2. Grimsrud A, Bygrave H, Doherty M, Ehrenkranz P, Ellman T, Ferris R et al. Reimagining HIV service delivery: the role of differentiated care from prevention to suppression. *J Int AIDS Soc.* 2016;19(1):21484.
3. Roy M, Moore CB, Sikazwe I, Holmes CB. A review of differentiated service delivery for HIV treatment: effectiveness, mechanisms, targeting and scale. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2019;16(4):324-34.
4. Report on transgender-competent care workshop. Bangkok: Thai Red Cross AIDS Research Centre; 2019.
5. Abramsky T, Devries KM, Michau L, Nakuti J, Musuya T, Hyegombe N et al. The impact of SASA!, a community mobilization intervention, on women's experience of intimate partner violence: secondary findings from a cluster randomized trial in Kampala, Uganda. *J Epidemiol Community Health.* 2016;70:818-25.
6. Community treatment observatories. In: ITPCglobal.org [Internet]. ITPC; c2020 (<https://itpcglobal.org/monitoring/ctos/>).
7. A new initiative—the Ritshidze Project—will monitor the quality of HIV services in 400 clinics across South Africa. In: Health Gap Access Project [Internet]. 2 December 2019. New York: Health Global Access; c2020 (<https://healthgap.org/press/a-new-initiative-the-ritshidze-project/>).
8. Rights in a pandemic: lockdowns, rights and lessons from HIV in the early response to COVID-19. Geneva: UNAIDS; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/rights-in-a-pandemic_en.pdf, accessed 15 October 2020).
9. Jewell B, Mudimu E, Stover J, ten Brink D, Phillips AN, Smith JA et al. Potential effects of disruption to HIV programmes in sub-Saharan Africa caused by COVID-19: results from multiple mathematical models. *Lancet HIV.* 2020;7:e629-40.
10. Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context. Interim guidance. Geneva: WHO; 2020 (<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1279080/retrieve>).
11. The impact of the COVID-19 response on the supply chain, availability and cost of generic antiretroviral medicines for HIV in low- and middle-income countries. Geneva; UNAIDS; 2020.
12. EATG rapid assessment: COVID-19 crisis' impact on PLHIV and communities most affected by HIV. European AIDS Treatment Group; 2020.
13. The impact of women's and men's lives and livelihoods in Europe and central Asia: preliminary results from a rapid gender assessment. Bangkok: UN Women; 2020 (<https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20eca/attachments/publications/2020/07/the%20impact%20of%20covid19%20on%20womens%20and%20mens%20lives%20and%20livelihoods%20in%20europe%20and%20central%20asia.pdf?la=en&vs=5703>, accessed 21 October 2020).
14. Policy brief: the impact of COVID-19 on women. New York: United Nations; 2020.
15. From insights to action: gender equality in the wake of COVID-19. New York: UN Women; 2020 (<https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/gender-equality-in-the-wake-of-covid-19-en.pdf?la=en&vs=5142>, accessed 18 October 2020).
16. Burzynska K, Contreras G. Gendered effects of school closures during the COVID-19 pandemic. *The Lancet.* 2020;395:1968.
17. COVID-19 and violence against women and girls: addressing the shadow pandemic. New York: UN Women; 2020 (<https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/policy-brief-covid-19-and-violence-against-women-and-girls-en.pdf?la=en&vs=640>, accessed on 20 October 2020).
18. Unlocking the lockdown: the gendered effects of COVID-19 on achieving the SDGs in Asia and the Pacific. Bangkok: UN Women; 2020.
19. Our voices: impact of COVID-19 on women's and girls' sexual and reproductive health and rights in eastern and southern Africa. ITPC, Salamander Trust, Making Waves: October 2020 (https://salamandertrust.net/wp-content/uploads/2020/09/ITPC_MW_SaIT_Our_voices_SRHR_COVID_Work_in_progress_report_7_messages.pdf).
20. Lamontagne E, Howell S, Wallach S, Ayala G, Yakusik A et al. The impact of COVID-19 crisis on wellbeing, economic and HIV among LGBT population. Under finalization. 2020.
21. COVID-19 impact survey—Asia and the Pacific. Edinburgh: NSWP; 2020 (https://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/covid-19_impact_report_-_asia_and_the_pacific_-_nswp_-_2020.pdf, accessed 18 October 2020).

22. COVID-19 impact survey—North America and the Caribbean. Edinburgh: NSWP; 2020 (https://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/covid-19_impact_report_-_north_america_and_the_caribbean_-_nswp_-_2020.pdf, accessed 18 October 2020).
23. COVID-19 impact survey—Africa. Edinburgh: NSWP; 2020 (https://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/covid-19_impact_report_-_africa_-_nswp_-_2020_.pdf, accessed 18 October 2020).
24. COVID-19 impact survey—Europe. Edinburgh: NSWP; 2020 (https://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/covid-19_impact_report_-_africa_-_nswp_-_2020_.pdf, accessed 18 October 2020).
25. COVID-19 impact survey—Latin America. Edinburgh: NSWP; 2020 (https://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/covid-19_impact_report_-_latin_america_-_nswp_-_2020.pdf, accessed October 2020).
26. Poteat TC, Reisner SL, Miller M, Wirtz AL; American Cohort to Study HIV Acquisition Among Transgender Women (LITE). COVID-19 vulnerability of transgender women with and without HIV infection in eastern and southern U.S. medRxiv. Preprint. 2020 Jul 24. doi: 10.1101/2020.07.21.20159327.
27. Woulfe J, Wald M. The impact of the COVID-19 pandemic on the transgender and non-binary community. In: Columbia University Department of Psychiatry [Internet]. 22 September 2020. New York: University of Columbia; c2020 (<https://www.columbiaopsychiatry.org/news/impact-covid-19-pandemic-transgender-and-non-binary-community>, accessed 7 November 2020).
28. INPUD online survey on COVID-19 and people who use drugs (PWUD)—data report 1. London: INPUD; 2020 (https://www.inpud.net/sites/default/files/INPUD_COVID-19_Survey_DataReport1.pdf, accessed 21 October 2020).
29. Global state of harm reduction 2020. London: Harm Reduction International; 2020.
30. Eurasian Harm Reduction Association. Harm reduction programmes during the COVID-19 crisis in central and eastern Europe and central Asia. Vilnius (LT): Eurasian Harm Reduction Association; 2020.
31. COVID-19: operational guidance for maintaining essential health services during an outbreak. Interim guidance. Geneva: WHO; 1 June 2020.
32. Pienaar J. Old lessons, new pandemic: “we showed up to do COVID-19 testing & communities told us to pack our bags.” In: Bhekisisa Centre for Health Journalism [Internet]. 22 June 2020. Bhekisisa: Centre for Health Journalism; c2017 (<https://bhekisisa.org/opinion/2020-06-22-medical-male-circumcision-hiv-prevention-covid-coronavirus-response-south-africa/>).
33. Preventing HIV through safe voluntary medical male circumcision for adolescent boys and men in generalized HIV epidemics: recommendations and key considerations. Geneva: WHO; 17 August 2020.
34. Pebody R. A quarter of gay men report casual sex during UK lockdown. In: AIDSMAP [Internet]. 11 June 2020. NAM; 2020 (<https://www.aidsmap.com/news/jun-2020/quarter-gay-men-report-casual-sex-during-uk-lockdown>).
35. Safer sex and COVID-19. New York: New York City Department of Health and Mental Hygiene; 2020 (<https://www1.nyc.gov/assets/doh/downloads/pdf/imm/covid-sex-guidance.pdf>, accessed 8 November 2020).
36. “No older men or oral sex”: how Swiss brothels are responding to the coronavirus. In: The Local [Internet]. 23 June 2020. Stockholm: The Local Europe AB; c2020 (<https://www.thelocal.ch/20200623/no-older-men-or-oral-sex-how-switzerlands-brothels-are-responding-to-the-coronavirus>).
37. COVID-19 responses must uphold and protect the human rights of sex workers. In: unaids.org [Internet]. 24 April 2020. Geneva: UNAIDS; c2020 ([https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2020/april/20200424_sex-work#:~:text=recently%20released%20a-,The%20Global%20Network%20of%20Sex%20Work%20Projects%20\(NSWP\)%20and%20UNAIDS,during%20the%20COVID%2D19%20pandemic.&text=We%20do%20not%20have%20money,medicine%3B%20health%20services%20are%20closed](https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2020/april/20200424_sex-work#:~:text=recently%20released%20a-,The%20Global%20Network%20of%20Sex%20Work%20Projects%20(NSWP)%20and%20UNAIDS,during%20the%20COVID%2D19%20pandemic.&text=We%20do%20not%20have%20money,medicine%3B%20health%20services%20are%20closed)).
38. Hoffman J. People are still having sex. So why are S.T.D. rates dropping? In: New York Times [Internet]. 28 October 2020. New York: The New York Times Company; c2020 (<https://www.nytimes.com/2020/10/28/health/covid-std-testing.html>, accessed 8 November 2020).
39. Berger M. Coronavirus baby boom or bust? How the pandemic is affecting birthrates worldwide. In: Washington Post [Internet]. 15 July 2020. Washington (DC): The Washington Post; c2020 (<https://www.washingtonpost.com/world/2020/07/15/coronavirus-baby-boom-or-bust-how-pandemic-is-affecting-birthrates-worldwide/>, accessed 8 November 2020).
40. Chandrashekar VS, Sagar A. Impact of COVID-19 on India’s Family Planning Program. Policy brief. New Delhi: Foundation for Reproductive Health; 2020 (<https://pratigyacampaign.org/wp-content/uploads/2020/05/impact-of-covid-19-on-indias-family-planning-program-policy-brief.pdf>, accessed 8 November 2020).
41. Kearney MS, Levine PB. Half a million fewer children? The coming COVID baby bust. Washington (DC): Brookings Institution; 2020.

42. Personal communication with Agata Stola, Foundation for Social Education, 2020.
43. UNAIDS COVID-19 portal reporting, October 2020.
44. PEPFAR Tanzania FY 20 Q3 POART. PEPFAR Implementing Partner meeting. PEPFAR; 22 October 2020.
45. Karim QA, Karim SSA. COVID-19 affects HIV and tuberculosis care. *Science*. 2020;369(6502):366-8.
46. A UN framework for the immediate socio-economic response to COVID-19. New York: United Nations; 2020 (<https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-04/UN-framework-for-the-immediate-socio-economic-response-to-COVID-19.pdf>, accessed 21 October 2020).
47. Alwan N, Burgess RA, Ashworth S, Beale R, Bhadelia N, Bogaert D et al. Scientific consensus on the COVID-19 pandemic: we need to act now. *The Lancet*. 2020;396(10260):E71-2.
48. Galvani A, Parpia AS, Pandey A, Zimmer C, Kahn JG, Fitzpatrick MC. The imperative of universal healthcare to curtail the COVID-19 outbreak in the USA. *EClinicalMedicine*. 2020;23:100380.
49. COVID-19 technology access pool. In: who.int [Internet]. Geneva: WHO; c2020 (<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/global-research-on-novel-coronavirus-2019-ncov/covid-19-technology-access-pool#:~:text=The%20COVID%2D19%20Technology%20Access,knowledge%2C%20intellectual%20property%20and%20data>).
50. Sexual and reproductive health and rights: an essential element of universal health coverage. Background document for the Nairobi Summit on ICPD25 – accelerating the promise. New York: UNDP; 2019.
51. Havlir D, Balzer LB, Charlebois ED, Clark TD, Kwarisiima D, Ayieko J et al. HIV testing and treatment with the use of a community health approach in rural Africa. *New Eng J Med*. 2019;381:219-29.
52. Hayes R, Donnell D, Floyd S, Mandla N, Bwalya J, Sabapathy K et al. Effect of universal testing and treatment on HIV incidence—HPTN 071 (PopART). *New Eng J Med*. 2019;381:207-18.
53. Iwuji C, Orne-Gliemann J, Larmarange J, Balestre E, Theibaut R, Tanser F. Universal test and treat and the HIV epidemic in rural South Africa: a phase 4, community cluster randomised trial. *Lancet HIV*. 2018;5:e116-e125.
54. Makhema J, Wirth KE, Pretorius Holme M, Gaolathe T, Mmalane M, Kadima E et al. Universal testing, expanded treatment and incidence of HIV infection in Botswana. *New Eng J Med*. 2019;381:230-42.
55. Vandormael A, Akullian A, Siedner M, deOliveira T, Bärnighausen T, Tanser F. Declines in HIV incidence among men and women in a South African population-based cohort. *Nat Commun*. 2019;10:5482.
56. Nakigozi G, Chang LW, Reynolds SJ, Nalugoda F, Kigozi G, Quinn TC et al. Rapidly declining HIV incidence among men and women in Rakai, Uganda. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), 8–11 March 2020. Abstract 150.
57. PEPFAR programme data, 2020.
58. Chammartin F, Zücher K, Keiser O, Weigel R, Chu K, Kiragga AN et al. Outcomes of patients with HIV lost to follow-up in sub-Saharan Africa. *Clin Infect Dis*. 2018;67:1634-52.
59. Fox MP, Rosen S. Patient retention in antiretroviral therapy programs up to three years on treatment in sub-Saharan Africa, 2007–2009: systematic review. *Trop Med Int Health*. 2010;15(Suppl. 1):1-5.
60. Zücher K, Mooser A, Anderegg N, Tymejczyk O, Couvillon MJ, Nash D et al. Outcomes of HIV-positive patients lost to follow up in African treatment programmes. *Trop Med Int Health*. 2017;22:375-87.
61. Fuente-Soto L, López-Varela E, Augusto O, Bernardo EL, Saccoor C, Nhacolo A et al. Loss to follow-up and opportunities for reengagement in HIV care in rural Mozambique: a prospective cohort study. *Medicine*. 2020;99:e20236.
62. Hickey MD, Omollo D, Salmen CR, Mattah B, Blat C, Ouma GB et al. Movement between facilities for HIV care among a mobile population in Kenya: transfer, loss to follow-up, and re-engagement. *AIDS Care*. 2016;28:1386-93.
63. Cowan FM, Chabata ST, Musemburi S, Fearon E, Davey C, Ndori-Mharadze T et al. Strengthening the scale-up and uptake of effective interventions for sex workers for population impact in Zimbabwe. *J Int AIDS Soc*. 2019;22(Suppl. 4):e25320.
64. Swindells S, Andrade-Villanueva JF, Richmond GJ, Rizzardini G, Baumgarten A, Mar Masiá et al. Long-acting cabotegravir and rilpivirine for maintenance of HIV-1 suppression. *New Eng J Med*. 2020 Mar 19;382(12):1112-1123.
65. Orkin C, Arasteh K, Górgolas Hernández-Mora M, Pokrovsky V, Overton ET, Girard P-M et al. Long-acting cabotegravir and rilpivirine after oral induction for HIV-1 infection. *New Eng J Med*. 2020;382:1124-35.

66. Ahmed K, Baeten J, Beksinska ME, Bekker L-G, Bukusi EA, Donnell D et al. HIV incidence among women using intramuscular depot medroxyprogesterone acetate, a copper intrauterine device, or a levonorgestrel implant for contraception: a randomized, multicentre, open-label trials. *The Lancet*. 2019;394:303-13.
67. WHO, UNAIDS. Preventing HIV and other sexually transmitted infections among women and girls using contraceptive services in contexts with high HIV incidence. Geneva: WHO; June 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/preventing-hiv-sti-among-women-girls-using-contraceptive-services_en.pdf).
68. Mugo NR, Heffron R, Donnell D, Wald A, Were EO, Rees H et al. Increased risk of HIV-1 transmission in pregnancy: a prospective study among African HIV-1 serodiscordant couples. *AIDS*. 2011;25:1887-95.
69. Bianchi F, Cohn J, Sacks E, Bailey R, Lemaire J-F, Machekano R et al. Evaluation of a routine point-of-care intervention for early infant diagnosis of HIV: an observational study in eight African countries. *Lancet HIV*. 2019;6(6):e373-81.
70. Simon KR, Flick RJ, Kim MH, Sabelli RA, Tembo T, Phelps BR et al. Family testing: an index case finding strategy to close the gaps in pediatric HIV diagnosis. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2018;78(Suppl. 2):S88-S97.
71. Gay Community Periodic Survey 2020 data, shared via email by Martin Holt, Centre for Social Research in Health, 11 May 2020.
72. Broady T, Power C, Mao L, Bavinton B, Chan C, Bambridge C et al. Gay Community Periodic Survey: Sydney 2019. Sydney: Centre for Social Research in Health, UNSW Sydney; 2019.
73. Jones C, Miller N, Mann C, Smith B, Gesuale S. Report #2: donor funding landscape for condom programming. Mann Global Health; 2019 (https://hivpreventioncoalition.unaids.org/wp-content/uploads/2019/06/MGH-Rpt-2-Donor-Trends_Condom-Landscape-Analysis_Final.pdf).
74. HIV prevention 2020 road map: accelerating HIV prevention to reduce new infections by 75%. Geneva: UNAIDS; 2017 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-prevention-2020-road-map_en.pdf).
75. Grabowski MK, Serwadda DM, Gray RH, Nakigozi G, Kigozi G, Kagaayi J et al. HIV prevention efforts and incidence of HIV in Uganda. *New Eng J Med*. 2017;377:2154-66.
76. Nel A, van Niekerk N, Kapiga S, Bekker L-G, Gama C, Gill K et al. Safety and efficacy of a dapivirine vaginal ring for HIV prevention in women. *New Eng J Med*. 2016;375(22):2133-43.
77. Baeten JM, Palanee-Phillips T, Brown ER, Schwartz K, Soto-Torres LE, Govender V et al. Use of a vaginal ring containing dapivirine for HIV-1 prevention in women. *New Eng J Med*. 2016;375(22):2121-32.
78. Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP). Summary of opinion. Dapivirine vaginal ring 25 mg. 23 July 2020. European Medicines Agency. EMA/CHMP/330850/2020 (https://www.ema.europa.eu/en/documents/medicine-outside-eu/dapivirine-vaginal-ring-25-mg-summary-opinion_en.pdf).
79. Landmark trial in East and southern Africa finds injectable PrEP safe and effective for cisgender women. In: AVAC [Internet]. 9 Nov 2020. AVAC: Global Advocacy for HIV Prevention; c2020 (<https://www.avac.org/blog/landmark-trial-finds-injectable-prep-safe-and-effective-cisgender>).
80. Landovitz RJ, Donnell D, Clement M, Hanscom B, Cottle L, Coelho L et al. HPTN083 interim results: pre-exposure prophylaxis (PrEP) containing long-acting injectable cabotegravir (CAB-LA) is safe and highly effective for cisgender men and transgender women who have sex with men (MSM, TGW). 23rd International Conference on AIDS (AIDS2020). Abstract OAXKBO101.
81. Thomas-Slayter BP, Fisher WF. Social capital and AIDS-resilient communities: strengthening the AIDS response. *Glob Public Health*. 2011;6(SUPPL. 3):323-43.
82. Golub SA, Gamarel KE. The impact of anticipated HIV stigma on delays in HIV testing behaviours: findings from a community-based sample of men who have sex with men and transgender women in New York City. *AIDS Patient Care STDs*. 2013;27(11):621-7.
83. Sabapathy K, Mubekapi-Musadaidzwa C, Mulubwa C, Schaap A, Hoddinott G, Stangl A et al. Predictors of timely linkage-to-ART within universal test and treat in the HPTN 071 (PopART) trial in Zambia and South Africa: findings from a nested case-control study. *J Int AIDS Soc*. 2017;20(4):e25037.
84. Gesesew HA, Gebremedhin AT, Demissie TD, Woldie Kerie M, Sudhakar M, Mwanri L. Significant association between perceived HIV-related stigma and late presentation for HIV/AIDS care in low and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2017;12(3):e0173928.
85. Katz IT, Ryu AE, Onuegbu AG, Psaros C, Weiser SD, Bangsberg DR et al. Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. *J Int AIDS Soc*. 2013;16(3S2):18640.

86. Hargreaves JR, Pliakas T, Hoddinott G, Mainga T, Mubekapi-Musadaidzwa C, Donnell D et al. HIV stigma and viral suppression among people living with HIV in the context of universal test and treat: analysis of data from the HPTN 017 (PopART Trial in Zambia and South Africa). *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2020;85(5):561-70.
87. Shannon K, Strathdee SA, Goldenberg SM, Duff P, Mwangi P, Rusakova M et al. Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants. *The Lancet*. 2015;385:55-71.
88. Borquez A, Beletsky L, Nosyk B, Strathdee SA, Madrazo A, Abramovitz D et al. The effect of public health-oriented drug law reform on HIV incidence in people who inject drugs in Tijuana, Mexico: an epidemic modelling study. *The Lancet*. 2018;3(9):E429-E437.
89. UNAIDS special analysis conducted for the 2025 AIDS targets exercise, 2020.
90. Lyons C. Utilizing individual level data to assess the relationship between prevalent HIV infection and punitive same sex policies and legal barriers across 10 countries in sub-Saharan Africa. 23rd International AIDS Conference, 6–10 July 2020 (virtual). Abstract OAF0403.
91. Stannah J, Dale E, Elmes J, Staunton R, Beyrer C, Mitchell KM et al. HIV testing and engagement with the HIV treatment cascade among men who have sex with men in Africa: a systematic review and meta-analysis. *Lancet HIV*. 2019;6:e767-e787.
92. Lyons CE, Schwartz SR, Murray SM, Shannon K, Diouf D, Mothopeng T et al. The role of sex work laws and stigmas in increasing HIV risks among sex workers. *Nat Commun*. 2020;11:773.
93. DeBeck K, Cheng T, Montaner JS, Beyrer C, Elliot R, Sherman S et al. HIV and the criminalization of drug use among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet HIV*. 2017;4:e357-e374.
94. People Living with HIV Stigma Index Surveys, 2013–2018.
95. Questions & answers. Breaking down barriers to access: scaling up programs to remove human rights-related barriers to health services in 20 countries and beyond. Geneva: Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria; 2020 (https://www.theglobalfund.org/media/1213/crg_breakingdownbarriers_qa_en.pdf, accessed on 26 July 2020).
96. Support, Don't Punish [Internet]. International Drug Policy Consortium; 2020 (<https://supportdontpunish.org>, accessed on 25 October 2020).
97. WHO, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: WHO; 2013.
98. Hidden in plain sight: a statistical analysis of violence against children. New York: UNICEF; 2014.
99. Demographic and Health Surveys, 2013–2018.
100. Hatcher AM, Smout EM, Turan JM, Chrisofides N, Stöckl H. Intimate partner violence and engagement in HIV care and treatment among women: a systematic review and meta-analysis. *AIDS*. 2015;29(16):2183-94.
101. Gorgens M, Mabuza K, de Walque D. Sitakehla Likusasa impact evaluation: results of a cluster randomized control trial (cRCT) of financial incentives for HIV prevention among adolescent girls and young women (AGYW) in Eswatini. 10th IAS Conference on HIV Science, Mexico City, 21–24 July 2019. Abstract TUAC0205LB.
102. Pettifor A, Warmoyi J, Balvanz P, Gichane MW, Maman S. Cash plus: exploring the mechanisms through which a cash transfer plus financial education programme in Tanzania reduced HIV risk for adolescent girls and young women. *J Int AIDS Soc*. 2019;22(S4):e25316.
103. De Neve J, Fink G, Subramanian SV, Moyo S, Bor J. Length of secondary school and risk of HIV infection in Botswana: evidence from a natural experiment. *Lancet Glob Health*. 2015;3:e470-e477.
104. Doyle K, Levitov RG, Barker G, Bastian GG, Bingenheimer JB, Kazimbaya S et al. Gender-transformative Bandebereho couples' intervention to promote male engagement in reproductive and maternal health and violence prevention in Rwanda: findings from a randomized controlled trial. *PLoS ONE*. 2018;13(4):e0192756.
105. Jewkes R, Stern E, Ramsoomar L. Preventing violence against women and girls: community activism approaches to shift harmful gender attitudes, roles and social norms. Evidence review. WhatWorks; 2019 (<https://www.whatworks.co.za/documents/publications/357-social-norms-briefweb-28092019/file>, accessed on 25 October 2020).
106. 2025 AIDS Targets. Technical consultation on HIV integration with other health services: 2025 target setting, and 2020–2030 resource needs and impact estimation. Meeting report. 3–5 March 2020. Rio de Janeiro, Brazil (<https://www.unaids.org/en/file/119719/download?token=uU7CqEBg>).
107. Global tuberculosis report 2019. Geneva: WHO; 2019.

108. Liu G, Sharma M, Tan N, Barnabas RV. HIV-positive women have higher risk of human papilloma virus infection, precancerous lesions, and cervical cancer. *AIDS*. 2018;32:795-808.
109. Remien RH, Stirratt MJ, Nguyen N, Robbins RN, Paia AN, Mellins CA. Mental health and HIV/AIDS: the need for an integrated response. *AIDS*. 2019;33(9):1411-20.
110. Smit M, Perez-Guzman PN, Mutai KK, Cassidy R, Kibachio J, Kilonzo N et al. Mapping the current and future noncommunicable disease burden in Kenya by Human Immunodeficiency Virus status: a modeling study. *Clin Infect Dis*. 2020;71(8):1864-73.



**ПРЕОДОЛЕНИЕ ПАНДЕМИЙ:
СТАВЯ ИНТЕРЕСЫ ЛЮДЕЙ В ЦЕНТР ВНИМАНИЯ**

© 2020 г.

Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС)

Все права защищены.

Используемые обозначения и оформление материалов в этой публикации не предполагают выражения какого-либо мнения со стороны ЮНЭЙДС по поводу правового статуса какой-либо страны, территории, города, района или их властей либо по поводу установления их границ. ЮНЭЙДС не гарантирует, что информация, представленная в этой публикации, является полной и правильной, и не несет ответственности за какой-либо ущерб, понесенный в результате ее использования.

ЮНЭЙДС/JS3007R



ЮНЭЙДС
Объединенная программа
Организации Объединенных
Наций по ВИЧ/СПИДу

20 Avenue Appia
1211 Geneva 27
Switzerland

+41 22 791 3666

unaids.org