



БАЗОВАЯ ОЦЕНКА 2.0

ОБЗОР БАРЬЕРОВ, ПРЕПЯТСТВУЮЩИХ
ДОСТУПУ К УСЛУГАМ В СВЯЗИ С ВИЧ-
ИНФЕКЦИЕЙ ДЛЯ ЛЖВ, ЛУИН, СР И МСМ

Киев 2018



БАЗОВАЯ ОЦЕНКА 2.0

Киев 2018



Документ подготовлен Международной благотворительной организацией «Восточноевропейское и Центральноеазиатское объединение людей, живущих с ВИЧ» (ВЦО ЛЖВ) в рамках региональной программы «ПАРТНЁРСТВО РАДИ РАВНОГО ДОСТУПА К УСЛУГАМ В СВЯЗИ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ» в рамках новой модели финансирования Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией»

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВЫРАЖЕНИЕ БЛАГОДАРНОСТИ	6
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	7
ВВЕДЕНИЕ	8
ГЛАВА 1. ОБЗОР БАРЬЕРОВ ДОСТУПА К УСЛУГАМ ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ В АЗЕРБАЙДЖАНЕ, КАЗАХСТАНЕ, КЫРГЫЗСТАНЕ, РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ЭСТОНИИ, УЗБЕКИСТАНЕ	13
АЗЕРБАЙДЖАНСКАЯ РЕСПУБЛИКА	14
РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН	35
КЫРГЫЗСКАЯ РЕСПУБЛИКА	62
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	87
РЕСПУБЛИКА УЗБЕКИСТАН	112
ЭСТОНСКАЯ РЕСПУБЛИКА	135
ГЛАВА 2. КРАТКИЙ АНАЛИЗ ДОСТУПА К КАСКАДУ ВИЧ-УСЛУГ В АРМЕНИИ, БЕЛАРУСИ, ГРУЗИИ, ЛАТВИИ, ЛИТВЕ, МОЛДОВЕ, ТАДЖИКИСТАНЕ, УКРАИНЕ	151
РЕСПУБЛИКА АРМЕНИЯ	153
РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ	161
ГРУЗИЯ	169
ЛАТВИЙСКАЯ РЕСПУБЛИКА	176
ЛИТОВСКАЯ РЕСПУБЛИКА	183
РЕСПУБЛИКА МОЛДОВА	191
РЕСПУБЛИКА ТАДЖИКИСТАН	201
УКРАИНА	209
ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	223
ОБЩИЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЛЯ АДВОКАЦИИ В СТРАНАХ ВЕЦА	225

ВЫРАЖЕНИЕ БЛАГОДАРНОСТИ

В 2018 году Восточноевропейским и Центральноеазиатским объединением людей, живущих с ВИЧ (ВЦО ЛЖВ), выполнен обзор барьеров, препятствующих доступу к услугам в связи с ВИЧ-инфекцией, для ЛЖВ, ЛУИН, СР И МСМ.

Обзор подготовлен в рамках проекта «Партнёрство ради равного доступа к континууму услуг в связи с ВИЧ-инфекцией для всех, кто в этом нуждается, в регионе Восточной Европы и Центральной Азии» (#Партнерство).

Проект высоко ценит финансовую поддержку, оказанную Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, в проведении этого исследования.

Авторами отчета по результатам исследования являются: Лейла Сулейманова (Азербайджан), Армен Агаджанов (Армения), Оксана Ибрагимова, Любовь Чубукова (Казахстан), Михаил Бакулин, Кирилл Барский, Алексей Корольков, Ирина Маслова, Владимир Маяновский (Россия), Константин Ишов, Екатерина Смирнова (Эстония), Евгения Короткова (Узбекистан), Оксана Артюх, Наталия Булыга, канд. социол. наук, Ирина Демченко, канд. экон. наук, и Александра Яцура, канд. фил. наук (Украина).

Авторский коллектив выражает благодарность страновым консорциумам — участникам проекта «#Партнерство», нашим партнерам и коллегам за оказанное содействие в подготовке данного обзора, сборе объективных данных в соответствии с задачами исследования и материалов для анализа барьеров доступа к услугам в связи с ВИЧ в странах региона ВЕЦА. Также мы хотим поблагодарить лично Татьяну Журавскую (Беларусь), Медео Кхмелидзе (Грузия), Екатерину Новикову (Кыргызстан), Андриса Вейкениекса (Латвия), Светлану Кульшис (Литва), Людмилу Унтуру (Молдова), Севар Камилову (Таджикистан), Дильдору Мустафаеву и Мохигюль Мусабекову (Узбекистан) за предоставленную помощь в сборе данных для отчета.

Авторы хотели бы отметить роль сотрудников ВЦО ЛЖВ Оксаны Доброскок и Андрея Косинова в осуществлении общей координации этого исследования.

Сотрудники проекта благодарны Светлане Глушиц за редактирование и доработку финальной версии обзора.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АРВ	Антиретровирусный
АРТ	Антиретровирусная терапия
ВЕЦА	Восточная Европа и Центральная Азия
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВЦО ЛЖВ	Восточноевропейское и Центральноеазиатское объединение людей, живущих с ВИЧ
ГФСТМ	Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулёзом и малярией (Глобальный фонд)
ГО	Государственная организация
ЗПТ	Заместительная поддерживающая терапия
ИППП	Инфекции, передающиеся половым путем
КГН	Ключевые группы населения
ЛЖВ	Люди, живущие с ВИЧ
ЛЖВ/ТБ	Люди, живущие с ВИЧ и коинфицированные туберкулёзом
ЛУИН	Люди, употребляющие инъекционные наркотики
МСМ	Мужчины, имеющие секс с мужчинами
НПО	Неправительственная организация
ОЗТ	Опиоидная заместительная терапия
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ПОШ	Пункт обмена шприцев
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
СР	Секс-работники
ТБ	Туберкулез
ФГД	Фокус-групповая дискуссия
Центр СПИДа, СПИД-центр	Центр по профилактике и борьбе со СПИДом
ЮНЭЙДС	Объединенная Программа ООН по ВИЧ/СПИДУ

ВВЕДЕНИЕ

Эпидемия ВИЧ-инфекции в Восточной Европе и Центральной Азии (ВЕЦА) продолжает развиваться. Увеличение числа новых случаев ВИЧ-инфекции на 30% по сравнению с 2010 годом свидетельствует о том, что в регионе ВЕЦА не удалось достичь цели по уменьшению количества новых случаев ВИЧ-инфекции на 75%. Показатель распространенности ВИЧ-инфекции составляет 0,09 [0,08–0,10], что в три раза выше, чем ключевая отметка перехода к эпидемии, которая равна 0,03. Данные эпиднадзора в отдельных странах также свидетельствуют о возрастании числа случаев ВИЧ-инфекции среди общего населения, особенно среди городских жителей и трудовых мигрантов [1].

Передача ВИЧ между людьми, употребляющими инъекционные наркотики (ЛУИН), и их половыми партнерами является причиной значительной доли случаев ВИЧ-инфицирования в регионе. Развитие эпидемии ВИЧ-инфекции среди трансгендеров и МСМ мало изучено и недостаточно учитывается при ответе на эпидемию в некоторых странах.

Во многих национальных программах по ВИЧ содержатся барьеры политического, нормативно-правового и технического характера, которые ограничивают применение инновационных подходов, таких как самотестирование, доконтактная профилактика и т.п. [1].

Одним из ключевых направлений деятельности ВИЧ-сервисных НПО в регионе ВЕЦА является адвокация доступа к услугам лечения на всех этапах для всех без исключения категорий ЛЖВ.

В 2016 году Восточноевропейское и Центральноазиатское объединение людей, живущих с ВИЧ (ВЦО ЛЖВ), в рамках регионального проекта «Партнерство ради равного доступа к услугам в связи с ВИЧ-инфекцией» при поддержке Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФСТМ) провело оценку барьеров, препятствующих доступу ЛЖВ, ЛУИН, СР и МСМ к непрерывной помощи в связи с ВИЧ-инфекцией, с целью оказания помощи национальным НПО в разработке эффективной адвокационной стратегии¹ (см. ниже).

Настоящий документ подготовлен по результатам повторной оценки барьеров, проведенной в 2018 году.

¹ Результаты проведения базовой оценки в рамках Региональной программы «Партнерство ради равного доступа к услугам в связи с ВИЧ-инфекцией в регионе ВЕЦА / МБО «Восточноевропейское и Центральноазиатское объединение людей, живущих с ВИЧ». 2018 г. 162 с.

МЕТОДОЛОГИЯ ОБЗОРА БАРЬЕРОВ

Цель данного обзора — определить системные барьеры (законодательные, политические, экономические, организационные, медицинские, социальные, культурные и прочие) в странах региона ВЕЦА, препятствующие доступу к непрерывной помощи в связи с ВИЧ-инфекцией для всех ЛЖВ, ЛЖВ/ТБ и отдельных КГН (ЛУИН, СР, МСМ).

Задачи обзора:

- указать предпосылки для доступа к услугам в 2017 г. в сравнении с данными Базовой оценки;
- определить прогресс в охвате услугами на основании официальных и оценочных данных (для всех 14 стран), а также барьеры в доступе к услугам по результатам ФГД и глубинных интервью (для шести стран из 14); сравнить полученные результаты с материалами Базовой оценки;
- сформулировать направления адвокационной деятельности для расширения доступа и преодоления барьеров к услугам.

Целевые группы обзора:

- люди, живущие с ВИЧ (ЛЖВ), в т.ч. коинфицированные ТБ;
- ключевые группы населения (КГН):
- люди, употребляющие инъекционные наркотики (ЛУИН);
- мужчины, имеющие секс с мужчинами (МСМ).
- секс-работники (СР);

География обзора охватила 14 стран региона ВЕЦА:

1) шесть стран для проведения углубленного анализа (включая сбор социологических данных): Азербайджан, Казахстан, Кыргызстан, Российская Федерация, Узбекистан и Эстония.

2) восемь стран для анализа без социологического компонента: Армения, Беларусь, Грузия, Латвия, Литва, Молдова, Таджикистан, Украина.

Методология исследования базируется на использовании нескольких методов сбора информации:

1) анализ вторичных данных, таких как официальная статистика 14 стран ВЕЦА, страновые отчеты, аналитические записки, результаты биоповеденческих исследований, национальные протоколы лечения ВИЧ-инфекции и другие релевантные документы, а также оценки, проведенные ВОЗ, ЮНЭЙДС другими международными агентствами и проектами;

2) сбор социологических данных, включая проведение фокус-групповых дискуссий (ФГД) с представителями сообщества (ЛЖВ и представителями КГН)

и глубинных интервью с экспертами (руководителями медицинских учреждений и ВИЧ-сервисных НПО) в шести странах (Азербайджан, Казахстан, Кыргызстан, Российская Федерация, Узбекистан, Эстония).

В каждой из шести стран для углубленного анализа данных были проведены:

- фокус-групповые дискуссии с (1) ЛЖВ, которые принимают АРТ, и (2) с ЛЖВ с официально поставленным диагнозом «ВИЧ-инфекция», которые не принимают АРТ. В каждой из ФГД принимали участие как ЛЖВ, не принадлежащие к КГН, так и ЛЖВ — представители КГН;
- глубинные интервью с экспертами, которые представляли соответственно национальную ВИЧ-службу, противотуберкулезную, наркологическую службы и ВИЧ-сервисную НПО.

Данные, полученные в ходе вторичного анализа данных, и результаты социологического компонента исследования проходили процедуру взаимной верификации.

БАЗОВАЯ ОЦЕНКА ДОСТУПА К УСЛУГАМ

Результаты повторной оценки доступа к услугам и барьеров сравниваются с соответствующими данными, приведенными в издании, подготовленном по результатам базовой оценки [2]².

В Базовой оценке, как и в настоящем отчете, анализировались данные 14 стран региона ВЕЦА.

Разделение по степени охвата исследованием немного отличается: в число семи стран с социологическим компонентом исследования в Базовой оценке входила Беларусь, в финальной оценке она включена в перечень стран с анализом без социологического компонента.

Следует обратить внимание на некоторые особенности данных, приведенных в Базовой оценке.

1. Для разных стран данные приведены за разные годы: например, для Азербайджана — за 2013 г.; для других стран — 2014 г.; данные сводных таблиц о доступе ключевых групп населения к профилактике и тестированию относятся к 2015 г.
2. Показатели, приведенные в Базовой оценке, отличаются от данных ЮНЭЙДС за соответствующий период. При наличии отличий предпочтение отдается официальной статистике, при ее отсутствии используются данные ЮНЭЙДС.
3. Данные, указанные в Базовой оценке, не проверяются повторно, а приводятся для анализа и сравнения с данными за 2017 г.

² Далее в тексте это издание названо «Базовая оценка»

ОГРАНИЧЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Системы сбора данных (статистических, эпидемиологических и т.д.) в разных странах имеют свою специфику: в некоторых странах информация по отдельным индикаторам не собирается, либо одни и те же показатели интерпретируются по-разному, что несколько затрудняет построение каскада ВИЧ-услуг, сравнение других количественных эпидемиологических показателей между странами.
2. Значительная часть барьеров, препятствующих получению ВИЧ-услуг, носит субъективный характер и связана с мифами, страхами, предубеждениями, недостатком достоверной информации среди пациентов, а также с такими объективно существующими, но сложно измеримыми явлениями, как стигма и дискриминация по отношению к ЛЖВ и КГН. Применение качественной стратегии сбора данных, которая использовалась при реализации социологического компонента исследования, позволяет сделать вывод о наличии или отсутствии указанных барьеров, но не дает возможность «измерить» их интенсивность.
3. Несмотря на прогресс в развитии системы мониторинга ВИЧ-инфекции, одним из проблемных мест (в большей или меньшей степени) может быть классификация путей передачи ВИЧ. В частности, результаты исследования по оценке путей передачи ВИЧ, проведенного в Украине в 2016–2017 гг.,³ показали, что статистические данные, полученные с помощью рутинной регистрации путей передачи ВИЧ, имеют определенную погрешность в сторону занижения удельного веса парентерального и гомосексуального путей передачи вируса: в частности, доля зарегистрированных ЛУИН (33%) в 2013–2015 гг. может составлять от 44% (по самодекларации участников) до 59,7% (с учетом наличия антител к вирусу гепатита С как прокси-индикатора для парентерального пути передачи) [3].

³ Проект «Привлечение местных организаций к развитию мониторинга и оценки в сфере ВИЧ / СПИДа в Украине» (METIDA) внедряется МБФ «Альянс общественного здоровья», при финансировании Центров по профилактике и контролю заболеваемости (CDC), в рамках Чрезвычайного плана Президента США для оказания помощи в связи со СПИДом (PEPFAR). Основной целью исследования было определение возможной ошибочной классификации путей передачи ВИЧ в системе стандартной регистрации случаев, а также изучение тенденций возможных изменений в передаче ВИЧ во времени (особое внимание уделялось МСМ и ЛУИН). Исследование проводилось на базе репрезентативной выборки ВИЧ-положительных пациентов, поставленных на учет в 2013–2015 гг. в семи центрах СПИДа (N = 2260), и включало опрос пациентов и их тестирование на маркеры гепатитов В и С. Полученные результаты сравнивались с данными путей инфицирования при первичной регистрации случаев [3].

ИСТОЧНИКИ

1. Miles to Go: Closing Gaps, Breaking Barriers, Righting Injustices. URL: <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2018/global-aids-update>.
2. Результаты проведения базовой оценки в рамках Региональной программы «Партнерство ради равного доступа к услугам в связи с ВИЧ-инфекцией в регионе ВЕЦА / МБО «Восточноевропейское и Центральноеазиатское объединение людей, живущих с ВИЧ». 2018 г. 162 с.
3. ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюллетень. № 49 / ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України», ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л. В. Громашевського Національної академії медичних наук України». Київ, 2018. 120 с. URL: <https://phc.org.ua/uploads/documents/c21991/40fc8f-955d5286e602e5ce1e8fac0fe2.pdf>.



ГЛАВА 1.

**ОБЗОР БАРЬЕРОВ ДОСТУПА
К УСЛУГАМ ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ
В АЗЕРБАЙДЖАНЕ,
КАЗАХСТАНЕ, КЫРГЫЗСТАНЕ,
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ,
ЭСТОНИИ, УЗБЕКИСТАНЕ**

АЗЕРБАЙДЖАНСКАЯ РЕСПУБЛИКА

РАЗДЕЛ 1. ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

В Азербайджанской Республике эпидемия ВИЧ-инфекции находится в концентрированной стадии. ВИЧ в основном распространен среди КГН: ЛУИН, СР и МСМ.

По данным официальной статистики, на 31.12.2017 кумулятивное число случаев ВИЧ-инфекции среди граждан Азербайджана составило 6 755 человек. Распространенность ВИЧ-инфекции среди общего населения составила 0,07%, показатель на 100 тыс. населения — 66,6 [1]. В 2016 г. распространенность ВИЧ-инфекции среди населения в возрасте 15–49 лет составила 0,16% (0,11–0,22%), а среди общего населения — 0,10 (0,06–0,14%) [2].

Наиболее высокая распространенность ВИЧ-инфекции отмечается в возрастной группе граждан 30–39 лет — 40,5%, или 165,2 случая на 100 тыс. возрастной группы; среди лиц 40–49 лет — 24,1%, или 124,2 случая на 100 тыс. возрастной группы. Минимальный показатель инфицированности отмечается среди подростков 15–19 лет и лиц в возрасте 60 лет и старше, т.е. 0,9%, или 9,5 случая на 100 тыс. возрастной группы; и 0,9%, или 5,9 случая на 100 тыс. возрастной группы соответственно. Из общего числа ВИЧ-инфицированных 73,1% составляют мужчины; 26,9% — женщины. Преобладание мужчин в общей структуре ВИЧ-инфицированных наблюдается как в 2016, так и в 2017 г. (64% и 63% соответственно) [1].

В общей структуре больных ВИЧ-инфекцией доля ЛУИН является самой большой по сравнению с другими путями инфицирования (45,3%), однако среди выявленных в 2016–2017 гг. доминирует половой путь (2016 г. — 60,2%, 2017 г. — 65%), в то же время удельный вес парентерального пути передачи составлял в 2016 г. 27,2%, в 2017 г. — 15% [1].

Эксперты также подтвердили тенденцию к доминированию полового пути передачи ВИЧ-инфекции.

«Статистические данные СПИД-центра свидетельствуют о том, что если раньше ВИЧ-инфекцией в основном заражались ЛУИН, то в данный момент все больше людей заражаются половым путем» (эксперт — представитель НПО).

РАЗДЕЛ 2. АНАЛИЗ КАСКАДА ВИЧ-УСЛУГ

По данным ЮНЭЙДС, в 2017 г. оценочное количество ЛЖВ в Азербайджане составляло 8 000 человек [2], по официальной статистике, были выявлены 6 755 случаев ВИЧ-инфекции, на диспансерном учете с диагнозом «ВИЧ-инфекция» состояли 4 565 человек, получали АРТ 4 207 пациентов [1]. По данным ЮНЭЙДС, на конец 2017 г. вирусная нагрузка находилась на неопределяемом уровне у 1 800 человек [2].

Иными словами:

- знают свой ВИЧ-статус 84% от оценочного числа ЛЖВ;
- состоят на диспансерном учете 57% от оценочного числа ЛЖВ (или 68% пациентов, знающих свой ВИЧ-статус);
- получают АРТ 53% от оценочного числа ЛЖВ (92% ЛЖВ, состоящих на диспансерном учете, или 62% знающих свой ВИЧ-статус);
- неопределяемую вирусную нагрузку имеют 23% от оценочного числа ЛЖВ, или 40% ЛЖВ на АРТ (Рис. 1).

Таким образом, в континууме целей «90–90–90» Азербайджан приближается к достижению первой цели — выявлению 90% ЛЖВ (актуальный показатель — 84%), однако с достижением второй и третьей целей (обеспечение АРТ 90% выявленных ЛЖВ и достижение вирусной супрессии у 90% пациентов, получающих АРТ) возникают определенные сложности (актуальные показатели — 62% и 40% соответственно),

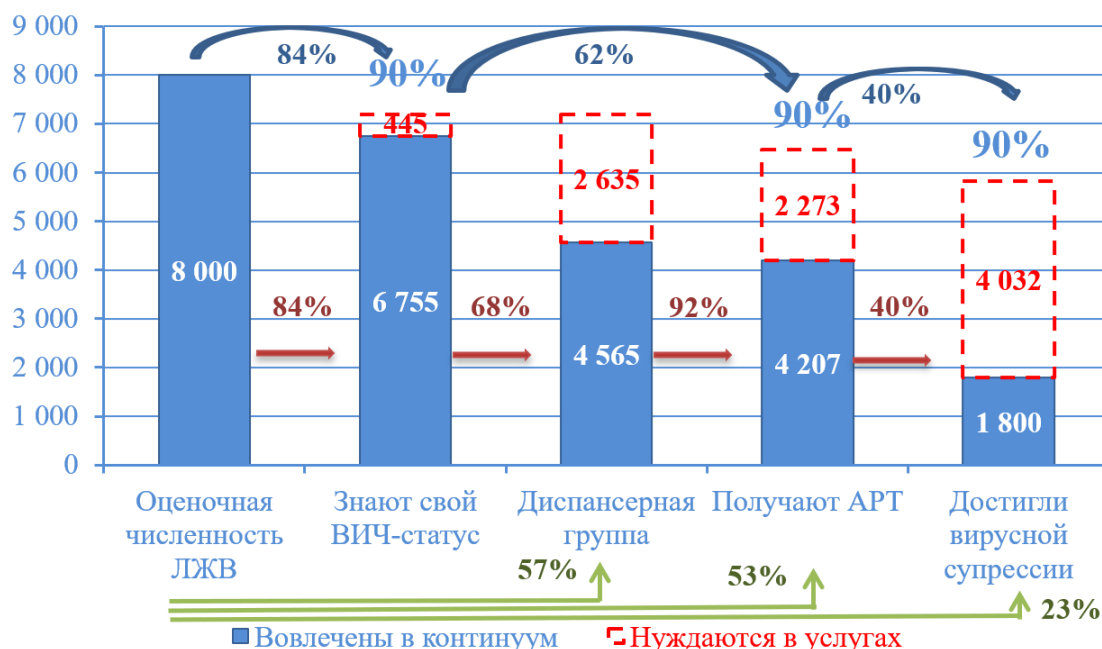


Рисунок 1. Каскад ВИЧ-услуг, Азербайджанская Республика, 2017 г.

По данным Базовой оценки (2013 г.)⁴, свой ВИЧ-положительный статус знал 41% ЛЖВ, на диспансерном учете состояли 28% от оценочного числа ЛЖВ (или 68% от количества ЛЖВ, знающих свой ВИЧ-статус), АРТ получали 19% от оценочного числа ЛЖВ (или 48% пациентов, знающих свой ВИЧ-статус), а неопределяемая вирусная нагрузка была достигнута у 7% от оценочной численности ЛЖВ (или у 37% пациентов, принимающих АРТ) (Рис. 2).

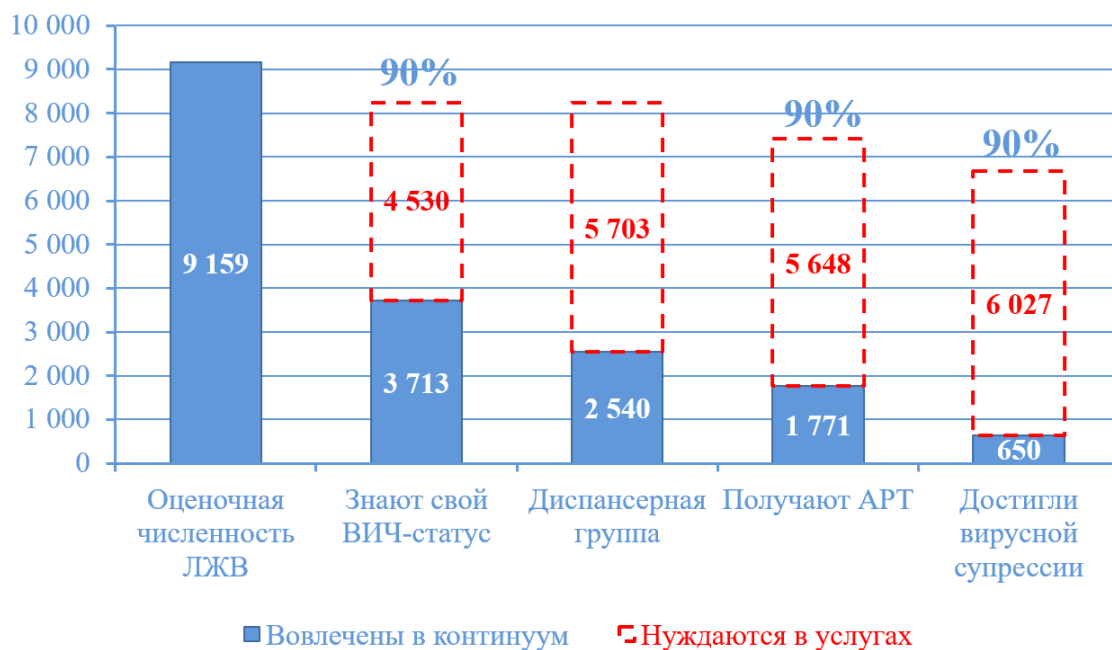


Рисунок 2. Каскад ВИЧ-услуг, Азербайджанская Республика, 2013 г.

Таким образом, при сравнении данных 2013 и 2017 гг. наибольший прогресс в достижении целей ЮНЭЙДС «90–90–90» в Азербайджане наблюдается в отношении первой цели «90» (количество ЛЖВ, знающих свой ВИЧ-статус) (Рис. 3).

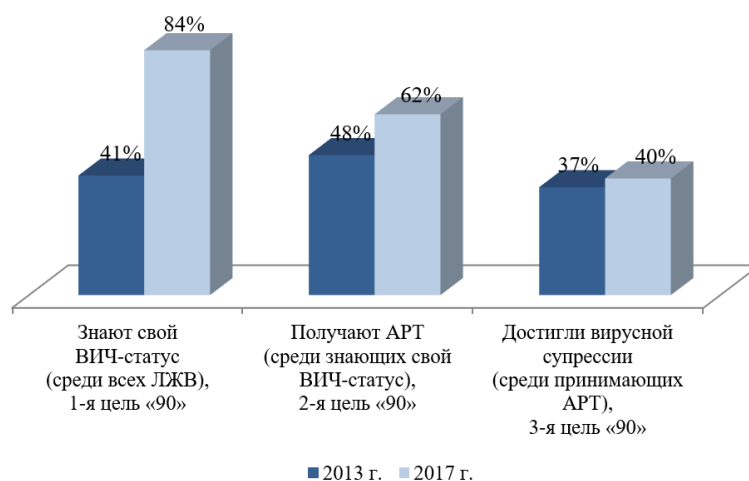


Рисунок 3. Каскад ВИЧ-услуг в соотношении с целями ЮНЭЙДС «90–90–90», Азербайджанская Республика, 2013 и 2017 гг., %

⁴ По данным ЮНЭЙДС, оценочная численность ЛЖВ в Азербайджане в 2013 г. составляла 6 700 чел. [2].

РАЗДЕЛ 3. АНАЛИЗ ДОСТУПА И ОПРЕДЕЛЕНИЕ БАРЬЕРОВ К УСЛУГАМ НЕПРЕРЫВНОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ЛЖВ И КГН

ОБЩИЕ ЗАМЕЧАНИЯ

Политика предупреждения распространения ВИЧ-инфекции в стране опирается на принципы Политических Деклараций по ВИЧ/СПИДу [3]. В 2017 г. Азербайджанская Республика приблизилась к достижению целей, отраженных в Декларации приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом и национальных Целях всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ-инфекцией [4, 5]. Был принят ряд организационных и правовых решений, а также меры по преодолению проблем, выявленных в ходе подготовки предыдущего отчета.

С целью повышения эффективности мероприятий по предотвращению эпидемии в Азербайджане Правительством страны в начале 2016 г. принята новая «Программа мероприятий по борьбе с ВИЧ/СПИДом на 2016–2020 годы» (Постановление Кабинета Министров от 17.02.2016 № 63) [1]. Цель Программы — сдерживание распространения ВИЧ-инфекции в стране и снижение смертности от СПИДа. В новую Программу включены следующие основные направления:

- профилактика ВИЧ-инфекции в ключевых для эпидемии группах населения;
- обеспечение лечением ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом;
- элиминация передачи ВИЧ от матери ребенку;
- совершенствование эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией;
- усиление материально-технической базы учреждений, вовлеченных в борьбу с ВИЧ;
- дальнейшее расширение и развитие профилактики, диагностики и лечения пациентов с ВИЧ;
- организационные вопросы — подготовка кадров; повышение уровня знаний населения по вопросам ВИЧ [1].

Работа по преодолению эпидемии ВИЧ продолжает координироваться Страновым координационным комитетом, возглавляемым Министром здравоохранения Азербайджанской Республики. Заместителем председателя СКК является руководитель неправительственной организации. Состав СКК в течение 2016–2017 гг. пересматривался с учетом представительства разных секторов и в нынешнем составе отвечает рекомендациям Глобального фонда по деятельности Страновых координационных комитетов. В настоящее время в СКК входят представители министерств здравоохранения, юстиции, образования, экспертных организаций, в том числе НИИ туберкулеза, акушерства и гинекологии, Центра наркологии, местных неправительственных организаций, включая людей, живущих с ВИЧ; международ-

ных организаций, что способствует налаживанию эффективного межсекторального партнерства в сфере противодействия эпидемии. Представители гражданского сектора в Страновом координационном комитете составляют 40% его состава, включая людей, живущих с ВИЧ.

Увеличены затраты государственного бюджета на лечение ЛЖВ, тестирование на ВИЧ с использованием экспресс-тестов. Предусмотрено также государственное субсидирование программ снижения вреда [1].

В выявлении ВИЧ-инфицированных среди молодежи существенную роль сыграло внесение изменений в Семейный кодекс «О медицинском обследовании лиц, вступающих в брак». Начиная с 01.07.2015, проводится обследование лиц, вступающих в брак, на ряд наследственных заболеваний, ВИЧ и сифилис [1].

Эффективности мероприятий по борьбе с ВИЧ/СПИДом и достижению универсального доступа к услугам в связи с ВИЧ-инфекцией способствует Приказ Министерства здравоохранения Азербайджанской Республики от 31.08.2012 № 65 «О борьбе с заболеванием, вызываемым ВИЧ» [6].

Таким образом, законодательство Азербайджанской Республики в сфере противодействия эпидемии в целом соответствует международным нормам и рекомендациям ЮНЭЙДС. Серьезные барьеры нормативно-правового характера в доступе к континууму ВИЧ-услуг отсутствуют.

На данный момент в Азербайджане остается актуальной проблема стигмы и дискриминации ЛЖВ, что является одним из барьеров доступа ко всему каскаду ВИЧ-услуг, начиная от профилактики и тестирования и заканчивая лечением и обеспечением приверженности. Это подтвердили как эксперты, так и сами пациенты-ЛЖВ.

«У нас в стране остро стоит проблема стигмы и дискриминации. И ЛЖВ, и все ключевые группы населения (ЛУИН, СР, МСМ, мигранты) подвергаются стигме и дискриминации, и это вызывает множество проблем» (эксперт — представитель НПО).

«Из личного опыта могу сказать, что мои друзья отошли от меня. Они все боятся» (пациент — участник ФГД).

«Мои родные сёстры не показывают мне своих маленьких детей. Я целый год здесь, в Баку, и я их не видел. И по сей день они мне не показывают, боятся меня. Сестра говорит: «Я боюсь, вдруг передастся». Я ей не могу объяснить, что не передастся» (пациент — участник ФГД).

3.1. ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Данные биоповеденческих исследований (ДЭН 2015 года) указывают на рост распространенности ВИЧ среди MSM и СР, а также на некоторое снижение среди ЛУИН [1; 2; 11]:

- ЛУИН — 8,6% (9,5% в 2013 г.);
- СР — 2,3% (0,7% в 2013 г.);
- MSM — 2,2% (2,0% в 2013 г.);

Эксперты также подтверждают тенденцию к снижению количества новых случаев ВИЧ-инфицирования среди ЛУИН, что свидетельствует об эффективности профилактической работы с данной целевой группой. В то же время, по мнению экспертов, роль НПО в профилактической работе с группой СР недостаточна, что отражается на увеличении распространенности ВИЧ-инфекции в этой группе (по данным интервью с экспертом — представителем НПО).

По словам экспертов, отношение государственных чиновников к НПО постепенно улучшается, хотя все еще остается достаточно настороженным.

«До сих пор ещё государство не доверяет НПО, до сих пор ещё государство не уделяет должного внимания работе НПО, и в этом, конечно, заключаются основные ограничения... За последние 2,5 года произошли некоторые изменения. В некоторых местах начали использовать документы, статистические данные, разработанные нами, и это положительно влияет на нашу работу» (эксперт — представитель НПО).

Роль международных доноров в финансировании противодействия эпидемии в Азербайджане постепенно снижается, происходит постепенный переход к государственному финансированию. В частности, в данный момент происходит переход к государственному финансированию профилактических программ.

«На данном этапе проходят переговоры со стороны НПО и ГФ с государственными организациями о том, чтобы некоторые услуги, связанные с ВИЧ, государство взяло на себя. Наша страна поэтапно подходит к решению этого вопроса, АРТ и ОЗТ финансируются из государственного бюджета. Некоторые компоненты программ снижения вреда также финансируются из государственного бюджета, остались некоторые расходы, которые, будем надеяться, тоже будут финансироваться из государственного бюджета» (эксперт — представитель НПО).

Государство взяло на себя обязательство покрывать часть расходов на товары (шприцы, презервативы и т.д.), которые раньше закупались за счет Глобального фонда. Однако расходы НПО на работу сотрудников и консультантов, операционную деятельность и т.д. по-прежнему финансируются из средств Глобального фонда, которые с каждым годом сокращаются в связи с переходом к государственному финансированию. Поэтому в Азербайджане существует проблема уменьшения финансирования профилактических программ, что может привести к их сворачиванию:

«В первую очередь меня тревожит то, что на данный момент снижается объём финансирования программ снижения вреда, и это ставит под угрозу их работу, по этой причине придется закрывать программы» (эксперт — представитель НПО).

По данным Министерства здравоохранения Азербайджанской Республики, оценочная численность ЛУИН в Азербайджане на конец 2016 г. составляла 71 283 чел., СР — 25 054 чел., МСМ — 6 572 чел. [2].

Данные по охвату КГН профилактическими программами по состоянию на конец 2017 г. доступны лишь частично.

По данным ЮНЭЙДС, в 2016 г. 63,9% МСМ заявили о пользовании презервативами; среди СР показатель пользования презервативами составлял в 2011 г. 53% [2].

Профилактика среди ЛУИН включает два направления: программы снижения вреда и опиоидную заместительную терапию.

В рамках программ снижения вреда в 2013 г. (данные Базовой оценки) среди ЛУИН было распространено 762 тыс. игл и шприцев, или 11 игл на одного ЛУИН на год. В 2017 г., по данным ЮНЭЙДС, показатель охвата составлял почти 88 игл на одного ЛУИН [2].

По данным ЮНЭЙДС, в 2017 г. опиоидную заместительную терапию получали 1,1% от количества ЛУИН [2], или около 270 чел., по данным Министерства здравоохранения (2018 г), что составляло менее 5% от числа ЛУИН, находящихся на диспансерном наркологическом учете. Более точно определить соотношение ЛУИН на ЗПТ с оценочным количеством ЛУИН можно будет после публикации результатов недавнего биоповеденческого исследования, проведенного в Азербайджане. Впрочем, несмотря на увеличение с 2013 г. числа пациентов на ОЗТ (по данным Базовой оценки, в 2013 г. на ОЗТ было 155 пациентов, или 0,2% от их оценочного числа), охват ОЗТ остается крайне низким, что служит одним из барьеров для диспансеризации (и последующего приема АРТ) пациентами-ЛУИН.

Современные руководства по лечению зависимости от опиоидов и профилактике ВИЧ-инфекции среди ЛУИН, подчеркивают, что эффект на уровне популяции может быть достигнут лишь при охвате порядка 20–40% от всей оценочной численности потребителей опиоидов. Это означает что в стране, где оценочная численность составляет 70 тыс. ЛУИН, помощь в виде ЗПТ должны получать 14–15 тыс. больных.

По данным представителей сообщества, в соответствии с грантовым соглашением с Глобальным фондом к середине 2021 г. количество людей, находящихся на заместительной поддерживающей терапии (метадоном), составит 850 человек. В стране сейчас имеется всего два кабинета, предоставляющих ЗПТ (в Республиканском центре по борьбе со СПИДом и Республиканском наркологическом диспансере). В 2018 году намечается открытие еще двух новых кабинетов (в Баку и Сумгаите). Следует отметить, что ЗПТ в пенитенциарной системе не предоставляется.

В Азербайджане создана нормативно-правовая база для предоставления заме-

стительной поддерживающей терапии, утверждено Клиническое руководство по предоставлению ЗПТ. В Законе «О борьбе с заболеванием, вызываемым ВИЧ» (от 11.05.2010) ОЗТ отмечается среди основных мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения. Единственным препаратом для проведения ЗПТ является метадон гидрохлорид в виде сиропа, который закупается за счет государственных средств. Следует отметить, что препарат «Метадон» в стране не зарегистрирован, он разрешается к применению на территории страны по специальному разрешению Кабмина. Другие препараты, такие как бупренорфин, метадон в таблетированной форме, а также налтрексон и его разновидность — медленно высвобождающийся налтрексон (вивитрол) — остаются недоступными, что ограничивает спектр медицинской помощи лицам с опиоидной зависимостью.

Распределение метадона происходит централизованно, т.е. метадон закупается государством и предоставляется в Республиканский наркологический диспансер, откуда специальным транспортным средством доставляется в нужном количестве в Республиканский центр по борьбе со СПИДом. Ответственным за процесс распределения метадона является руководитель наркологического диспансера. Хотя намеченное количество пациентов к середине 2021 года составляет всего лишь 850 человек, вызывает опасения то, что в случае увеличения числа пациентов могут возникнуть трудности с транспортировкой метадона, а также в связи с увеличением рабочей нагрузки на ответственное за распределение лицо.

Следует также отметить, что в рамках проекта «Партнерство» для выявления барьеров силами сообществ проводится сравнительный анализ требований международных соглашений, национального законодательства Азербайджанской Республики и практики зарубежных стран в области ОЗТ.

В Азербайджане существуют объективные причины (структурные, институциональные и индивидуальные), по которым такой пока не может быть достигнут рекомендованный охват ЗПТ.

К **структурным** барьерам следует отнести существующее национальное законодательство в отношении оборота и контроля за наркотиками; концептуальные представления в профессиональной среде о природе наркотической зависимости и принципов её лечения, а также механизмы мотивирования медицинского персонала и т.п.; масс-медиа, формирующие общественное мнение по отношению к потребителям наркотиков и целям их лечения: их позиция во многом определяет стигматизацию ЛУИН.

В частности, есть расхождения в политике Глобального фонда и деятельности МЗ Азербайджана: представители Глобального фонда настаивают на быстром расширении программ ЗПТ и стремятся как можно быстрее увеличить охват максимально большего числа пациентов с зависимостью. Представители МЗ, напротив, призывают к умеренности, апеллируют к локальным особенностям, ограничениям в сфере законодательства.

Не менее важным барьером в развитии и расширении ЗПТ является позиция лиц, принимающих решения, когда мнения НПО и активистов на местном уровне имеют меньший вес, и поэтому зачастую рекомендации Глобального фонда, базиру-

ющиеся на сдвигах в политике по отношению к наркозависимым в соответствии с инициативами «снизу», оказываются нерелевантными в условиях, при которых наиболее важные решения принимаются на самом высоком административном уровне.

Институциональные барьеры определяются возможностями отдельных лечебных учреждений, наличием локальных клинических протоколов и т.д.

Индивидуальные барьеры — это ложные представления пациентов и персонала о причинах и течении наркотической зависимости, подверженность мифам, предубеждениям и ложным представлениям, которые противоречат научным данным.

Международная программа развития снижения вреда определила ряд препятствий для обеспечения доступа к ОЗТ, которые можно разбить на три основные категории [14]:

- высокая стоимость и недостаточные объемы поставок;
- ограничительные критерии включения в программу лечения;
- отсутствие у органов власти достаточной решительности для расширения пилотных проектов.

На сегодняшний день в Азербайджанской Республике наблюдается ограничение в объемах поставок, которые осуществляются исключительно Министерством Здравоохранения АР. По словам экспертов, в связи с распространением полового пути передачи ВИЧ актуализируется необходимость профилактической работы с **общим населением**. Также существует необходимость информационно-просветительской работы, нацеленной на снижение стигмы и дискриминации по отношению к ЛЖВ (по данным интервью с экспертом — представителем НПО).

3.2. КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ И ТЕСТИРОВАНИЕ НА ВИЧ

В Республике Азербайджан тестирование на ВИЧ проводится с использованием как лабораторных методов, так и быстрых тестов. Быстрые тесты наиболее часто используются в родильных домах и мобильных пунктах тестирования. Тестирование на ВИЧ проводится только медицинскими работниками. Руководство по тестированию на ВИЧ, пересмотренное в 2012 г., содержит протокол организации добровольного консультирования и тестирования (ДКТ), в том числе минимальные стандарты проведения до- и послетестового консультирования.

Национальные политики консультирования и тестирования на ВИЧ направлены на все группы населения, в том числе КГН, а также включают тестирование по инициативе медицинских работников. Тестирование на ВИЧ в Республике Азербайджан для всех категорий населения проводится бесплатно. Тестирование на ВИЧ по инициативе медицинских работников предлагается во всех противотуберкулезных центрах, центрах первичной медико-санитарной помощи и других учреждениях, включая учреждения уголовно-исполнительной системы [1].

По данным Базовой оценки, в 2013 г. тестирование в Азербайджане проводилось в 39 пунктах тестирования для КГН, 24 пунктах в системе исполнения наказаний; число мобильных амбулаторий увеличилось до 12; как результат, в 2013 г. обследованы на ВИЧ 23 470 представителей КГН, из них ВИЧ диагностирован у 70 из 16 500 заключенных, у 38 из 5 484 ЛУИН и у двух из 606 МСМ (среди 880 протестированных СР не было положительных результатов теста). Быстрыми тестами протестированы 79% общего числа ЛУИН, МСМ и СР (5 501 из 6 970 чел.).

Охват тестированием на ВИЧ больных ТБ в 2014 г. достиг 93% (данные Базовой оценки).

В 2016 г. в Азербайджанской Республике были кумулятивно проведены 500 499 тестов на ВИЧ [7].

По данным экспертов, в Азербайджане предпринимаются определенные шаги для расширения доступа к тестированию как представителей КГН, так и общего населения.

«Расширяется использование быстрых тестов. Этот процесс идёт не только в Баку, но и в регионах» (эксперт — представитель НПО).

«В рамках программы снижения вреда, финансируемой со стороны Совета НПО, на данный момент в сотрудничестве со СПИД-центром, мы проводим акцию по тестированию на автовокзале среди общего населения» (эксперт — представитель НПО).

В 2014 г., согласно результатам Базовой оценки, были определены следующие барьеры к тестированию на ВИЧ:

- отсутствие доступа к тестированию на ВИЧ силами сообществ с использованием быстрых тестов;
- стигматизация в отношении ЛЖВ среди населения, особенно на региональном уровне;
- значительное количество мифов, бытующих среди представителей КГН, высокий уровень самостигматизации;
- сложный и длительный алгоритм тестирования на ВИЧ, который приводит к тому, что период ожидания окончательного результата исследования при позитивном результате тестирования составляет от трех дней в г. Баку до одного месяца в отдаленных районах;
- закрытость КГН, особенно МСМ и СР.

Исходя из данных 2017 г., можно отметить, что хотя ситуация с выявляемостью ВИЧ-инфекции улучшилась, некоторые **барьеры доступа к тестированию в Азербайджане сохранились.**

Так, по данным представителей сообщества, это касается невозможности проведения тестирования представителями сообществ. Нормативные документы не позволяют лицам, не имеющим медицинского образования, работать с кровью, что огра-

ничивает доступ представителей КГН к тестированию, поскольку они неохотно обращаются в медицинские пункты. Таким образом, аутрич-работник, имеющий доступ к КГН, не имеет возможности проводить тестирование с целью выявления заболевания. Что касается тестирования образца слюны, экспресс-тесты, которые прошли преквалификацию ВОЗ, не раздаются НПО для проведения тестирования своими силами (в бюджет гранта Глобального фонда эта активность не заложена, также отсутствует финансирование из других источников).

Кроме того, сохраняется высокий уровень стигматизации ЛЖВ, особенно в регионах, следствием чего является как низкая обращаемость в медицинские пункты, так и снижение уровня поддержки приверженности к лечению АРТ.

Что касается длительности установления диагноза, то самый длительный срок, указанный участниками ФГД, составляет 10 дней (в среднем указывалось 3–5 дней), однако при этом следует учитывать, что все участники являются жителями г. Баку, то есть они могут сдать кровь непосредственно в центре СПИДа, у них нет необходимости ждать, пока образец крови, взятый у пациента в местном медицинском учреждении, доставят в лабораторию, а результат теста — в обратном направлении.

«Я один раз сдал, потом мне через два-три дня позвонили, я пошёл, второй раз сдал, через 10 дней мне уже точно сказали, окончательно» (пациент — участник ФГД).

Среди причин, по которым пациенты избегают проходить тестирование на ВИЧ, участники ФГД указывали следующие:

- боязнь узнать свой диагноз;
- страх стигмы и дискриминации со стороны близких, друзей, общества в целом;
- безответственное отношение к своему здоровью;
- недостаток информации о путях передачи ВИЧ и факторах риска, вследствие чего многие люди считают, что эта проблема их не касается, и проходят тестирование только после появления клинических симптомов и ухудшения самочувствия.

«Скорее всего, это безответственность. И ещё, наверно, информации мало насчёт ВИЧ-инфекции, как можно заразиться, в нашем обществе особенно» (пациент — участник ФГД).

«Большинство людей боятся общественного осуждения. Я вот про себя скажу: я боялся, что окружающие будут знать, близкие будут знать» (пациент — участник ФГД).

«Люди, когда проходят анализ, боятся, что там не сохраняется анонимность, и они боятся, что люди узнают. Это неверные мысли, потому что анонимность сохраняется» (пациент — участник ФГД).

«Имеется все еще высокий уровень стигмы и дискриминации по отношению к ЛЖВС. Из-за этого люди боятся пройти тест, боятся узнать, что у них статус ВИЧ-положительный» (эксперт — участник ФГД).

Пациенты из числа MSM сообщали о проявлениях стигматизированного отношения даже в центре СПИДа.

«Когда узнали, что я представляю гомосексуальную группу, ко мне отношение изменилось. После того как узнали, каким путём я заразился, отношение ко мне изменилось, стало грубым» (пациент — участник ФГД).

Необходимо отметить и принятие Азербайджаном некоторых нормативных актов, которые повышают выявляемость заболевания и одновременно создают предпосылки для дискриминации ЛЖВ. В частности, речь идет о внесении изменений в Семейный кодекс касательно правил вступления в брак. Эти изменения были внесены в соответствии с решением Кабинета Министров Азербайджанской Республики от 28.04.2015 «Об утверждении некоторых нормативных правовых актов о применении Закона Азербайджанской Республики «О внесении изменений в Семейный кодекс Азербайджанской Республики» от 17 октября 2014 года № 1080-IVQD». Согласно этому документу, начиная с 01.07.2015, проводится обследование лиц, вступающих в брак, на ряд наследственных заболеваний, ВИЧ и сифилис [12]. По словам представителей сообщества, данное обследование носит обязательный характер. Кроме этого, в случае получения ВИЧ-положительного результата риск разглашения этой информации является высоким.

Также одним из дискриминационных документов по отношению к ЛЖВ-мигрантам является Решение Коллегии Миграционной службы от 17.09.2015 № 21 [8], согласно которому для получения разрешения на временное проживание и на работу лица должны предоставить справку о том, что не являются носителями вирусов, указанных в Решении Кабинета Министров от 30.06.2011 № 105 (в частности, вирусов гепатитов В и С, ВИЧ) [9].

Таким образом, все барьеры, препятствующие доступу к тестированию на ВИЧ, выявленные по результатам Базовой оценки, остаются актуальными и по результатам текущего исследования. Существенное увеличение доли ЛЖВ, знающих свой ВИЧ-статус (с 41% до 84% по результатам финальной), связано не только со снятием барьеров в доступе к тестированию, но и с определенными административными мерами (например, обязательное тестирование на ВИЧ людей перед вступлением в брак).

3.3. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ

На диспансерном учете на конец 2017 г. состояло 4565 ЛЖВ (68% от числа ЛЖВ, знающих свой статус).

В стране функционирует семь медицинских учреждений, которые оказывают помощь ЛЖВ. Амбулаторные услуги для ВИЧ-положительных лиц предоставляются в Республиканском центре СПИДа в г. Баку. В центре СПИДа ведется база данных, содержащая информацию о пациентах на АРТ, результатах исследований вирусной нагрузки и уровня CD4-клеток.

Данные ECDC говорят о том, что в Азербайджане в 2016 г. из 556 выявленных с ВИЧ-инфекцией пациентов 163 пациента (29%) имели уровень CD4 <350 кл./мкл, из них у 99 пациентов (61%) уровень CD4 был <200 кл./мкл [7].

В 2016 г. были выявлены 99 пациентов (2% от всех выявленных случаев), коинфицированных ТБ, 78 из них (79%) получили антиретровирусную терапию. Профилактическое лечение ТБ было назначено 60% ЛЖВ [10].

В 2013 г., согласно результатам Базовой оценки, в Азербайджане были определены следующие барьеры при постановке на диспансерный учет:

- неполная децентрализация услуг: пациенты из отдаленных районов вынуждены приезжать в Баку;
- многие ЛЖВ/ЛУИН являются безработными, и для них расходы на поездку в центр СПИДа могут быть слишком велики;
- низкий охват ЛУИН услугами ОЗТ и другими программами снижения вреда;
- отсутствие информации о возможности получать лечение бесплатно.

Результаты фокус-групповых дискуссий и глубинных интервью с экспертами свидетельствуют о том, что практически все вышеуказанные барьеры остаются актуальными. Кроме этих, пациенты и эксперты называли также:

1) Безответственное отношение к своему здоровью, неверие в наличие заболевания, пока самочувствие остается нормальным.

«После выдачи результатов они [врачи] посоветовали лечиться, честно говоря. Но я не лечусь, я не встал на учёт, честно говоря, пока чувствую себя хорошо и поэтому как-то неответственно, наверно, пока ещё отношусь» (пациент — участник ФГД).

«Я пять лет думал, что у меня этой болезни нет, так как я чувствовал себя хорошо» (пациент — участник ФГД).

«Я считаю, что всё зависит от состояния здоровья. Если будут какие-то ухудшения, я начну принимать лекарства и может, даже я встану на учёт» (пациент — участник ФГД).

2) Боязнь разглашения диагноза, страх перед тем, что о заболевании узнают представители социального окружения, вследствие чего многие пациенты предпочитают получать медицинскую помощь в Баку, а не в своем регионе.

«Были сомнения по поводу конфиденциальности. Я сомневаюсь, поэтому не состою на учёте, чтобы в дальнейшем не было проблем. Я не хочу, чтобы мои родные узнали об этом» (пациент — участник ФГД).

«Здесь присутствует проблема стигмы и дискриминации: люди не хотят получать лечение в своих регионах, чтобы не высвечиваться, чтобы их не узнали. Они стараются получить лечение в Баку, в Республиканском центре по СПИДу» (эксперт — представитель НПО).

При этом указанные опасения нельзя назвать беспочвенными. По словам пациентов — участников ФГД, в Азербайджане все еще существует проблема разглашения информации о ВИЧ-статусе пациента со стороны медицинского персонала, причем подобные случаи имеют место как в неспециализированных медицинских учреждениях, так и в центре СПИДа.

«Не знаю, какое это было медицинское учреждение, но я знаю пару таких случаев, когда конфиденциальность была нарушена... Это было два года назад» (пациент — участник ФГД).

«С моим знакомым был случай. Ему домой позвонили из СПИД-центра. Его не было на месте, и они сказали его близким, что их сын ВИЧ-инфицированный... Это было в 2015–2016 году» (пациент, участник ФГД).

Таким образом, большинство барьеров в доступе к диспансеризации носят «внутренний» субъективный характер и связаны со страхами и предубеждениями пациентов, отсутствием у них объективной информации, которая заменяется мифами. Чтобы улучшить охват диспансеризацией, следует проводить более качественную информационную работу среди пациентов, в частности, предоставлять им услуги психологической поддержки и/или социального сопровождения на регулярной основе, поскольку сформировать правильное отношение к своему диагнозу и мотивацию лечиться в течение одной послетестовой консультации невозможно.

3.4. АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ

В Азербайджанской Республике семь учреждений здравоохранения предоставляют антиретровирусную терапию (АРТ). Одним из приоритетных направлений Государственной программы является предоставление людям, живущим с ВИЧ, непрерывного и равного доступа к лечению, уходу и поддержке. Обеспечение доступа к АРТ позволит не только улучшить качество и продолжительность жизни, но и снизить темпы распространения заболевания. Государственной программой предусмотрена 100% закупка антиретровирусных препаратов за счет средств республиканского бюджета. Для повышения приверженности к лечению организована работа и обучены вопросам АРТ три мультидисциплинарных команды, созданы пункты социального сопровождения ВИЧ-инфицированных лиц. Медицинская помощь ВИЧ-инфицированным пациентам осуществляется в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.

По результатам Базовой оценки (2013 г.) в качестве одного из барьеров доступа ЛЖВ к АРТ указывалось то, что «протоколы лечения предусматривают назначение АРТ при уровне CD4<350 кл./мкл, что ограничивает доступ к лечению для ЛЖВ». Сейчас этот барьер снят. В 2015 г. были внесены изменения в клинический протокол ведения пациентов с ВИЧ-инфекцией в соответствии со стратегией ВОЗ «Тестируй и лечи». Согласно обновленному протоколу, рекомендуется назначать АРТ **«всем пациентам с ВИЧ-инфекцией независимо от клинической стадии заболевания, при любом количестве клеток CD4**. В приоритетном порядке АРТ назначается всем пациентам в III–IV стадии ВИЧ-инфекции или пациентам с количеством CD4+ лимфоцитов ≤ 350 кл./мкл» [13].

Благодаря этому в 2017 г. по сравнению с 2013 г. (данные Базовой оценки) улучшилась ситуация по охвату АРТ пациентов, знающих свой ВИЧ-статус (с 48% в 2013 г. до 62% в 2017 г.), и пациентов, состоящих на диспансерном учете и получающих АРТ (с 70% до 92% соответственно).

По результатам Базовой оценки, в Азербайджане были названы следующие барьеры доступа к АРТ:

- несоответствие национальных руководств по лечению последним рекомендациям ВОЗ и целям «90–90–90»;
- использование препарата «Диданозин», имеющего серьезные побочные эффекты;
- дефицит знаний пациентов об услугах, предоставляемых региональными центрами СПИДа;
- недостаточно развитая система социального сопровождения пациентов, особенно представителей КГН;
- недостаточная интеграция услуг для ЛЖВ/ЛУИН и ЛЖВ/ТБ.

Результаты финальной оценки свидетельствуют о том, что за прошедший период было снято главное объективное ограничение в доступе к АРТ, а именно были внесены изменения в протокол, согласно которым АРТ назначается всем пациентам сразу после постановки диагноза независимо от количества клеток CD4.

Однако остальные барьеры, в частности связанные с недостатком информации у пациентов и распространенными среди них мифами об АРТ (например, о ее низком качестве, тяжелых побочных эффектах и т.п.), остаются актуальными.

«Я, например, знаю, что если у меня будут какие-то проблемы со здоровьем и я обращусь в СПИД-центр, то они дадут бесплатные лекарственные препараты. Но я думаю, что не все инфицированные люди знают, что препараты бесплатные» (пациент — участник ФГД).

«Ребята-наркоманы, которые состоят на учёте, у них сразу первый вопрос: «Что там [в СПИД-центре] дают?». Много слухов ходит, что лекарства испорченные» (пациент — участник ФГД).

«Поначалу было тяжело [принять решение о приеме АРТ]...Мне сказали, что могут вначале быть галлюцинации. У меня лично не было никаких галлюцинаций и по сей день нет никаких галлюцинаций, хотя я каждый день принимаю лекарства» (пациент — участник ФГД).

«Ребята [другие клиенты НПО] говорят: «Не бойся, дурак, это полезно!». Но есть и такие, которые говорят: «Не принимай лекарство, у тебя выпадут волосы, выпадут ногти!» Вот такие негативные моменты присутствуют» (пациент — участник ФГД).

Также распространена позиция (особенно среди пациентов, которые пока еще хорошо себя чувствуют), что нет смысла пить лекарства, если они все равно не могут полностью излечить от ВИЧ-инфекции.

«Если какие-то лекарства найдутся, которые полностью вылечат ВИЧ, тогда это будет хорошей мотивацией принимать лекарства, а так...» (пациент — участник ФГД).

Никто из пациентов — участников ФГД не указал, что он (или его знакомые) сталкивался с отказом в предоставлении АРТ или с другими проблемами при ее назначении. АРТ выдается один раз в месяц, пациентам из других районов — один раз в 2–3 месяца. Также никто из участников ФГД не сообщил о том, что сталкивался с какими-либо трудностями при сдаче анализов или с перебоями при выдаче АРТ.

Качество АРВ-препаратов постепенно повышается, однако этот процесс идет не так быстро, как хотелось бы пациентам.

«Получаем лекарства вовремя, но по качеству АРВ-препаратов... Мы смотрим информацию по Интернету, ребята приезжают из-за границы, и мы видим, что выпускают новые лекарства каждый год, а у нас ничего не обновляется. С 2016 года те же самые препараты... Только один поменялся: последнее время давали одно лекарство, которое заменяло пять-шесть препаратов, это удобно очень. Но это лекарство не всем дают... Оно пришло, его начали давать, потом его не было где-то 2–3 месяца, а потом перестали его давать, опять начали давать старые лекарства» (пациент — участник ФГД).

Единственная проблема, на которую указывали как пациенты, так и эксперты, — ограниченная доступность препаратов для лечения оппортунистических заболеваний, необходимость докупать их самостоятельно.

«Если нужно лекарство [АРТ], государство его даёт, но за вспомогательные препараты [лекарства от оппортунистических заболеваний] мы платим, идем в аптеку и покупаем» (пациент — участник ФГД).

«Лекарства по ВИЧ в достаточном количестве имеются в наличии, но всегда есть проблемы с лекарствами от оппортунистических заболеваний, их нет в достаточном количестве» (эксперт — представитель НПО).

По словам участников ФГД, социальную помощь и поддержку им предлагали только в НПО, медицинские учреждения подобные услуги не предоставляют. В частности, НПО предлагают помощь психолога, перенаправление к «дружественному» врачу, помощь в оформлении документов.

«После получения [положительного] результата они [сотрудники НПО] сказали, что если понадобится психологическая помощь, они могут порекомендовать психолога, но я, честно говоря, не нуждался в этом» (пациент — участник ФГД).

«Да, мне предложили помощь в НПО: меня направляли к врачу и психологу. Они мне помогли» (пациент — участник ФГД).

«Есть такая организация «Борьба со СПИДом», там есть юрист, есть психолог, и социальные работники там людей направляют на анализы разные, в кождиспансер, туберкулёзную больницу, помогают насчет этого» (пациент — участник ФГД).

Однако пациенты указывали, что возможности НПО ограничены, и они не могут помочь пациентам в решении некоторых актуальных проблем, например, с трудностью.

Таким образом, объективные препятствия в доступе к АРТ в Азербайджане практически отсутствуют, однако среди пациентов достаточно распространены разного рода мифы и страхи, а объективной, правдивой информации об АРТ им, наоборот, не хватает.

3.5. ДОСТИЖЕНИЕ ВИРУСНОЙ СУПРЕССИИ

По оценке ЮНЭЙДС, количество пациентов с неопределяемой вирусной нагрузкой в Азербайджане составляет 1 800 человек на конец 2017 г. [2].

Согласно результатам Базовой оценки, среди причин отрывов от лечения были названы наличие побочных эффектов АРВ-препаратов, которые негативно влияют на приверженность и эффективность лечения, а также низкий уровень знаний и понимания необходимости лечения у пациентов.

Согласно результатам исследования 2018 г., все указанные барьеры остаются актуальными. В частности, очень распространены стереотипы о низком качестве АРТ. Довольно часто пациенты прерывают прием препаратов после улучшения самочувствия и т.п.

«Есть такие, которые говорят: «Вот лекарства продырявили мне желудок». Потому что лекарства не брендовые. Аутричи тоже говорят, что это не бренд» (пациент — участник ФГД).

«Вот человек два года принимал, он стал нормальным, говорит: «Все, мне уже хорошо». Останавливает лечение, так как считает, что уже нет надобности» (пациент — участник ФГД).

«Многие люди не постоянны в своём отношении к лечению: они получают лекарства, но не принимают их вовремя или же вообще перестают принимать... Чаще всего это связано с мифами. Многие ВИЧ-больные не хотят принимать лекарства, так как думают, что над ними проводят испытание. Иногда больные считают, что они не смогут принимать лекарства всю свою жизнь. Иногда это связано с нерадивостью врачей: они не предоставляют точную, детальную информацию людям, и люди отказываются принимать лечение, не имея полной информации» (эксперт — представитель НПО).

Таким образом, большинство факторов, препятствующих достижению вирусной супрессии, носят субъективный характер и связаны со стереотипами и ложными убеждениями пациентов, недостатком у них объективной информации (что, в свою очередь, может свидетельствовать о недостаточно качественном консультировании).

РАЗДЕЛ 4. УЧАСТИЕ ПРОЕКТА «ПАРТНЕРСТВО»

в реализации ответа страны на эпидемию ВИЧ-инфекции/СПИДа

- В 2017–2018 гг. были приняты законодательные и нормативные акты, в разработке и адвокации которых принимали участие организации — члены консорциума:
 - Закон Азербайджанской Республики «О внесении изменений в Уголовный кодекс» (добавлена новая статья 74–1, которой предусмотрено освобождение от уголовной ответственности за наркоманию);
 - Закон Азербайджанской Республики «Об обороте наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров»;
 - План мероприятий по борьбе с ВИЧ-инфекцией/СПИДом на 2016–2020 годы;
 - обновленный Клинический протокол диагностики и лечения ВИЧ-инфекции;
 - стандарты оказания ВИЧ-связанных услуг на базе сообществ и механизмы перенаправления в медицинские сервисы для КГН (ЛЖВС, ПИН, СР, МСМ).
- Впервые в стране были предоставлены четыре гранта Совета государственной поддержки неправительственных организаций при Президенте Азербайджанской Республики на усиление профилактических мер среди ключевых групп риска (программы снижения вреда).
- Социальный заказ для НПО, работающих в сфере ВИЧ, был включен в государственный план закупок на 2018–2021 гг.
- Внедрен механизм закупки АРВ-препаратов через международные агентства (ПРООН).

РАЗДЕЛ 5. РЕКОМЕНДУЕМЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ АДВОКАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- Внесение изменений в законодательство для расширения тестирования на ВИЧ на базе сообществ с использованием экспресс-тестов.
- Проведение (в сотрудничестве с национальными и международными партнерами) анализа и внесение изменений в национальные стандарты проведения скрининга и диагностики ВИЧ-инфекции с целью упрощения алгоритма тестирования, рационального использования ресурсов и сокращения сроков получения окончательного результата исследования.
- Проведение анализа обращаемости в региональные центры СПИДа с целью снижения географических барьеров для ЛЖВ, проживающих в отдаленных регионах Азербайджанской Республики, популяризация деятельности региональных центров СПИДа среди пациентов.

- Формирование эффективной системы социального сопровождения «сложных» пациентов на всех этапах получения услуг в связи с ВИЧ-инфекцией с целью минимизации отрывов пациентов на всех этапах оказания помощи.
- Расширение доступа к ОЗТ как к методу поддержания приверженности к АРТ и расширения доступа к интегрированным сервисам для ЛЖВ/ЛУИН, ЛЖВ/ТБ:
 - Анализ существующих барьеров к масштабному расширению программ ЗПТ и разработка плана по их преодолению.
 - Внедрение ОЗТ в неспециализированных наркологических учреждениях (центрах борьбы со СПИДом, туберкулезных и кожно-венерологических диспансерах, семейных поликлиниках, районных многопрофильных больницах).
 - Разработка и внедрение механизма поощрения (мотивирования) медицинского персонала, вовлеченного в предоставление ЗПТ.
 - Внедрение ЗПТ в пенитенциарной системе для обеспечения непрерывности терапии для пациентов, оказавшихся в местах лишения свободы.
 - Регистрация в стране препаратов бупренорфина (Субутекс, Субоксон и их генерические аналоги), а также налтрексона с целью расширения возможностей обеспечить современную медицинскую помощь лицам с зависимостью от опиоидов.
 - Проведение пилотного проекта по внедрению лечения синдрома зависимости от опиоидов с помощью медленно высвобождающегося налтрексона (Вивитрол).
 - Проведение анализа критериев наркозависимости и статистических данных по видам наркотических препаратов с целью дальнейшей диверсификации ОЗТ.
 - Изучение возможности проведения пилотных проектов по выдаче препаратов ОЗТ на дом пациентам, мотивированным к продолжению курса лечения, для обеспечения более упрощенного доступа к ОЗТ.
- Создание и обеспечение эффективного функционирования системы менеджмента побочных эффектов АРТ с целью минимизации отрывов от лечения.
- Мобилизация сообществ с целью повышения эффективности борьбы со стигмой и самостигмой, мотивации пациентов к получению медицинских услуг в связи с ВИЧ-инфекцией.
- Более активная информационно-просветительская работа с пациентами, повышение качества консультирования на всех этапах каскада ВИЧ-услуг, борьба с распространенными среди пациентов страхами и мифами, предоставление им полной объективной информации об АРТ.
- Предупреждение случаев разглашения информации о ВИЧ-статусе пациента сотрудниками медицинских учреждений.
- Развитие непрерывной помощи и интегрированных сервисов для ЛЖВ/ЛУИН, ЛЖВ/ТБ для максимального и своевременного охвата пациентов антиретровирусным лечением.

ИСТОЧНИКИ

1. Краткий обзор. Состояние эпидемии ВИЧ-инфекции (на 01.01.2018 г.). Азербайджанская Республика. URL: http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/AZE_2018_countryreport.pdf.
2. Country factsheets. Azerbaijan 2017. URL: <http://aidsinfo.unaids.org>.
3. Политическая декларация по ВИЧ и СПИДу: ускоренными темпами к активизации борьбы с ВИЧ и прекращению эпидемии СПИДа к 2030 году. URL: http://www.unaids.org/sites/default/files/20160608_PS_HLM_Political_Declaration_ru.pdf
4. Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом. URL: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/aidsdecl2.shtml.
5. Всеобщий доступ к профилактике, лечению, уходу и поддержке в области ВИЧ: от стран до регионов до заседания высокого уровня по СПИДу и далее. Дорожная карта-2011. URL: http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/2011_UA_roadmap_ru.pdf.
6. Отчётность о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД. Мониторинг выполнения Политической декларации ООН по ВИЧ/СПИДу 2011 года. Азербайджанская Республика. Отчетный период: январь 2012 г. – декабрь 2013 г. – Баку, 2014. URL: <http://www.programma.x-pdf.ru/16politologiya/142393-1-azerbaydzhanskaya-respublika-otchetniy-period-yanvar-2012g-dekabr-2013g-baku-2014-soderzhanie-termini-sokrascheniya-kr.php>.
7. HIV/AIDS surveillance in Europe 2017 – 2016 data. URL: https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/20171127-Annual_HIV_Report_Cover%2BInner.pdf.
8. AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASININDÖVLƏT MİQRASIYA XİDMƏTİNİN KOLLEGİYASI“17” sentyabr 2015-ci il № 21. URL: <http://www.e-qanun.az/framework/30800>.
9. РЕСПУБЛИКА АЗЕРБАЙДЖАН. Кабинет министров. РЕШЕНИЕ № 105, Баку, 30 июня 2011 г. Об утверждении «Перечня опасных инфекционных заболеваний». URL: <http://www.cabmin.gov.az/page/doc/495>.
10. Azerbaijan Tuberculosis profile. URL: https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO_HQ_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FTB_CountryProfile&ISO2=az&LAN=EN&outtype=html.
11. В. Джума. Эпидемия ВИЧ среди МСМ в ВЕЦА – на виду, но невидимая. 20 апреля 2018 г., Москва, Россия. 6-я международная конференция по ВИЧ/СПИДу в Восточной Европе и Центральной Азии. URL: http://ecom.ngo/wp-content/uploads/2018/04/35_Djuma-20-Apr-2018.pdf.
12. Решение Кабинета Министров Азербайджанской Республики от 28.04.2015 «Об утверждении некоторых нормативных правовых актов о применении Закона Азербайджанской Республики «О внесении изменений в Семейный кодекс Азербайджанской Республики» от 17 октября 2014 года № 1080-IVQD». URL: <http://www.e-qanun.az/framework/29986>.

13. Клинический прокол по обследованию на ВИЧ-СПИД и антиретровирусная терапия у взрослых и подростков в Азербайджане. URL: <http://itpcru.org/2018/01/08/klinicheskij-prokol-po-obsledovaniyu-na-vich-spid-i-antiretrovirusnaya-terapiya-u-vzroslyh-i-podrostkov/>.

14. ОПЗ (как повысить доступ и улучшить качество). Отчет международного консорциума по наркополитике и Евразийской сети снижения вреда, январь 2012.

РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

РАЗДЕЛ 1. ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Для Казахстана характерна концентрированная стадия развития эпидемии ВИЧ-инфекции. ВИЧ в основном распространен среди КГН: ЛУИН, СР, МСМ и заключенных [2]. Однако сейчас, по словам экспертов, ВИЧ-инфекция постепенно начинает выходить за рамки КГН и их партнеров, распространяясь среди общего населения. Указанная тенденция коррелирует со сменой путей передачи ВИЧ и выходом на первое место полового пути ВИЧ-инфицирования.

«По последним данным, преобладает половой путь инфицирования: он составляет около 65%... В 2016–2017 появилась такая тенденция, что если раньше ВИЧ-инфекция преобладала среди уязвимых групп, то сейчас эпидемия пошла в общую популяцию. Меня как врача-лечебника настораживает и вызывает беспокойство то, что мы выявляем очень много беременных женщин [ВИЧ-положительных] (эксперт-инфекционист).

По данным официальной статистики, на 31.12.2017 кумулятивное число случаев ВИЧ-инфекции среди граждан Республики Казахстан (РК) составило 29982 чел. [1]. На начало 2017 г. распространенность ВИЧ-инфекции среди общего населения составила 0,1%, показатель на 100 тыс. населения — 117,7 случая. Распространенность ВИЧ-инфекции среди населения в возрасте 15–49 лет составила 0,2% [2].

Наиболее высокие показатели распространенности ВИЧ-инфекции (на 100 тыс. населения) зарегистрированы в Павлодарской (230,6), Карагандинской (214,8), Восточно-Казахстанской (185,7), Северо-Казахстанской (164,1), Костанайской (156,7) областях, в городах Алматы (213,9) и Астана (123,1) [2].

Основное бремя эпидемии приходится на граждан репродуктивного и трудоспособного возраста. Так, по данным Республиканского центра профилактики и борьбы со СПИДом, в течение 2017 г. были зафиксированы 2856 новых случаев ВИЧ-инфекции. При этом 62% случаев приходится на возрастную группу 30–49 лет, 23% — на молодежь в возрасте 20–29 лет, 12% — на людей в возрасте 50 лет и старше, и около 3% — на детей и молодежь в возрасте до 19 лет. Почти две трети (61%) вновь выявленных пациентов составляют мужчины (1 730 чел.), остальные — женщины (1 126 чел.) [1].

В течение длительного времени доминирующим фактором развития эпидемии ВИЧ-инфекции было потребление инъекционных наркотиков. Однако в 2011 г. произошла смена путей инфицирования — начал доминировать половой путь. Со-

гласно официальным данным, на конец 2016 г. 29,7% от кумулятивного количества случаев ВИЧ-инфицирования приходилось на инъекционный путь передачи, половой путь — 62,4% [3]; в 2017 г. среди новых случаев инфицирования ВИЧ доля парентерального пути передачи составила 29%, полового пути — 67%, в том числе 62% — гетеросексуальный и около 5% — гомосексуальный [1].

По словам экспертов, увеличению доли полового пути ВИЧ-инфицирования способствуют новые тенденции в развитии наркосцены (распространение синтетических наркотиков, повышающих либидо, использование ЛУИН новых информационных технологий для знакомства и организации совместного времяпрепровождения, что увеличивает их круг общения, и т.п.).

«Сейчас изменилась наркосцена: появились новые синтетические наркотики. У тех, кто их принимает, поднимается либидо и увеличивается количество половых связей... Появились такие услуги как «секс за покурить», «вместе уколиться», и всё это в разных чатах, Интернет-магазинах, Telegram и т.п.» (эксперт — представитель НПО).

РАЗДЕЛ 2. АНАЛИЗ КАСКАДА ВИЧ-УСЛУГ

По данным ЮНЭЙДС, оценочное количество ЛЖВ в РК составляет 26 000 чел. [4]. Согласно официальной статистике, на 31.12.2017 выявлен 20 841 случай ВИЧ-инфекции, на диспансерном учете с диагнозом «ВИЧ-инфекция» состоит 17 958 чел., получают АРТ 11 482 чел. [2]; количество пациентов с неопределяемой вирусной нагрузкой составляет 5 100 чел. [4].

Иными словами:

- знают свой ВИЧ-статус 80% от оценочного числа ЛЖВ;
- состоят на диспансерном учете 69% от оценочного числа ЛЖВ (или 86% пациентов, знающих свой ВИЧ-статус);
- получают АРТ 44% от оценочного числа ЛЖВ (64% ЛЖВ, состоящих на диспансерном учете, или 55% знающих свой ВИЧ-статус);
- неопределяемую вирусную нагрузку имеют 20% от оценочного числа ЛЖВ, или 44% ЛЖВ на АРТ (Рис. 4).

Таким образом, в континууме целей «90–90–90» Казахстан приближается к достижению первой цели — выявлению 90% ЛЖВ (актуальный показатель — 80%), однако с достижением второй и третьей целей (обеспечение АРТ 90% выявленных ЛЖВ и достижение вирусной супрессии у 90% пациентов, принимающих АРТ) возникают определенные сложности (актуальные показатели — 55% и 44% соответственно).

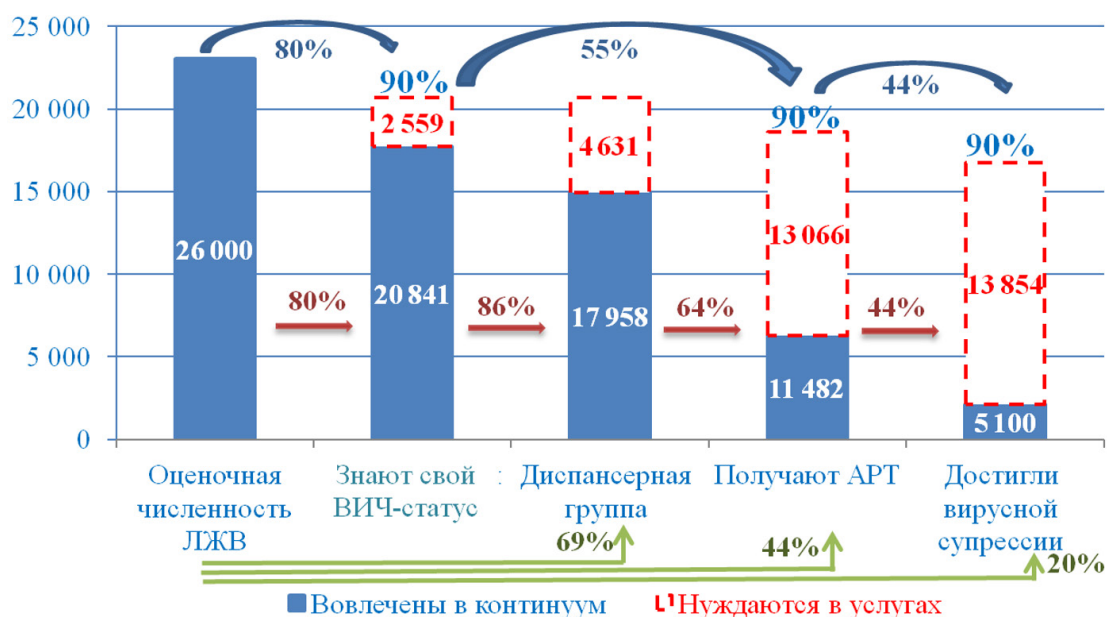


Рисунок 4. Каскад ВИЧ-услуг, Республика Казахстан, 2017 г.

По данным Базовой оценки (2015 г.), свой ВИЧ-положительный статус знали 77% ЛЖВ, на диспансерном учете состояли 65% от оценочного числа ЛЖВ (или 84% от количества ЛЖВ, знающих свой ВИЧ-статус), АРТ получали 27% от всех ЛЖВ (или 35% пациентов, знающих свой ВИЧ-статус), а неопределяемая вирусная нагрузка была достигнута у 9% от оценочной численности ЛЖВ (или у 34% пациентов, принимающих АРТ) (Рис. 5).

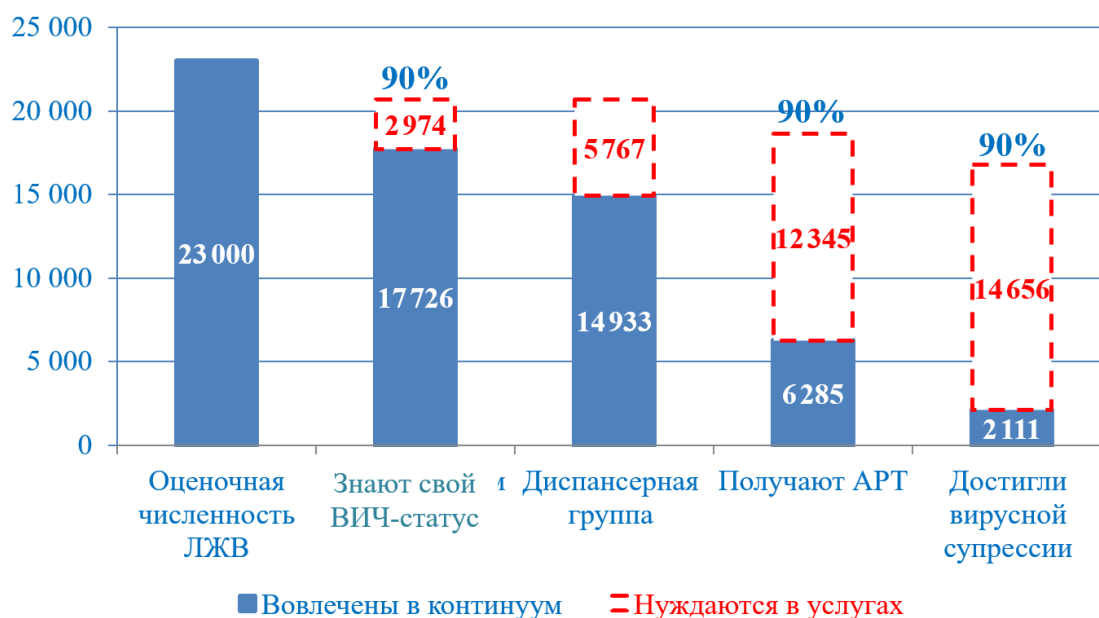


Рисунок 5. Каскад ВИЧ-услуг, Республика Казахстан, 2015 г.

Таким образом, при сравнении данных 2015 и 2017 гг. прогресс в достижении целей ЮНЭЙДС «90–90–90» в Казахстане наблюдается в отношении всех целей «90», особенно второй цели (с 35% до 55%) (Рис. 6).

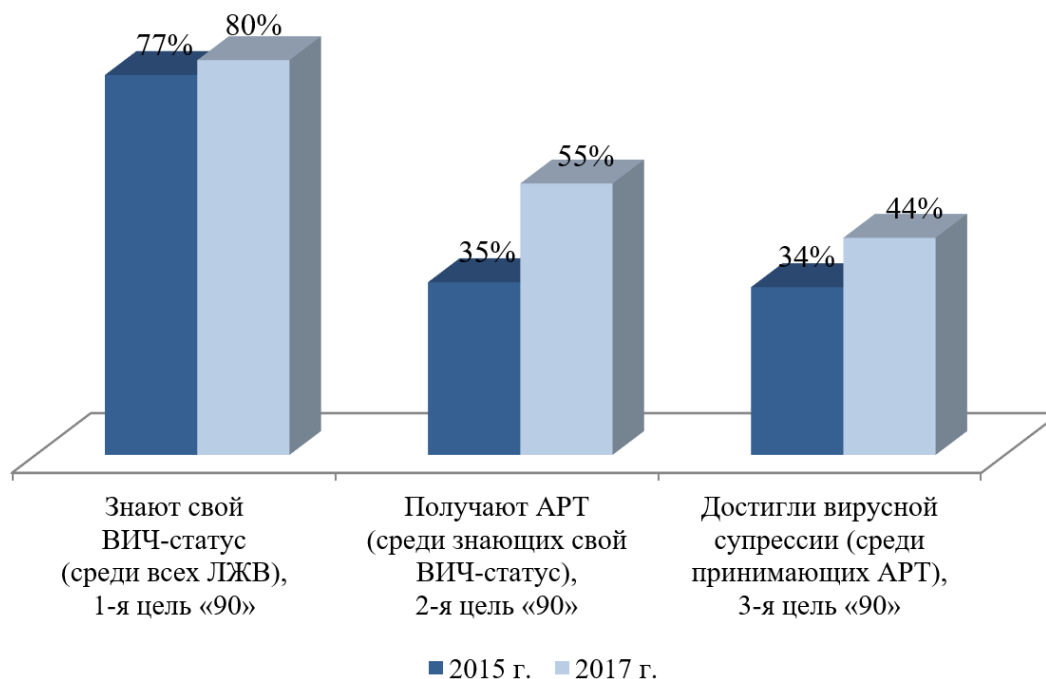


Рисунок 6. Каскад ВИЧ-услуг в соотношении с целями ЮНЭЙДС «90–90–90», Республика Казахстан, 2015 и 2017 гг., %

РАЗДЕЛ 3. АНАЛИЗ ДОСТУПА И ОПРЕДЕЛЕНИЕ БАРЬЕРОВ К УСЛУГАМ НЕПРЕРЫВНОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ЛЖВ И КГН

ОБЩИЕ ЗАМЕЧАНИЯ

В Республике Казахстан медико-социальная помощь людям, живущим с ВИЧ, оказывается в соответствии с Кодексом Республики Казахстан от 18.09.2009 № 193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения».

Так статья 112 главы 19 Кодекса определяет следующие гарантии государства в вопросах профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции/СПИДа:

1) доступность и качество добровольного анонимного и (или) конфиденциального медицинского обследования на бесплатной основе, обеспечение динамического наблюдения, предоставление психосоциальных, юридических и медицинских консультаций;

- 2) медицинская помощь и лекарственное обеспечение в пределах гарантированного объема бесплатной медицинской помощи;
- 3) социальная и правовая защита;
- 4) недопущение каких-либо форм дискриминации в связи с характером заболевания;
- 5) осуществление профилактических мероприятий по снижению риска передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.

Социальная защита ЛЖВ определена в статье 113 главы 19 упомянутого выше Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения»:

1. Детям, инфицированным ВИЧ или больным СПИДом, обеспечивается обучение в школе и других учебных заведениях.
2. Не допускаются увольнение с работы, отказ в приеме на работу, в детские дошкольные учреждения и учебные заведения, а также ущемление иных прав и законных интересов лиц, инфицированных ВИЧ или больных СПИДом, равно как ущемление жилищных и иных прав их родных и близких.
3. Лица, инфицированные ВИЧ или заболевание СПИДом которых произошло в результате ненадлежащего исполнения своих обязанностей медицинскими работниками и работниками сферы бытового обслуживания, имеют право на возмещение вреда, причиненного жизни или здоровью, в соответствии с законодательством Республики Казахстан [3].

В Республике Казахстан функционирует Объединение юридических лиц «Казахстанский союз людей, живущих с ВИЧ» — консорциум, объединяющий 14 неправительственных, общественных организаций, оказывающих поддержку ЛЖВ. Целью консорциума является развитие долгосрочного сотрудничества с правительством, гражданским обществом и бизнесом Республики Казахстан в обеспечении ЛЖВ и их близким достойного качества жизни, включая доступ к качественным услугам по профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ-инфекцией [7].

В течение 1996–2010 гг. в стране были реализованы три пятилетних национальных программы по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции. Начиная с 2011 г., мероприятия по борьбе с эпидемией осуществляются в рамках комплексных Государственных программ развития здравоохранения Республики Казахстан: 2011–2015 гг. — программа «Саламатты Қазақстан»; в данный момент (2016–2019 гг.) действует программа «Денсаулық» [2].

Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 14.04.2017 № 164 утверждена «Дорожная карта реализации мер по предотвращению ВИЧ-инфекции в Республике Казахстан на 2017–2020 годы» с учетом стратегии ВОЗ/ЮНЭЙДС.

В стране функционирует Республиканская служба по профилактике и борьбе со СПИДом (включает в себя Республиканский и региональные центры по профилактике и борьбе со СПИДом), которая, в частности, координирует реализацию Государственной программы развития здравоохранения в части профилактики и лечения ВИЧ-инфекции, в том числе мероприятий Дорожной карты [2].

В настоящее время продолжается работа по подготовке/усовершенствованию ряда других нормативно-правовых актов, среди которых:

- Клиническое руководство по диагностике, лечению и предоставлению медицинской помощи при ВИЧ-инфекции в Республике Казахстан;
- приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 05.03.2012 № 144 «О внедрении системы электронного слежения за случаями ВИЧ-инфекции в Республике Казахстан»;
- приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 18.04.2012 № 272 «О профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку в Республике Казахстан» в части изменения алгоритма диагностики и схем лечения детей [2].

Одним из барьеров в доступе к каскаду ВИЧ-услуг является стигма и дискриминация ЛЖВ. Сейчас в РК ведется работа по преодолению/ослаблению этого барьера. Между Объединением юридических лиц «КазСоюзЛЖВ» и Республиканским центром по профилактике и борьбе со СПИДом Министерства здравоохранения подписаны Национальный план по борьбе со стигмой и дискриминацией и Совместный рабочий план по реализации мероприятий по борьбе со стигмой и дискриминацией в Республике Казахстан на 2018–2019 гг.

Таким образом, законодательство Республики Казахстан в сфере противодействия эпидемии в целом соответствует международным нормам и рекомендациям ЮНЭЙДС. Серьезные барьеры нормативно-правового характера в доступе к консультированию ВИЧ-услуг отсутствуют.

3.1. ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

По данным биоповеденческих исследований и дозорного эпидмониторинга, уровень распространения ВИЧ-инфекции среди КГН составляет:

- ЛУИН — 8,5%;
- СР — 1,3%;
- МСМ — 3,2% [4].

По данным ЮНЭЙДС, оценочная численность ЛУИН в Казахстане составляла 120 500 чел. (данные 2016 г.)⁵, СР — 18 800 чел. (данные 2017 г.), МСМ — 62 000 (данные 2017 г.)⁶. [4].

⁵ По данным Базовой оценки, в 2015 г. численность ЛУИН составляла 127 800 чел.

⁶ По данным Базовой оценки, оценочное количество МСМ – 39 800 чел. – охватывало 9 регионов Казахстана, в которых проводится работа с МСМ (7 из 14 областей и 2 из 3 городов республиканского значения – Алматы и Астана).

Согласно официальным данным, охват КГН профилактическими программами в 2017 г. составил 47%. В течение 2017 г. были выделены 16 государственных социальных заказов по профилактике ВИЧ с учетом эпидемической ситуации в 10 регионах [2].

Охват ЛУИН профилактическими программами составил 47% (56 430 человек) от оценочного числа (120 500 чел.). По данным ЮНЭЙДС, уровень распространенности ВИЧ в этой группе составляет 8,5%, свой ВИЧ-статус знают 62,2%; показатель пользования презервативами составляет 47,9%, уровень безопасных инъекционных практик — 52,8% [4].

Для проведения профилактических программ в рамках «Стратегии снижения вреда от наркотиков» в стране в 2017 г. функционировало 137 пунктов доверия для ЛУИН, из них 114 стационарных и 23 передвижных, в которых раздавались шприцы, презервативы и информационно-образовательные материалы, проводились беседы. ЛУИН перенаправлялись для получения медико-социальных услуг в медицинские учреждения и НПО. Всего для ЛУИН было роздано 15 518 225 шприцев (275 шприцев на 1 ЛУИН от охвата и 129 шприцев на 1 ЛУИН от оценочного числа) и 4 845 332 презерватива (86 презервативов на 1 ЛУИН от охвата и 40 — на 1 ЛУИН от оценочного числа) [2].

В рамках реализации мероприятий гранта Глобального фонда в 2017 г. в стране функционировали 13 сайтов по предоставлению ОЗТ пациентам с опиоидной зависимостью (города Павлодар, Темиртау, Усть-Каменогорск, Актобе, Караганда, Костанай, Семей, Экибастуз, Тараз, Уральск, Атырау, Кызылорда, Алматы). Охват ОЗТ достигал 0,5% от общей численности ЛУИН [2] (по данным ЮНЭЙДС — 0,6%) [4]. В 2015 г., по данным Базовой оценки, насчитывалось 10 сайтов ОЗТ, а охват ОЗТ составлял 292 чел., или 0,2% от оценочной численности ЛУИН. Таким образом, несмотря на определенный прогресс, охват ОЗТ остается достаточно низким.

Все 13 сайтов ОЗТ находятся только при наркологических диспансерах. На данный момент в двух областях РК (Восточно-Казахстанской и Павлодарской) функционирует пилотный проект, поддерживаемый ICAP, по предоставлению ЛУИН услуг по принципу «единого окна» (ЗПТ + АРТ). Однако говорить о возможности повсеместного внедрения такой практики на государственном уровне пока преждевременно.

Дальнейшее расширение программы ОЗТ в Казахстане было приостановлено в связи с тем, что в июне 2017 г. Министерство внутренних дел Республики Казахстан потребовало немедленного прекращения программы. По данным представителей сообщества, на данный момент (сентябрь 2018 г.) компромисс между Министерством внутренних дел, с одной стороны, и Министерством здравоохранения и организациями гражданского общества — с другой стороны пока не найден и окончательное решение о дальнейшей судьбе программы ОЗТ на уровне страны еще не принято. В связи с этим функционирование программы ОЗТ в РК не прекращено, однако новые клиенты в нее не привлекаются.

Еще одним барьером для дальнейшего развития программы ОЗТ в РК может быть проведенная реформа наркологической службы, а именно ее слияние с психиа-

трической службой, вследствие чего медучреждения наркологического профиля объединены с медучреждениями психиатрического профиля под руководством врачей-психиатров, у которых уровень понимания проблемы наркозависимости и личной приверженности к ее лечению (в частности, при помощи ОЗТ) более низкий, чем у врачей-наркологов. Как результат, опыт предыдущего успешного сотрудничества НПО с наркологическими медучреждениями в значительной степени нивелирован, утеряны наработанные связи.

В 2017 г. в профилактические программы было привлечено 14 756 СР (78% от их оценочного количества; по оценке ЮНЭЙДС — 88%). По данным Базовой оценки, в 2015 г. профилактическими программами были охвачены 16 995 СР, или 86% от их оценочной численности. Представителям этой КГН были в 2017 г. розданы 5 482 908 презервативов (372 презерватива на 1 СР от охвата) [2].

По данным ЮНЭЙДС, уровень распространенности ВИЧ в этой группе составляет 1,9% (по данным Базовой оценки, в 2015 г. показатель составлял 1,3%), свой ВИЧ-статус знают 93,7%; показатель пользования презервативами составляет 92,3% [4].

В 2017 г. профилактической работой было охвачено 8 548 МСМ, или 14% от их оценочного числа (62 000 чел, по данным ЮНЭЙДС); в 2015 г., по данным Базовой оценки, эти показатели составляли 6 660 чел, или 17% от установленной на тот период оценочной численности — 39 800 чел. МСМ были розданы 916 398 презервативов (106 презервативов на 1 МСМ от охвата) [2].

По данным ЮНЭЙДС, уровень распространенности ВИЧ в этой группе составляет 3,2%, свой ВИЧ-статус знают 63,4%; показатель пользования презервативами составляет 70,7% [4].

По оценкам экспертов, доступ представителей КГН к профилактическим услугам постепенно расширяется.

«Сейчас услуги более приближены к реальным потребностям наших целевых групп. Например, сегодня среди клиентов-ЛУИН мы видим представителей закрытых групп, которые раньше никогда шприцы не получали. Но сегодня они охвачены этими услугами, проинформированы, могут пройти тест на ВИЧ-инфекцию, а также могут получить помощь в оформлении документов, прописки, чтобы устранить проблемы в доступе к качественным услугам» (эксперт — представитель НПО).

Профилактическая работа с ключевыми группами финансируется за счет государственных средств, причем расходы по этой статье затрат постепенно увеличиваются. Так, в 2017 г. по сравнению с 2015 г. незначительно уменьшилось финансирование проектов НПО из республиканского бюджета (на 8,442 млн. тенге, или 24,4 тыс. долларов), составляя 28,558 млн. тенге в 2017 г. против 37,0 млн. тенге в 2015 г. Примерно на столько же уменьшились расходы на закупку шприцев и реализацию программ для ЛУИН (на 8,5 млн. тенге, или 24,6 тыс. долларов), составляя 142,4 млн. тенге в 2017 г. против 150,9 млн. тенге в 2015 г. Однако финансирование закупки презервативов для ключевых групп выросло на 93 млн. тенге (268,8 тыс. долларов),

составляя 245,5 млн. тенге в 2017 г. против 152 млн. тенге в 2015 г.

К сожалению, в Базовой оценке информация о барьерах в сфере профилактики ВИЧ-инфекции отсутствовала, поэтому оценить динамику в этой сфере не представляется возможным. Однако, по мнению экспертов, за последние 2,5 года в Казахстане произошли определенные позитивные изменения в сфере профилактики ВИЧ-инфекции среди КГН. В частности, по данным интервью с экспертом — представителем НПО, начали применяться новые экспресс-тесты 4-го поколения, начали предоставляться государственные социальные заказы на профилактические мероприятия среди КГН, улучшилось финансирование на уровне отдельных регионов (например, Карагандинская область, Акмолинская область и город Алматы).

«Мы стали ближе к этим [ключевым] группам. Если раньше мы как-то работали больше на «круглых столах» и говорили о проблемах, то сейчас мы уже непосредственно вместе с НПО выходим к этой категории людей. На 2018 год мы получили государственный социальный заказ на работу с МСМ-группой. Мы работаем при поддержке Глобального фонда с людьми, употребляющим наркотики... Работа идет, и она даёт свои позитивные результаты» (эксперт-инфекционист).

При этом в процессе формирования и распределения социальных заказов остаются определенные сложности.

«Когда открываются новые НПО, если они не из сообщества, а «карманные» НПО, то услуги абсолютно не доходят до целевых групп. Это касается Карагандинской, Жезказганской областей в отношении людей, употребляющих наркотики... Очень хочется, чтобы услуги отвечали реальным потребностям сообщества. Для этого необходимо, чтобы представители сообщества участвовали в разработке национальных программ, присутствовали в рабочих группах по формированию лотов» (эксперт — представитель НПО).

По информации представителей сообщества, сейчас в трех городах (Алматы, Караганда, Астана) реализуется пилотный проект при поддержке Глобального фонда, в рамках которого финансируется работа с представителями КГН (включая ЛУИН, СР, МСМ) и ЛЖВ через механизм государственного социального заказа. В проекте участвуют центры СПИДа совместно с НПО. Он рассчитан до 2020 г. Предполагается, что за это время будет доказана эффективность такой модели работы, и после 2020 г. она будет передана на государственное финансирование для внедрения по всей стране.

В связи со сменой путей передачи и постепенным выходом ВИЧ в среду общего населения актуализируется необходимость профилактической работы с общим населением, особенно с молодежью.

«Поскольку сейчас больше идёт половой путь инфицирования, нужно проводить работу среди общей популяции, особенно среди молодежи, среди студентов 19–29 лет. Сексуальная свобода даёт свои результаты, поэтому преваляет половой путь» (эксперт-инфекционист).

3.2. КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ И ТЕСТИРОВАНИЕ НА ВИЧ

В настоящее время население Республики Казахстан имеет возможность получать услуги по консультированию и тестированию на ВИЧ бесплатно на добровольной основе. На сегодня в РК тестируется ежегодно около 2 миллионов человек, т.е. более 10% населения РК. Так, в 2017 г. были проведены 2 953 915 тестов на ВИЧ среди граждан РК, прирост объемов тестирования составил 4,3%, охват тестированием населения увеличился с 13,4% (2016 г.) до 13,9% [2]. И тенденция к увеличению охвата тестированием продолжается.

«Мы стали больше тестировать, проводить разные акции. С июня по сентябрь мы выезжали на рынки, тестировали людей, которые там работают. В кинотеатрах тестировали. У нас был Фестиваль здоровья, где наши медицинская сестра и врач проводили тестирование... У нас кабинет психосоциального консультирования (ПСК), который проводит забор крови на ВИЧ-инфекцию, за вчерашний день протестировал 300 человек. В прошлом году у нас проходило по ПСК-кабинету по 150 человек в день, а сейчас до 1 000 человек проходят в неделю» (эксперт-инфекционист).

Существует практика обследования половых партнеров пациента, у которого была выявлена ВИЧ-инфекция. Однако она не носит принудительного характера, поэтому определенная часть пациентов указывают, что у них нет партнеров, чтобы не раскрывать им свой статус и не подвергать их обследованию.

«Обследование партнеров обязательно, но это зависит от человека. Некоторые говорят, что у них нет половых партнеров, другие раскрывают своих партнеров. Здесь очень все индивидуально. Если мы обследуем беременную женщину, то мы обследуем мужа, и муж должен раскрыть своих половых партнеров. Это необходимо для вторичной профилактики ВИЧ-инфекции. Но они имеют право отказаться» (эксперт-инфекционист).

По словам эксперта-нарколога, пациенты-ЛУИН, состоящие на диспансерном учете в медицинских учреждениях наркологического профиля, в т.ч. клиенты программы ОЗТ, согласно протоколу, раз в полгода проходят тестирование на ВИЧ и раз в год — обследование на ТБ.

Продолжается совершенствование нормативно-правовой базы по вопросам проведения тестирования на ВИЧ. В частности, были внесены изменения в приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 22.04.2015 № 246 «Об утверждении Правил добровольного анонимного и (или) конфиденциального медицинского обследования и консультирования граждан РК и оралманов по вопросам ВИЧ-инфекции на бесплатной основе» в части изменения алгоритма диагностики ВИЧ-инфекции.

Достаточно широко применяется экспресс-тестирование, особенно среди КГН. В стране разработаны методические рекомендации по проведению экспресс-тестирования на базе НПО (в 2018 г. эти рекомендации были включены в Клиническое руководство по профилактике, диагностике, лечению и предоставлению медицинской помощи при ВИЧ-инфекции) [2].

Сейчас в отдельных регионах при поддержке AFEW реализуется проект по применению среди ЛУИН быстрых тестов на ВИЧ с использованием слюны, что, безусловно, улучшает доступность тестирования и уменьшает срок постановки диагноза. Однако для других КГН (СР и МСМ), а также для представителей общего населения данная услуга недоступна (по результатам интервью с экспертами — инфекционистом и представителем НПО).

«Сейчас мы внедряем раннюю диагностику среди ключевых групп. Сейчас работа только началась, выводы будут потом. Но мы договорились, что если результат орального (слюнового) теста положительный, то мы сразу берём вторую сыворотку крови (т.е. слюновой тест заменяет собой первый забор крови на ИФА)» (эксперт-инфекционист).

Динамика тестирования ЛУИН в 2015 (Базовая оценка) и 2017 гг. разновекторная:

- общее количество протестированных ЛУИН уменьшилось (с 50 756 в 2015 г. до 35 772 в 2017 г.);
- процент охваченных ЛУИН от оценочного числа снизился с 39% в 2015 г. до 30% в 2017 г.;
- однако показатель тестирования ЛУИН экспресс-тестами вырос с 73% в 2015 г. до 79% в 2017 г. (28 223 чел.).

Среди СР в 2015 г. (Базовая оценка) были обследованы 18 764 чел., в 2017 г. — 11 675 чел., в т.ч. экспресс-тестами — 15 403 и 9 335 СР соответственно (82% и 80% от общего количества обследованных СР).

Наиболее низкий охват тестированием (как и профилактической работой в целом) зафиксирован среди МСМ. В 2015 г. (Базовая оценка) было обследовано 1 824 МСМ, в 2017 г. — 1 839 МСМ (22% МСМ, охваченных профилактическими программами), показатель охваченных экспресс-тестированием в 2015 и в 2017 гг. был на уровне 94% от общего количества обследованных МСМ (1 706 чел. в 2015 г. и 1 734 чел. в 2017 г.) [3].

При выявлении ТБ во всех противотуберкулезных учреждениях проводят консультирование и тестирование на ВИЧ. В соответствии с национальными показателями, охват тестированием на ВИЧ по республике достиг 98% всех зарегистрированных случаев ТБ [3, с. 10]. Все ЛЖВ, состоящие на диспансерном учете в центре СПИДа, один раз в год проходят скрининг на туберкулез. По оценкам экспертов, такая система выявления коинфекции привела к снижению смертности от ТБ среди ЛЖВ.

«Всех новых пациентов с ТБ мы обязательно тестируем на ВИЧ. Среди них выявляются позитивные результаты. Но это где-то 5–6% от числа новых случаев. Эта цифра стабильна... Уровень смертности (пациентов с коинфекцией) снизился... Если в 2012–14 годы смертность от туберкулеза составляла до 50%, то в 2016 году она снизилась до 20% и постепенно снижается дальше. Это говорит о своевременной диагностике туберкулеза в стране» (эксперт-фтизиатр).

В стране действует пилотный проект при поддержке Глобального фонда, ориентированный на внедрение быстрых методов диагностики туберкулеза. Это позволяет повысить выявляемость ТБ среди пациентов из групп повышенного риска (в т.ч. ЛЖВ), более своевременно начинать лечение. В дальнейшем планируется реализация этого проекта за счет государственного финансирования (по данным интервью с экспертом-фтизиатром).

«Быстрые методы диагностики помогают нам выявлять ТБ среди групп риска, ведь в этом случае время работает на туберкулез. Поэтому у этих больных мы должны быстрее выявить [ТБ], сделать микроскопию. Здесь сразу же направляют мокроту, которая была получена, на генетический и другие анализы. За один день можно установить диагноз и какой именно туберкулез у ВИЧ-инфицированного пациента» (эксперт-фтизиатр).

По мнению эксперта, дальнейшее развитие указанного проекта, а именно обеспечение доступности экспресс-методов диагностики ТБ на первичном уровне (в поликлиниках), могло бы содействовать более раннему выявлению ТБ и своевременному началу лечения (по данным интервью с экспертом-фтизиатром).

Как эксперты, так и сами пациенты были единодушны во мнении, что объективные барьеры, препятствующие прохождению тестирования на ВИЧ, в РК практически отсутствуют. Единственное возможное препятствие, которое, по мнению экспертов, может возникнуть в ходе диагностики как ВИЧ-инфекции, так и ТБ,— это отсутствие у пациентов документов и «прикрепления» к поликлинике, что, как правило, характерно для представителей КГН, особенно ЛУИН и мигрантов. На преодоление этого барьера работают НПО, которые помогают своим клиентам оформить документы, предоставляют услугу экспресс-тестирования на ВИЧ.

«Проблемы возникают, когда нет документов, когда они [пациенты] не прикреплены к поликлиникам, за ними не числятся бюджеты. В этих случаях, возможно, и будут препятствия. Но, мне кажется, это можно всё решить: они [пациенты] знают, к кому можно обратиться за помощью и можно всё-таки обследоваться. Работают НПО, аутрич-работники» (эксперт-фтизиатр).

Гораздо чаще прохождению тестирования на ВИЧ препятствуют субъективные факторы:

- предрассудки и предубеждения самих пациентов (например, стереотип о том, что человек, который не принимает наркотики и не предоставляет секс-услуги, не может инфицироваться ВИЧ);
- страх перед возможным положительным результатом теста на ВИЧ и негативными последствиями, которые с ним ассоциируются (например, узнают представители социального окружения, родственники, семья, уволят с работы и т.п.), самостигматизация.
- социально-психологические и поведенческие особенности пациентов, в частности ЛУИН, их нежелание заботиться о своем здоровье.

«Человек не может ещё просто так сказать другим людям, что он пошел сдавать тест на ВИЧ. Это предубеждение. Но это должно быть в рамках нормы, так же как, допустим, женщина в 35, 40, 45 лет проходит скрининг по маммологии, точно так же люди должны проходить тестирование на ВИЧ. Это должна быть норма поведения» (эксперт-инфекционист).

«Проходить тест не страшно, страшно ждать результата. Я боялся положительного результата, надеялся на отрицательный, но мне было бы спокойнее не знать» (пациент — участник ФГД).

«Многие не идут [на тестирование], потому что боятся результата. Они лучшие будут жить, не зная результата, даже если они на 90% уверены, что у них есть ВИЧ-инфекция» (пациентка — участница ФГД).

Объективные барьеры доступа к тестированию в Казахстане практически отсутствуют, хотя субъективные препятствия (страхи и предубеждения) существуют. Процент ЛЖВ, которые знают свой статус, составляет 80% от их оценочной численности (2015 г. — 77%).

3.3. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ

В Республике Казахстан в 2017 г. на диспансерном учете состояло 17 958 ЛЖВ (86% от числа ЛЖВ, знающих свой статус; 2015 г. — 84%).

В стране существует единая электронная база слежения за случаями ВИЧ-инфекции, в которую автоматически вносятся пациенты с подтвержденным ВИЧ-положительным статусом. В случае если они не посещают центр СПИДа сами, медработники совместно с представителями НПО ведут работу по их розыску.

«Если у пациента иммуноблот положительный, он автоматически вносится в базу от первого консультирования. Он в ней будет стоять, и мы в течение года его должны отработать: найти и поставить на диспансерный учет. Мы его начинаем искать, навещать, выезжаем домой. Если он переезжает в другой город, то мы пишем в этот город, чтобы они взяли на диспансерный учет этого пациента, потому что он находится у них... На сегодняшний день нам помогает НПО «Ревани». Это замечательная работа. Там, где не работает наша врачебная мотивация, аутрич-работники и социальные работники из неправительственных организаций помогают нам с мотивацией» (эксперт-инфекционист).

Охват ОЗТ, несмотря на определенный прогресс (охват оценочной численности ЛУИН программами ОЗТ вырос с 0,2% по данным Базовой оценки до 0,6% в 2017 г. по данным ЮНЭЙДС), остается низким, что служит одним из барьеров для диспансеризации (и последующего приема АРТ) пациентами из числа ЛУИН, которые составляют около половины ЛЖВ.

По результатам Базовой оценки, одной из ключевых проблем было названо отсутствие нормативных документов, определяющих порядок предоставления медицин-

ских услуг и назначения АРТ для мигрантов, лиц, освободившихся из мест лишения свободы, и граждан других государств (профилактические услуги для данных категорий доступны). Результаты финальной оценки свидетельствуют, что никаких существенных изменений в этой сфере не произошло, таким образом, этот барьер остается актуальным и требует дальнейших усилий по его преодолению.

Это подтвердили как участники ФГД из числа представителей сообщества, так и эксперты, которые указывали, что отсутствие документов, удостоверяющих личность, так называемого «прикрепления» к поликлинике, а также прописки либо постоянного места жительства (что делает невозможным оформить «прикрепление») является важным барьером в доступе к медицинской помощи, включая получение АРТ. В этом случае пациент может встать на диспансерный учет, однако ему придется оплачивать анализы на CD4 и ВН, а АРВ-препараты ему могут предоставить (но необязательно) на 1–2 месяца, однако по истечению этого срока необходимо оформить документы и прикрепиться к поликлинике (по результатам ФГД с пациентами). Указанные барьеры актуальны не только для мигрантов, но и для ЛУИН и людей, освободившихся из мест лишения свободы (по данным интервью с экспертами).

«В марте 2018 года я сдала подтверждающий анализ. На учёт я встала 13 августа 2018 года, потому что до этого у меня не было документов — удостоверения личности» (пациентка — участница ФГД).

По результатам Базовой оценки, участники фокус-групп указывали следующие барьеры для постановки на учет: страх потерять работу и быть отвергнутым обществом, чувство стыда из-за того, что родственники могут узнать о ВИЧ-статусе, и прочие проявления стигмы и самостигматизации.

Как показала финальная оценка, в РК ведется работа по преодолению стигмы и дискриминации ЛЖВ, однако эта проблема все еще остается актуальной, что подтвердили и опрошенные эксперты, и сами ЛЖВ — участники ФГД.

«Несмотря на то что проводятся информационные кампании, уровень стигмы и дискриминации (а также самостигмы) остаётся высоким. Люди боятся раскрывать свой статус своему половому партнеру, боятся открывать свой статус врачу, потому что боятся быть отвергнутыми. Особенно это касается людей в малых городах... Часто проявляется дискриминация в медицинских учреждениях, а именно в поликлиниках, в профильных медицинских учреждениях. Представители ЛУН, СР, МСМ имеют тройную стигму и дискриминацию по сравнению с другими группами» (эксперт — представитель НПО).

«Касательно города Алматы, то мы приняли Парижскую декларацию, и это о многом говорит. Руководители неправительственных организаций и международных организаций смогли донести эту проблему не только на уровне республиканского центра СПИДа, но и на уровне городского управления здравоохранения и на уровне акимата [городского совета]. Но исключать эту проблему и говорить о том, что дискриминация уже искоренена, нельзя» (эксперт-инфекционист).

«Сначала приходилось всё время сдавать анализы и долго настраиваться, чтобы пойти в это медицинское учреждение со страшным названием «СПИД-центр». Я ходила вокруг, искала подходы, как зайти, чтобы никто не увидел, заходила в темных очках, лишний раз там находиться не хотелось, боялась, что меня кто-то там увидит» (пациентка — участница ФГД).

«Всё равно в обществе считается, что ВИЧ-инфекция — это диагноз наркоманов и проституток» (пациент — участник ФГД).

Барьеры при постановке на диспансерный учет:

- недостаточный охват ЛУИН программами ОЗТ;
- мифы и страхи, бытующие среди КГН, самостигматизация;
- поведенческие особенности ЛУИН, их нежелание заботиться о своем здоровье;
- бюрократические проблемы при постановке на диспансерный учёт трудовых мигрантов и освободившихся из тюрем, граждан других государств, постоянно проживающих в Казахстане.

Таким образом, по результатам финальной оценки перечень барьеров при постановке на диспансерный учет ВИЧ-положительных пациентов в РК остался таким же, как и по результатам Базовой оценки.

3.4. АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ

В Республике Казахстан 23 учреждения здравоохранения предоставляют АРТ. Среди стран Центральной Азии только в Республике Казахстан, начиная с 2009 г., АРВ-лечение, закупка АРВ-препаратов для взрослых и детей обеспечиваются полностью за счет государственных средств. Медицинская помощь ВИЧ-инфицированным пациентам осуществляется в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи [3].

По состоянию на 06.11.2017 в РК зарегистрированы 26 препаратов АРТ (без учета различных дозировок и лекарственных форм). В РК не зарегистрирован «Атазанавир» («Реатаз», «Симанод», ATV), хотя он присутствует в первой схеме терапии при особых обстоятельствах и в предпочтительной схеме терапии второго ряда. В 2016–2017 гг. были зарегистрированы новые комбинированные оригинальные препараты: «Комплера» (TDF/FTC/RPV), «Триумек» (3TC/ABC/DTG), «Резолста» (DRV/COBI), а также оригинальный препарат «Эдюрانت» (RPV). Кроме этого, были зарегистрированы новая генерическая комбинация с торговым названием «Авонза» (TDF/3TC/EFV) и генерический препарат отечественного производителя с торговым названием «Дарунавир-АИГФ» (DRV). В 2018 г. начал применяться препарат «Долутегравир».

«Наконец-то в 2018 году мы начали применять препарат «Долутегравир». Это такое чудо. У наших пациентов с низким CD4 буквально на глазах поднимаются их показатели иммунные. О «Долутегравире» мы говорили давно, начиная с 2014 года, и наконец-то мы добились. Сейчас мы хотим «Дарунавир» закупать для детей» (эксперт-инфекционист).

По результатам Базовой оценки, в качестве одного из барьеров доступа ЛЖВ к АРТ указывалось то, что протоколы лечения предусматривают назначение АРТ при уровне CD4 <350 кл./мкл, что ограничивает доступ к лечению для ЛЖВ. Сейчас этот барьер снят: в 2017 г. были утверждены новые протоколы диагностики и лечения ВИЧ-инфекции у взрослых (одобрен Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения РК, протокол № 21 от 12.05.2017) и детей (протокол № 24 от 29.06.2017). Обновленные протоколы соответствуют стратегии ВОЗ «Тестируй и лечи». В частности, в протоколе по лечению ВИЧ-инфекции у взрослых рекомендуется назначать АРТ «всем пациентам с ВИЧ-инфекцией независимо от клинической стадии заболевания, при любом количестве клеток CD4. В приоритетном порядке АРТ назначается всем пациентам в III–IV стадиях ВИЧ-инфекции или пациентам с количеством CD4+ лимфоцитов ≤350 кл./мкл» [5]. На практике, начиная с 2017 г., изменились критерии назначения АРТ: в 2016 г. в число нуждающихся входили пациенты с уровнем CD4 ≤350 кл./мкл, в 2017 г. АРТ назначалось ЛЖВ с уровнем CD4 ≤500 кл./мкл [2].

Благодаря этому улучшилась ситуация по охвату антиретровирусной терапией пациентов, состоящих на диспансерном учете, с 42% (2015 г.) до 64% (2017 г.), или с 27% до 44% от всех ЛЖВ соответственно [2]. Таким образом, прирост по показателю охвата АРТ пациентом на диспансерном учете достигает 22%.

По словам экспертов, внедрение стратегии «Тестируй и лечи» также положительно отразилось на приверженности пациентов к АРТ.

«Начиная с 2017 года, мы работаем по новому протоколу. Согласно рекомендациям ВОЗ, независимо от уровня CD4 и вирусной нагрузки, мы сразу начинаем лечение... Люди, которые дожидались критериев начала лечения, привыкали к тому, что можно обойтись без лечения, а когда их диагностические показатели требовали назначения лечения, таких людей очень трудно было поставить на лечение, и возникали вопросы с приверженностью. А сейчас среди тех, кому поставили диагноз и сразу начали лечение, вопросов, нужно ли лечиться, не возникает» (эксперт-инфекционист).

Расходы государственного бюджета на закупку АРВ-препаратов в 2017 г. по сравнению с 2015 г. выросли на 1 395,67 млн. тенге, что составляет более 4 млн. долларов (с 3 271,95 млн. тенге до 4 667,62 млн. тенге).

Однако остаются некоторые проблемы, приводящие к выпадению из континуума услуг на данном этапе. По результатам Базовой оценки в качестве таких барьеров были определены: отказ пациентов начинать прием препаратов (из-за бытующих среди них мифов и страхов и/или побочных эффектов), низкая доступность ОЗТ, недостаточное развитие интегрированных услуг и употребление наркотиков.

По результатам фокус-групповых дискуссий и глубинных интервью с экспертами, проведенных в 2018 г., все указанные барьеры остаются актуальными. При этом существуют две основные проблемы: отказ пациентов начинать прием АРТ и отказ от ее приема спустя некоторый (непродолжительный) промежуток времени после начала лечения.

В первом случае, как правило, причиной являются распространенные среди пациентов мифы и страхи (например, непонимание того, зачем пить таблетки при хорошем самочувствии, которое часто бывает на начальной стадии заболевания, ВИЧ-диссидентство, боязнь побочных эффектов, преувеличение сложностей приема препаратов и т.п.). Также имеют место психологические сложности с принятием пациентами своего диагноза и осознанием необходимости изменить свой образ жизни (постоянно принимать лекарства, регулярно ходить к врачу и т.п.).

«Все думали, что эти таблетки очень вредные, что от них печень разваливается. Еще думали, что их придётся пить всю жизнь, а если бросишь, то ты обязательно умрешь» (пациент — участник ФГД).

«Нужно было питаться хорошо, а наркоманы не могут себе этого позволить, поэтому думали, что таблетки быстро сожгут организм» (пациентка — участница ФГД).

«Люди думают, что они справятся сами, не верят в действие препаратов, пока нет сильных симптомов» (пациентка — участница ФГД).

«Это такая инфекция, у которой поначалу нет клинических признаков, а для того чтобы пить лекарства, у человека должно что-то заболеть. А так пациенты ничего не чувствуют, и тогда они спрашивают: «Покажете мне этот вирус?» Это такой миф, что болезнь должна обязательно давать клиническую картину, а если клинической картины нет, значит, ты здоров» (эксперт-инфекционист).

«Чтобы начать принимать лечение, человек должен принять свой статус и понимать, что это такое. Тогда он начинает пить терапию. Человек может принять статус сразу, а может через месяц или через год. Бывает, что пациент уходит, но возвращается через год и начинает лечение у нас» (эксперт-инфекционист).

«Когда у меня в первый раз взяли анализ на ВИЧ и сказали, что результат положительный, я была уверена, что это не так. Я думала, что это какие-то проблемы с кровью и это ошибка. Потом, когда я уже пришла сама на подтверждение, я, конечно, очень расстроилась, но это не изменить» (пациентка).

Причиной прерывания АРТ после начала ее приема, как правило, являются побочные эффекты.

«Нас заставляли пить препараты [в местах лишения свободы]. Я попробовала их пить неделю от силы, мне было плохо, и я отказалась потом. И когда туберкулезом я заболела, меня опять начали заставлять. Мне опять стало плохо, и я бросила. Вот когда мне поставили третью стадию ВИЧ, когда у меня начались все болячки, после этого я начала пить терапию регулярно» (пациентка — участница ФГД).

«Когда нам плохо, а нам говорят: «Все пройдет, пей [лекарства]!» Но в любом случае ты не выдержишь и бросаешь» (пациент — участник ФГД).

«Это тяжело — каждый день пить препараты. Хорошо, что у нас сейчас есть трехкомпонентная терапия... Препараты дают побочные эффекты, и в таком случае организм должен их преодолеть. Организм приспосабливается к лечению человека» (эксперт-инфекционист).

Большинство участников ФГД из числа пациентов, принимающих АРТ, рассказывали о том, что они пришли к осознанию необходимости приема АРТ далеко не сразу. Вначале многие пациенты переживали период отрицания ВИЧ-инфекции как таковой, неприятия своего диагноза, нежелания пить таблетки «просто так» (когда ничего не болит), безразличного отношения к своему здоровью, боязни побочных эффектов и т.п. Только после ухудшения самочувствия пациенты принимали решение о начале приема препаратов.

«У меня были такие обстоятельства: я работал на высоте, не хотел принимать, потому что боялся побочных эффектов, головокружения. Но сейчас я готов начать, потому что уже плохо себя чувствую. CD4 упали до 60 клеток. Я могу ночью упасть в обморок» (пациент — участник ФГД).

«Я очень долго была ВИЧ-диссидентом, верила, что ВИЧ не существует. АРТ сначала пила, потом я бросила пить. Мне было интересно жить без таблеток. За один месяц у меня поднялась вирусная нагрузка на 36 000, и тогда я поверила в ВИЧ и в АРТ» (пациентка — участница ФГД).

«Я тоже не верила ни в ВИЧ, ни в АРТ. Но потом стали появляться болячки. Я начала пить АРТ, и конъюнктивит и все остальное стало проходить» (пациентка — участница ФГД).

Также, по словам экспертов и представителей сообщества, важным барьером в доступе к ВИЧ-услугам для представителей КГН, особенно ЛУИН (включая диагностику, диспансеризацию и получение АРТ), являются их психологические особенности, нежелание прилагать усилия для того, чтобы заботиться о своем здоровье.

«Отказываются, потому что употребляют наркотики, алкоголь. Нет мотивации заботиться о себе, нет детей» (пациент — участник ФГД).

«Основная масса тех, кто не ходит [получать АРТ], — это наркопотребители. У меня были родители, и я это делала, потому что родители напрягали, напоминали, что надо пойти, взять терапию. А так, если честно, мне было всё равно. Многие наркоманы не состоят на учете, потому что колются и им всё равно» (пациентка — участница ФГД).

«Если они [ЛУИН] узнали про свой положительный ВИЧ-статус и хотят получать лечение, то все доступно: код получил, препараты получил, схемы подбираются соответствующие, никаких проблем нет. Многие знают свой статус, но никуда не хотят идти, за ними медработники бегают-бегаят, а они все равно никуда не хотят идти. Здесь больше надо к пациенту обращаться» (эксперт-нарколог).

В случае приема АРТ беременными женщинами иногда накладывают свой отпечаток достаточно патриархальные общественные нормы, что приводит к тому, что муж запрещает жене принимать АРВ-препараты. В таких случаях медики приме-

няют мультидисциплинарный подход (включая работу психолога), подключаются НПО, чтобы достичь необходимого результата.

«У всех по-разному: кому-то достаточно просто поговорить, кому-то нужна консультация не ниже профессора, кому-то помогает общение с НПО... У нас недавно был случай: муж запрещал жене беременной пить таблетки. Мы с ним пытались разговаривать, он ничему не верил: «Что вы мне тут рассказываете?» НПО привлекали, психолог работал. В итоге организовали ему консультацию профессора нашего — это помогло» (эксперт-инфекционист).

«Недавно мы выявили у беременной женщины ВИЧ. У неё оказался ВИЧ-положительный партнер. Он знал свой статус и был у нас на диспансерном наблюдении. Он ни разу не приходил к нам, отказывался от лечения, он не верил, что у него есть ВИЧ. Он говорил, что он не больной, и запрещал жене принимать лечение. В течение полутора месяцев была проведена колоссальная работа, и, в конце концов, он согласился принимать лечение. Начала пить таблетки его жена, и беременность в результате закончилась рождением здорового ребенка» (эксперт-инфекционист).

Все вышеуказанные барьеры носят субъективный характер. Среди препятствий объективного характера можно выделить два фактора, которые во многих случаях пересекаются между собой.

1) Отсутствие правового механизма обеспечения АРТ для мигрантов. По словам экспертов, сейчас в Казахстане при финансовой поддержке Глобального фонда реализуется проект, в рамках которого предусматривается предоставление 150 курсов АРТ для мигрантов (по данным интервью с экспертом — представителем НПО). Однако принципиально этот вопрос остается нерешенным. В частности, существует правовая коллизия, вследствие которой беременным женщинам-мигранткам АРТ предоставляется даже при отсутствии документов, однако только до рождения ребенка.

«У беременных женщин, независимо иностранных граждан или нет, мы не смотрим ни на документы, ни на прикрепление. Ее ребенок будет гражданином Казахстана, и наша задача — чтобы он родился здоровым. Поэтому если женщина беременна, то в течение 9 месяцев мы проводим весь комплекс профилактики вертикального пути передачи ВИЧ-инфекции. А потом она должна уже оформить вид на жительство» (эксперт-инфекционист).

2) Невозможность получить АРТ в случае отсутствия у пациента документов и прикрепления к поликлинике. Эта проблема характерна не только для мигрантов, но и для граждан РК из числа ЛУИН либо бывших осужденных. В таком случае пациенту могут выдать АРВ-препараты не более чем на 1–2 месяца. За указанный период он должен решить свои проблемы и оформить необходимые документы, чтобы получать препараты в дальнейшем.

«Проблем ни для кого нет (включая ЛУИН, СР, МСМ), но только если у человека есть удостоверение [личности] и прикрепление к поликлинике. А если нет, то не дадут АРТ... Хотя иногда могут дать на месяц или два, но за это время нужно обязательно прикрепиться» (пациент — участник АРТ).

Во всех остальных случаях никаких объективных препятствий для пациентов, включая представителей КГН, нет, что подтвердили как эксперты, так и сами пациенты, представляющие указанные группы.

«Никаких преград нет, если есть желание — все дороги открыты. Я не знаю, как в других странах, а в Казахстане везде людям оказывают психологическую и медицинскую помощь... Я начинал прием терапии, когда употреблял наркотики, никаких преград не было» (пациент — участник ФГД).

Вопросы профилактики, диагностики и лечения коинфекции ВИЧ/ТБ в Казахстане регулируются двумя основными приказами Министра здравоохранения и социального развития:

- 1) приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 25.12.2017 № 994 «Об утверждении Инструкции по организации оказания медицинской помощи по туберкулезу»;
- 2) приказ и.о. Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30.12.2015 № 1079 «Некоторые вопросы профилактики двойных инфекций (туберкулез и ВИЧ-инфекция)».

Указанные нормативно-правовые документы базируются на подходах, рекомендованных ВОЗ. В частности, в них закреплена норма о назначении профилактики изониазидом пациентам, у которых впервые выявлена ВИЧ-инфекция. По данным экспертов, на конец 2016 г. охват профилактикой изониазидом достигал 80% среди пациентов, которые в ней нуждаются. Также, в соответствии с рекомендациями ВОЗ, в приказе № 1079 присутствует норма о предоставлении пациентам профилактики котримоксазолом.

На 31.12.2017 количество ЛЖВ, состоящих на диспансерном учете с активной формой ТБ, составило 787 чел., в т.ч. с установленным диагнозом ВИЧ/ТБ — 734 чел. Охват АРТ пациентов с сочетанной инфекцией ВИЧ/ТБ составил 90,3% (663 чел.) [2].

Согласно оценке эксперта-фтизиатра, в целом эпидситуация по коинфекции в Казахстане довольно благоприятная: некоторые эпидпоказатели остаются стабильными в течение нескольких последних лет, другие — демонстрируют положительные изменения. Меняется в лучшую сторону и ситуация в плане доступности диагностики и лечения коинфекции ВИЧ/ТБ.

Лечение ТБ доступно для всех пациентов, включая ЛЖВ. В зависимости от показаний, пациенту назначается стационарное либо амбулаторное лечение ТБ. Последнее доступно в поликлинике, к которой прикреплен пациент, где есть специальный противотуберкулезный кабинет. Все препараты для лечения ТБ являются бесплатными для пациента. При этом даже отсутствие у пациента документов не является преградой для получения им противотуберкулезного лечения (в отличие от АРТ), что является положительным фактором с точки зрения предупреждения распространения ТБ в стране (по данным интервью с экспертом-фтизиатром).

«В противотуберкулезном лечении препятствий нет, даже отсутствие документов не является преградой. В нашем приказе написано, что несмотря на то, что человек без документов, без места жительства, всё равно мы обязаны обеспечить бесплатное лечение туберкулеза. По ходу лечения ему помогает социальный работник, восстанавливает документы» (эксперт-фтизиатр).

По словам эксперта-фтизиатра, финансовые барьеры в сфере диагностики и лечения коинфекции ВИЧ-ТБ в стране отсутствуют, все статьи затрат (за исключением проекта по внедрению быстрых методов диагностики) финансируются за счет государственных средств и в полном объеме.

«Мне кажется, что есть поддержка правительства и огромные деньги выделяются на лекарства и на диагностику. Я бы не сказала, что чего-то не хватает. Основное финансирование идет за счёт государственных денег. Международные доноры обеспечивают только новые методы диагностики и картриджи для диагностики. Но со временем к 2020 году это тоже перейдет на государственный уровень» (эксперт-фтизиатр).

По словам эксперта-фтизиатра, среди пациентов с диагнозом ТБ (как ВИЧ-положительных, так и ВИЧ-отрицательных) существует проблема с приверженностью к противотуберкулезному лечению. Для ее устранения пациентам на амбулаторном лечении предоставляются разные виды социальной поддержки за счет местных бюджетов. В частности, пациентам предоставляются проездные билеты, в некоторых случаях — организовывается питание. Как на амбулаторном, так и на стационарном уровне работают психологи, предоставляющие консультирование и поддержку пациентам, которые в этом нуждаются.

Одним из важных рычагов влияния на пациентов для обеспечения приверженности является ежемесячная социальная помощь, которая выплачивается всем пациентам с ТБ на амбулаторной форме лечения за счет средств местных бюджетов. Ее размер определяется акиматами (местными советами) и несколько различается в разных регионах. К примеру, в Алматы ее размер достигает 23 000 тенге (чуть больше 60 долларов), что является значимой суммой для малообеспеченных граждан. В случае отрывов пациентов от лечения ТБ указанная помощь не выплачивается (по данным интервью с экспертом-фтизиатром).

В РК практически не предоставляются интегрированные услуги по ВИЧ/ТБ. Таким образом, если пациент с коинфекцией находится на амбулаторном лечении ТБ, он должен ежедневно посещать противотуберкулезный кабинет для получения противотуберкулезных препаратов, а также ежемесячно ездить в центр СПИДа за АРТ.

12 мая 2017 года Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан был одобрен новый Клинический протокол лечения вирусного гепатита С у взрослых. Согласно новому протоколу, при назначении лечения приоритет отдается безинтерфероновым схемам, противовирусная терапия теперь строго показана пациентам со стадией фиброза F-2,3,4 включая декомпенсированный цирроз печени; в протокол включены все современные схемы лечения вирусного гепатита С на основе противовирусных агентов прямого действия, включена схема с использованием SOF/LED с Рибавирином.

Согласно приказу Министерства здравоохранения от 29.08.2017 № 666, препарат «Тенофовир» (TDF) доступен в рамках бесплатного гарантированного объема медицинской помощи [6].

Барьеры при назначении АРТ:

- отсутствие правового механизма обеспечения АРТ для мигрантов;
- сложности с получением АРТ пациентами, у которых отсутствуют документы и прикрепление к поликлинике;
- мифы и страхи, распространенные среди пациентов;
- побочные эффекты АРТ;
- социально-психологические и поведенческие особенности ЛУИН;
- недостаточный охват ВИЧ-позитивных ЛУИН услугами ОЗТ, что приводит к отказам от лечения в этой группе пациентов;
- недостаточное развитие интегрированных услуг;
- патриархальные общественные нормы, вследствие которых мужья в некоторых случаях запрещают женщинам принимать препараты.

Таким образом, по результатам финальной оценки, перечень барьеров при назначении АРТ сократился по сравнению с результатами Базовой оценки: в частности, было снято ограничение в доступе к АРТ в зависимости от количества CD4-клеток у пациента. Предпринимаются определенные шаги для решения проблемы лечения мигрантов.

3.5. ДОСТИЖЕНИЕ ВИРУСНОЙ СУПРЕССИИ

В 2017 г. в РК были проведены 25 046 исследований по определению вирусной нагрузки [2] (2015 г. — 3 093 исследования). По оценке ЮНЭЙДС, количество пациентов с неопределяемой вирусной нагрузкой в РК составляет 5 100 чел. [4]. Иными словами, 44% ЛЖВ, принимающих АРТ (или 20% от всех ЛЖВ), достигли вирусной супрессии.

Работа по формированию приверженности к АРТ, розыску «потеряшек» (пациентов, которые пропали из поля зрения медработников) проводится как силами самих медработников, так и в сотрудничестве с некоторыми НПО.

«Очень эффективно у нас работает программа по формированию приверженности, есть индивидуальный подход к каждому клиенту. Если врач не может договориться с пациентом, он передает его неправительственной организации и привлекаются социальные работники» (эксперт — представитель НПО).

«Сначала работают врачи: они проводят беседу с пациентом тет-а-тет. Если у врача не получается, она идет к заведующей отделением; когда заве-

дующая не помогает, мы привлекаем заместителя главного врача; когда я на своём уровне не могу помочь, мы можем привлечь наших профессоров. Когда здесь уже исчерпаны все возможности, мы привлекаем тех наших пациентов, которые могут консультировать по принципу «равный–равному». Это ещё зависит от социально-психологического портрета пациента: кому-то важно услышать экспертную оценку профессора, и этого будет достаточно, а иногда нужен принцип «равный–равному» и доверие. Все эти мы моменты стараемся использовать» (эксперт-инфекционист).

Однако, по мнению экспертов, на данный момент такими услугами охвачены не все пациенты, которые в них нуждаются, поэтому для повышения приверженности пациентов к лечению необходимо, чтобы консультанты «равный–равному» работали на базе всех центров СПИДа. Также необходимо расширить информирование по вопросам необходимости приема АРТ среди пациентов, отбывающих наказание, — например, проводить онлайн-консультации для осужденных (по данным интервью с экспертом — представителем НПО).

По словам пациентов — участников ФГД, хорошим мотиватором для обеспечения приверженности являются дополнительные медицинские услуги, которые можно получить в центре СПИДа, а также услуги психолога, юриста, социального работника из НПО, работающей при центре.

«Я доволен, что зубы мне бесплатно сделали, анализы на гепатиты смог сдать, Эссенциале прокапали» (пациент — участник ФГД).

«Есть консультация юриста, но я не обращался. Мне помогал психолог, я один-два раза обращался, все вопросы мы обговорили. Бывает, стимулируют телефонными карточками, чтобы люди приходили в СПИД-центр» (пациент — участник ФГД).

По данным Базовой оценки, наиболее распространенными причинами прерывания АРТ являлись:

- побочные эффекты на фоне приема АРВ-препаратов и химические зависимости (употребление наркотических средств или алкоголя);
- нежелание ЛЖВ рассказывать своим родственникам о заболевании и о лечении, что приводит к отказам от АРТ;
- отдаленность и неудобное месторасположение центров СПИДа, необходимость их регулярного посещения для получения АРВ-препаратов, что для ЛЖВ представляется сложным из-за отсутствия средств на проезд.

По результатам финальной оценки, перечень факторов, вследствие которых пациенты прерывают прием препаратов, остался таким же и также включает в себя некоторые другие причины.

- улучшение самочувствия;
- личная неорганизованность пациента («забыл»),

— «организационные» сложности с приемом препаратов (необходимость пить их ежедневно в одно и то же время, регулярно ездить за лекарствами в центр СПИДа и т.п.). Чтобы избежать последней сложности, некоторые участники ФГД высказывали пожелание об организации выдачи АРВ-препаратов в поликлинике по месту жительства, а не ездить за ними в СПИД-центр, другие, наоборот, раскритиковали эту идею и сказали, что ходить за АРТ в поликлинику не будут ни при каких обстоятельствах;

— психологические и поведенческие особенности ЛУИН, отсутствие у них мотивации заботиться о своем здоровье;

— определенные жизненные обстоятельства, вследствие которых прием АРТ невозможен без раскрытия ВИЧ-статуса социальному окружению, а раскрытия статуса пациент всячески избегает (например, если девушка выходит замуж и начинает жить вместе с родственниками мужа).

«Например, девушка вышла замуж и не может пить препараты при родственниках. Есть у нас беременные женщины, которые уже родили, живут в семье мужа, муж о статусе знает, а родственники, свекровь не знают. Это тоже является одной из причин, почему человек перестает пить терапию. Мы с такими женщинами стараемся обговаривать все жизненные ситуации, в которые они могут попасть, что она может ответить свекрови или сестре, если сестра не знает» (эксперт-инфекционист).

По словам пациентов — участников ФГД, перебои с АРВ-препаратами иногда бывают, однако являются скорее исключением, чем правилом. В таком случае врачи вынуждены менять пациентам схемы без медицинских показаний. О такой ситуации, которая имела место в начале 2017 года, сообщила только одна из 10 участниц ФГД.

«В этом году не было, а в 2017 году были перебои. Когда препараты вовремя не поступили, мне поменяли схему лечения, потому что не было моих препаратов. Через три недели они [препараты] пришли, и меня снова вернули на прежнюю схему, так как новую я не смогла пить» (пациентка — участница ФГД).

Пациенты сообщили, что за последние пару лет они не сталкивались с проблемами в доступе к необходимым диагностическим услугам, включая анализы на CD4 и вирусную нагрузку, хотя указывали, что раньше такие проблемы были.

«В городском СПИД-центре почти всегда можно сдать [анализы], в течение месяца все решается. А в областной ситуация другая. Я 1 год и 8 месяцев не мог сдать, хотя сейчас вроде и там все нормализовалось» (пациент — участник ФГД).

Участники ФГД говорили о том, что в силу нехватки врачей в центре СПИДа и их большой загруженности (нагрузка на врачей существенно возросла после внесения изменений в протокол и назначения АРТ всем пациентам непосредственно после постановки диагноза) у пациента не всегда есть возможность обстоятельно побеседовать с врачом, получить детальные разъяснения по всем интересующим вопросам.

«В СПИД-центре на пять участков — только два врача. На каждом участке до 500 человек, поэтому врачи не успевают всех охватить консультацией» (пациент — участник ФГД).

При этом речь идет именно о недостатке времени на детальное консультирование, а не о плохом отношении врачей. Отношение врачей-инфекционистов как в центре СПИДа, так и в других медучреждениях (например, в исправительных учреждениях) все участники ФГД характеризовали как «хорошее» / «очень хорошее».

«Отношение врачей мне нравится. В такой специализированной клинике ко мне обращаются по имени. Доверительные отношения с врачом в СПИД-центре. В закрытом обществе — открытое отношение» (пациент — участник ФГД).

«В закрытом [исправительном] учреждении врачи тоже с душой относятся. Врач-инфекционист за меня искренне переживала, как за родного человека. Доставала мне даже витамины, хотя нам было положено только АРТ. Благодаря её поддержке у меня ещё нормально сохранился иммунитет» (пациент — участник ФГД).

Барьеры к достижению вирусной супрессии:

- проблемы с приверженностью, прерывание лечения вследствие побочных эффектов, личностных особенностей (например, ЛУИН) и жизненных обстоятельств пациента;
- недостаточный доступ к ОЗТ для ЛУИН, получающих АРТ;
- недостаточное развитие интегрированных услуг.

Таким образом, по результатам финальной оценки перечень барьеров к достижению вирусной супрессии несколько сократился по сравнению с результатами базового исследования. В частности, в 2016 г. в перечне барьеров фигурировали проблемы с доступом пациентов к исследованиям на ВН, а сейчас ситуация в этой сфере улучшилась.

РАЗДЕЛ 4. УЧАСТИЕ ПРОЕКТА «ПАРТНЕРСТВО» В РЕАЛИЗАЦИИ ОТВЕТА СТРАНЫ НА ЭПИДЕМИЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ/СПИДА

- В 2017–2018 гг. были приняты законодательные и нормативные акты, в разработке и адвокации которых принимали участие организации — члены консорциума ОЮЛ «Казахстанский Союз Людей, Живущих с ВИЧ», ОО «Human Health Institute», ОО «Амелия»:

- приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 14.04.2017 № 164 «Дорожная карта реализации мер по предотвращению ВИЧ-инфекции в Республике Казахстан на 2017–2020 годы»;

- клинические протоколы диагностики и лечения ВИЧ-инфекции у взрослых (одобрен Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения и социального развития, протокол № 21 от 12.05.2017) и детей (одобрен Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения и социального развития, протокол № 24 от 29.06.17 г.). Данные протоколы соответствуют рекомендациям ВОЗ «Тестируй — лечи»;
 - документация для внедрения механизма социального заказа через ВИЧ-сервисные НПО (техническое задание, квалификационные требования (должностные инструкции) соцработников и равных консультантов для ЛЖВ, аутрич-работников среди ЛУИН, МСМ, СР).
 - Организациями — членами консорциума разработаны и опубликованы методические рекомендации и пособия:
 - Методическое руководство для НПО по стандартам оказания услуг по приверженности к АРВ-лечению в ключевых группах;
 - Руководство по применению Комплексного пакета услуг по профилактике ВИЧ среди МСМ в Республике Казахстан;
 - Методическое пособие для сотрудников ВИЧ-сервисных организаций, работающих в сфере профилактики, ухода и поддержки с сообществом секс-работников.
- Благодаря проекту «Партнерство» получены два государственных социальных заказа для НПО.

РАЗДЕЛ 5. РЕКОМЕНДУЕМЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ АДВОКАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- Создание условий и формирование эффективной системы социального сопровождения представителей КГН для прохождения тестирования на ВИЧ и своевременного охвата медицинскими услугами лиц с позитивным результатом тестирования на ВИЧ.
- Мотивация представителей КГН к получению медицинской помощи, для борьбы со стигмой и самостигмой.
- Расширение доступа к ОЗТ как методу формирования приверженности ЛЖВ/ЛУИН к медицинским услугам и к АРТ.
- Создание и обеспечение эффективного функционирования системы предоставления интегрированных услуг и системы социального сопровождения для пациентов с двойной/тройной проблемами (ВИЧ/ТБ, ВИЧ/ТБ/ЛУИН) с целью обеспечения своевременной диагностики, профилактики и лечения, а также снижения риска отрывов от лечения.

ИСТОЧНИКИ

1. Официальный сайт Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИДом. URL: <http://www.rcaids.kz>.
2. Отчет о деятельности службы СПИДа за 2017 год. URL: <http://www.rcaids.kz/files/00004177.pdf>.
3. Национальный доклад о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД. URL: <http://www.rcaids.kz/files/00003162.pdf>.
4. Country factsheets. Kazakhstan 2017. URL: <http://aidsinfo.unaids.org>.
5. Клинический протокол диагностики и лечения ВИЧ-инфекции у взрослых. URL: <https://diseases.medelement.com/disease/вич-инфекция-у-взрослых-2017/15035>.
6. Приказ Министерства здравоохранения от 29.08.2017 № 666 «Об утверждении Перечня лекарственных средств и изделий медицинского назначения для обеспечения граждан в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования, в том числе отдельных категорий граждан с определенными заболеваниями (состояниями) бесплатными и (или) льготными лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и специализированными лечебными продуктами на амбулаторном уровне». URL: http://pharmnews.kz/upload/files/71095_616897_12.pdf.
7. Сайт ОЮЛ «Казахстанский Союз Людей, Живущих с ВИЧ». URL: <http://plwh.kz/>

КЫРГЫЗСКАЯ РЕСПУБЛИКА

РАЗДЕЛ 1. ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Кыргызская республика (КР) в данный момент находится на концентрированной стадии эпидемии ВИЧ-инфекции/СПИДа, которая характеризуется преимущественным распространением ВИЧ-инфекции среди КГН (ЛУИН, МСМ и заключенных) [1]. Однако, по словам экспертов, наблюдается тенденция к выходу ВИЧ-инфекции за пределы уязвимых групп.

«Сейчас нас всех беспокоит, что большая часть выявленных пациентов не являются представителями каких-либо КГН. Это значит, что постепенно эпидемия переходит на общее население... Среди пациентов, выявленных за 2016–2018 гг., максимум 30% составляют представители КГН, а остальная часть людей — из общего населения» (эксперт-инфекционист).

Кыргызстан относится к числу стран со сравнительно низким уровнем распространения ВИЧ-инфекции. Заболеваемость ВИЧ-инфекцией в течение ряда лет, начиная с 2008 г., сохраняется на уровне 10–12 случаев на 100 тыс. населения, что является самым низким показателем в регионе СНГ, кроме Армении и Азербайджана [1].

Согласно официальным данным, по состоянию на 01.06.2018 в Кыргызстане кумулятивно были зарегистрированы 8 323 случая ВИЧ-инфекции, в том числе среди граждан КР — 7 883 случая [2]. Уровень распространенности ВИЧ-инфекции среди населения в возрасте 15–49 лет составляет, по оценкам ЮНЭЙДС, 0,2% [8].

Количество ежегодно регистрируемых случаев ВИЧ-инфекции в последние годы демонстрирует тенденцию к возрастанию [2] (Рис. 7).

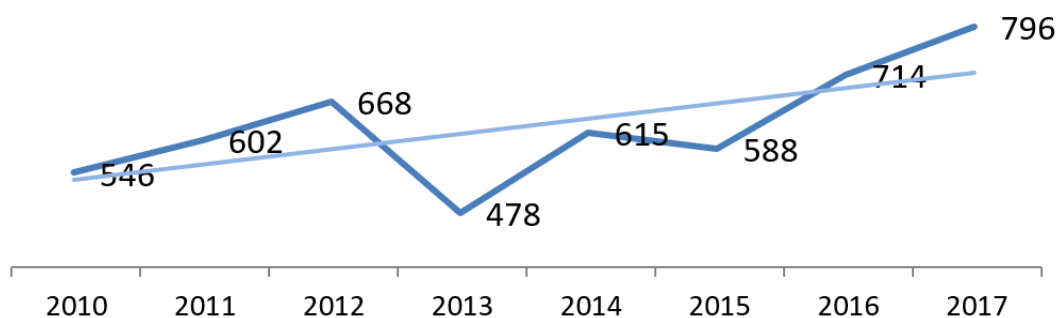


Рисунок.7. Динамика выявления ВИЧ-инфекции среди граждан Кыргызской Республики (в т.ч. среди детей), 2010–2017 гг.

В то же время, по последним расчетам, сделанным с помощью программы «Спектрум» (ЮНЭЙДС), в Кыргызстане наметилась стабилизация эпидемии [1].

Наибольшее число новых случаев ВИЧ-инфекции регистрируется в Чуйской области (29,3 на 100 тыс. населения в 2016 г.), а также в городах республиканского значения Ош (19 на 100 тыс. населения) и Бишкек (13,3 на 100 тыс. населения). Средний показатель новых случаев по стране составил 11,7 на 100 тыс. населения [1].

Основное бремя эпидемии приходится на граждан репродуктивного и трудоспособного возраста. По официальным данным, в течение 2017 г. были зарегистрированы 796 новых случаев ВИЧ-инфекции среди граждан КР. При этом 61% случаев приходится на возрастную группу 30–49 лет, 23% — на молодежь в возрасте 20–29 лет, 11% — на людей в возрасте 50 лет и старше, и около 5% — на детей и молодежь в возрасте до 19 лет [2].

Почти две трети зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции (65%, или 5 104 чел.), составляют мужчины, остальные (35%, или 2 779 чел.) — женщины (в 2014 г. удельный вес женщин составлял 43,7%) [2].

Согласно официальным данным, доля ЛУИН среди официально зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции составляет 42% (или 3 500 случаев из 8 323) [2]; в 2014 г., по данным Базовой оценки, — 28,6%.

До 2011 г. включительно в КР доминировал инъекционный (при внутривенном употреблении наркотиков) путь передачи ВИЧ. В 2012 г. произошла смена путей передачи ВИЧ и начал доминировать половой путь. Из 796 новых случаев ВИЧ-инфекции среди граждан КР, зарегистрированных в 2017 г., 57% (452 случая) приходилось на гетеросексуальный путь передачи, 24% (189 случаев) — на парентеральный (при употреблении наркотиков) (по данным Базовой оценки, в 2014 г. соотношение пролового и парентерального путей передачи составляло 62,3% к 28,6%); примерно в 5% случаев (42 чел.) имел место гомосексуальный путь передачи ВИЧ, в 2% случаев (15 чел.) — передача ВИЧ от матери к ребенку и в 1,5% (12 чел.) — передача ВИЧ при медицинских или косметологических манипуляциях с использованием нестерильного инструментария. В 11% случаев (86 чел.) путь инфицирования установить не удалось [2].

Эксперты также подтвердили тенденцию к уменьшению доли инъекционного пути передачи ВИЧ, связывая ее с эффективной работой программ снижения вреда среди ЛУИН.

«Если на начальном этапе развития эпидемии ЛУИН составляли 95–99% из всех ВИЧ-положительных, то сейчас регистрация [новых случаев ВИЧ-инфекции] среди ЛУИН с каждым годом снижается. Думаю, что влияют программы снижения вреда» (эксперт-нарколог).

РАЗДЕЛ 2. АНАЛИЗ КАСКАДА ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Согласно официальным данным, оценочное число ЛЖВ в 2017 г. составляло 8 500 чел. [10]. По данным Республиканского центра СПИДа, на 31.12.2017 в стране проживало 5 805 ЛЖВ, знающих свой ВИЧ-статус, АРТ получали 3 453 чел., 2 167 чел. достигли вирусной супрессии (Рис. 8).

Иными словами:

- знали свой ВИЧ-статус 68% от оценочного числа ЛЖВ;
- получали АРТ 41% от оценочного числа ЛЖВ (59% знающих свой ВИЧ-статус);
- неопределяемую вирусную нагрузку имели 25% от оценочного числа ЛЖВ, или 58% ЛЖВ на АРТ.

Таким образом, в Кыргызстане есть определенные сложности с достижением целей «90–90–90» на каждом из этапов каскада ВИЧ-услуг, включая выявление ВИЧ-инфекции (актуальный показатель — 68%), охват АРТ (актуальный показатель — 59%) и достижение вирусной супрессии (актуальный показатель — 58%).

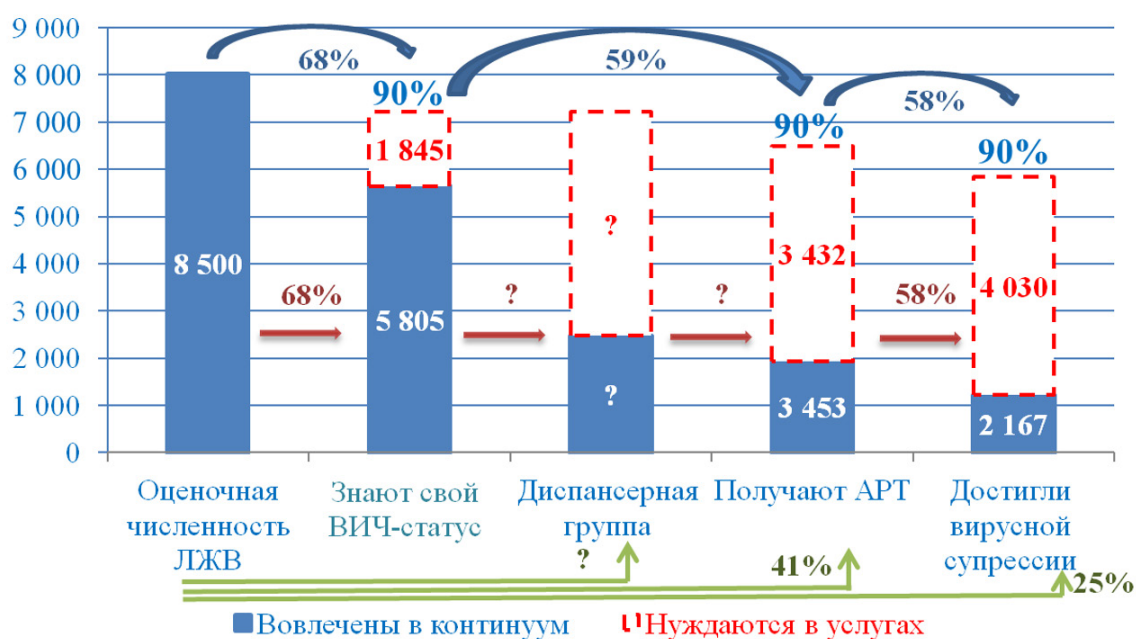


Рисунок 8. Каскад ВИЧ-услуг, Кыргызская Республика, 2017 г.

По данным Базовой оценки (2014 г.), свой ВИЧ-статус знали 70% от оценочной численности ЛЖВ, на диспансерном учете состоял 31% от оценочной численности ЛЖВ (или 44% от числа знающих свой ВИЧ-статус), АРТ получали 24% от оценочной численности ЛЖВ (34% пациентов, знающих свой ВИЧ-статус). Вирусной супрессии достигли 15% от оценочного числа ЛЖВ, или 63% от числа получающих АРТ (Рис. 9).

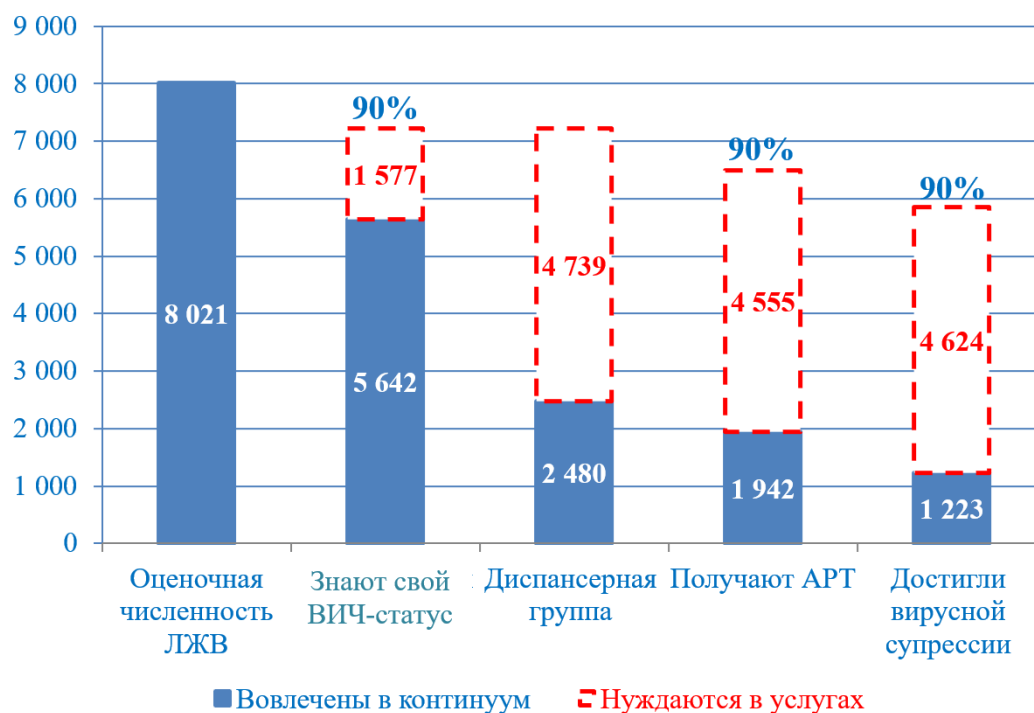


Рисунок 9. Каскад ВИЧ-услуг, Кыргызская Республика, 2014 г.

Таким образом, при сравнении данных 2017 и 2014 гг. наблюдается существенное улучшение в достижении второй цели «90» (с 34% до 59%); в отношении первой и третьей целей «90» показатели несколько ухудшились (Рис. 10).

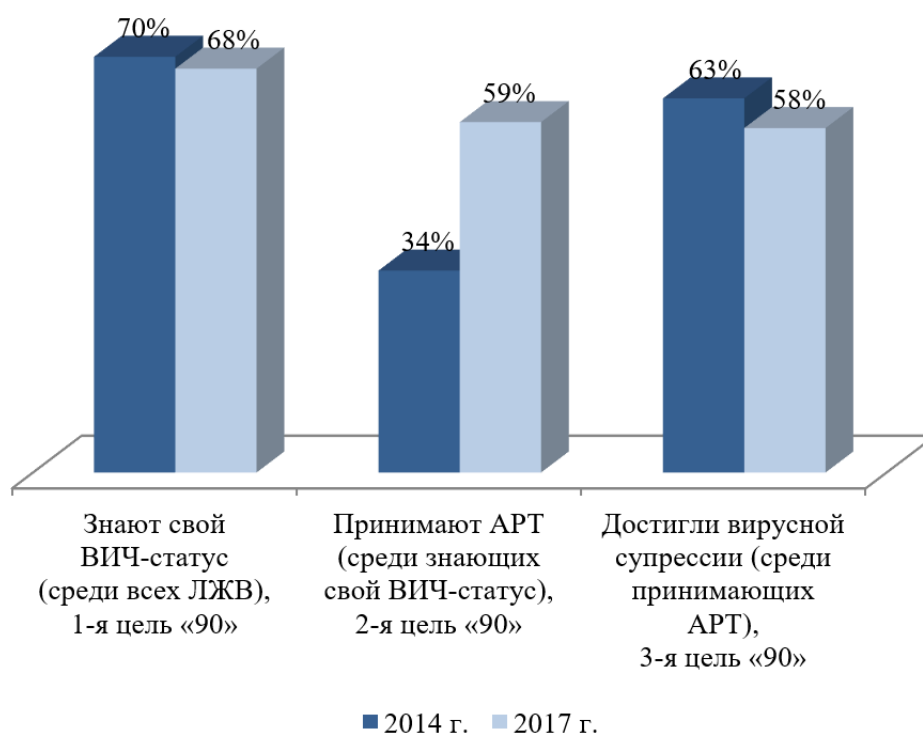


Рисунок 10. Каскад ВИЧ-услуг в соотнесении с целями ЮНЭЙДС «90-90-90», Кыргызская Республика, 2014 и 2017 гг., %

РАЗДЕЛ 3. АНАЛИЗ ДОСТУПА И ОПРЕДЕЛЕНИЕ БАРЬЕРОВ К УСЛУГАМ НЕПРЕРЫВНОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ЛЖВ И КГН

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

В целом законодательство Кыргызской Республики обеспечивает права ЛЖВ и ключевых групп населения. В то же время продолжается совершенствование нормативно-правовой базы в сфере противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции.

В 2017 г. был принят новый закон «О государственном социальном заказе» [7]. В июне 2018 г. были разработаны, переданы на общественное обсуждение и утверждение «Программа государственного социального заказа в области здравоохранения Кыргызской Республики на 2018–2023 гг.» и «Стандарты услуг для КГН в рамках государственного социального заказа в Кыргызской Республике» [6].

При Координационном совете по общественному здравоохранению при Правительстве Кыргызской Республики функционирует Комитет по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией (ранее — Страновой координационный комитет по борьбе с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией при Правительстве Кыргызской Республики). Задача Комитета заключается в координации взаимодействия различных партнеров в сфере противодействия эпидемии: Жогорку Кенеша (парламента), Правительства, министерств и ведомств, а также сообщества ЛЖВ, представителей гражданского общества, международных донорских организаций и технических агентств развития [1].

В стране функционирует служба СПИДа, которая включает в себя Республиканский центр СПИДа (находится в Бишкеке), 7 областных центров СПИДа (по одному в каждой области) и городской центр профилактики и борьбы со СПИДом (г. Бишкек).

Начиная с 1997 г., в стране были реализованы четыре национальных программы по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции. Сейчас в КР реализуется уже пятая — Программа Правительства Кыргызской Республики по преодолению ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике на 2017–2021 гг., направленная на достижение целей «90–90–90». В частности, данной программой предусматривается государственный социальный заказ на услуги в сфере противодействия ВИЧ-инфекции, а также лечение вирусного гепатита С для ЛЖВ [4].

В течение длительного времени основные затраты на профилактические программы для ключевых групп населения, диагностику и лечение ВИЧ-инфекции в КР покрывались за счет международной финансовой помощи. Однако с приобретением в 2014 г. статуса страны с уровнем дохода ниже среднего объем помощи был сокращен, в первую очередь, со стороны Глобального фонда, который на протяжении более 10 лет являлся основным донором.

На 2016–2017 гг. Глобальным фондом поддержана заявка Кыргызской Республики и выделены на программы по ВИЧ-инфекции и туберкулезу 23,5 млн. долларов,

но с обязательным условием увеличения доли государственного финансирования и оптимизации расходов финансирования в части управления [1].

По состоянию на 2017 г. вклад государства составлял только 24% от общего объема финансирования на цели противодействия эпидемии, причем эти деньги шли в основном на фонд заработной платы и инфраструктуру системы здравоохранения. Основным донором оставался Глобальный фонд, который покрывал 48% бюджета Государственной программы противодействия ВИЧ-инфекции. Все программы профилактики и лечения покрывались донорами (помимо Глобального фонда, Чрезвычайный план Президента США по борьбе со СПИДом (PEPFAR), Российская Федерация, учреждения ООН) [1].

Начиная с 2021 г., Кыргызская Республика должна обеспечить полный объем финансирования всех программ из собственных средств. В этой связи Министерством здравоохранения предложена «дорожная карта» по переходу на государственное финансирование (была включена в Государственную программу по ВИЧ на 2017–2021 гг.), которая позволит осуществить наиболее безболезненный переход к государственному финансированию всего объема мероприятий по противодействию распространения эпидемии ВИЧ в Кыргызской Республике [4].

В 2017 г. из государственного бюджета было выделено дополнительное финансирование в размере 300 тыс. долларов на лечение ВИЧ-инфекции. В 2018 г. сумма дополнительного финансирования службы СПИДа (диагностические тесты, лечение оппортунистических инфекций, лечение гепатита С) составила 620 тыс. долларов. В 2019 г. предполагается закупка 20% от необходимого количества АРВ-препаратов за счет средств республиканского бюджета.

Министерство здравоохранения перешло на программный бюджет, была определена отдельная программа по ВИЧ, которая позволяет отследить расходование средств на противодействие эпидемии [5]. Страна получила поддержку от Российской Федерации на улучшение оснащения лабораторий, подготовку кадров и другие цели. В частности, были получены 4 мобильных клиники для работы в отдаленных регионах [1].

3.1. ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

По данным официальной статистики и биоповеденческих исследований, уровень распространения ВИЧ-инфекции среди КГН составляет:

- ЛУИН — 12,4% (данные 2013 г.; по данным ЮНЭЙДС за 2017 г. — 14,3%);
- MSM — 6,3% (данные 2013 г.);
- СР — 2,0% (данные 2016 г.) [8].

По оценкам ЮНЭЙДС, оценочное число ЛУИН в Кыргызстане достигает 25 000 чел., MSM — 22 000 чел., СР — 7 100 чел. [8]. Согласно официальным данным, около 60% секс-работников охвачены профилактическими программами [1].

Среди **МСМ** охват профилактическими программами составляет 37,8%, уровень пользования презервативами — 81,1% (данные 2016 г.).

Среди **СР** свой ВИЧ-статус знают 57,5% (данные ЮНЭЙДС, 2016 г.), уровень пользования презервативами — 90,5% (данные 2013 г.).

По данным ЮНЭЙДС, охват **ЛУИН** профилактическими программами составляет 40,4% (по официальным данным — около 60% [1]), уровень пользования презервативами — 58,8%, уровень безопасных инъекционных практик — 80,9%; показатель распространения чистых игл и шприцев на одного ЛУИН — 224 единицы (данные 2017 г.) [8].

Программами ОЗТ охвачены 4,9% ЛУИН (данные ЮНЭЙДС, 2017 г.). По информации, озвученной программным координатором Общественного фонда «Альтернатива в наркологии»⁷ Георгием Кавтарадзе, за период деятельности программы ЗПТ в Кыргызстане (начиная с 2002 г.) через нее прошло примерно 6 тыс. человек. В настоящее время ОЗТ получают более 1 тыс. человек [9]. По информации представителей сообщества, в 2017 г. в стране насчитывалось 32 сайта ЗПТ, 30 из которых реально функционировали и предоставляли услуги 1 232 ЛУИН.

При этом ЗПТ предоставляется в учреждениях исправительной системы (по данным интервью с экспертом-инфекционистом). Указанную информацию подтвердил и эксперт-нарколог в ходе глубинного интервью.

«На сегодняшний день сайты ОЗТ есть в г. Бишкек (5), в Чуйской области (7), в г. Ош (4), в Ошской области (3), в Джалал-Абадской области (1), в Баткенской области (1) и в пениitenciарной системе в 10 учреждениях. Сайты работают при организациях системы здравоохранения и в исправительных учреждениях пениitenciарной системы... Получают терапию около 1 300 человек» (эксперт-нарколог).

По его словам, ЗПТ практически недоступна пациентам в регионах с небольшим количеством ЛУИН, которые в ней нуждаются. В остальных же регионах объективных ограничений нет, главным барьером является нежелание самих пациентов становиться участниками программы, в т.ч. из-за распространенных среди них мифов, недостатка объективной информации.

«Изначально... было всего два сайта. Потом программу расширяли по тем областям, где было наибольшее скопление ЛУИН: Бишкек, Чуйская область, Ош, Ошская область, Джалал-Абад. Сейчас там, где больше всего наркопотребителей, сайты есть. В некоторых районах есть, конечно, единичные больные, но экономически нереально открывать пункт для 3–4 человек... Я не помню, чтобы за время моей работы мы кому-то отказали в участии в программе... Чтобы стать клиентом и войти в программу, потребуется несколько часов:

⁷ Организация, созданная в 2009 г. и ориентированная на улучшение качества жизни участников программы ОЗТ с целью их реинтеграции в общественную жизнь страны

пациент приходит, пишет заявление, с ним беседует врач, ему ставят диагноз и тут же принимают в программу. Нужно только желание самого клиента... Среди ЛУИН ходит много недостоверной информации, что после метадона ломка сильнее, чем после опиатов, и так далее» (эксперт-нарколог).

По мнению экспертов (инфекциониста и представителя НПО), в последнее время доступность профилактических услуг для ЛУИН и MSM возросла как результат деятельности проекта «Флагман», финансируемого Агентством США по международному развитию (USAID), работа которого ориентирована на указанные группы.

По словам экспертов, важными проблемами в сфере профилактики ВИЧ-инфекции являются следующие.

1) Неравномерное распределение профилактических программ по регионам страны.

«Мы, доноры и НПО, по-прежнему работаем в городе Бишкек, в Чуйской области, Оше. А такие области, как Баткен, Иссык-Куль, Нарын, Талас, у нас еще не охвачены целиком, там работа идет слабо. Если в центре мы эпидемию ликвидируем, что-то делаем, то там недостаточно ресурсов, недостаточно сил» (эксперт — представитель НПО).

2) Уменьшение объемов профилактических интервенций вследствие уменьшения донорского финансирования профилактических программ и практически полного отсутствия государственного финансирования на эти цели.

«Если говорить о доступе к услугам ЛУИН, то в связи с сокращением донорских средств объемы предоставляемых услуг стали сокращаться» (эксперт — представитель НПО).

«На данный момент денег не дают. Закон о госзаказе у нас принят, идут разговоры о выделении финансирования, но средств заложено очень мало. Этого не хватит покрыть все потребности ключевых групп, даже те услуги, которые мы сейчас предоставляем, мы не сможем покрыть» (эксперт — представитель НПО).

«В связи с сокращением донорских средств программы профилактики тоже сократились. В некоторых регионах, где большие расстояния, наши клиенты не поедут за услугами. Соответственно, снижается эффективность работы» (эксперт-инфекционист).

«Сейчас государство финансирует только программы по лечению. То есть деньги в основном уходят на заработные платы сотрудникам, закупку тест-систем и препаратов для лечения оппортунистических инфекций. А на профилактические программы денег не выделяется. [Их финансируют] только доноры» (эксперт-инфекционист).

3) Ухудшение доступа к КГН (особенно к СР, MSM и трансгендерам) вследствие того, что на государственном уровне периодически поднимаются вопросы ужесточения законодательства по отношению к этим группам.

«Из-за того что муссируется закон о секс-работе, все секс-работницы сейчас ушли в подполье, соответственно, у нас нет доступа к этой группе... Тот закон о гей-пропаганде, который пока еще лежит в Жогорку Кенеше, сделал так, что МСМ и трансгендеры тоже ушли в подполье, поэтому я не могу сказать, что мы обеспечиваем целевые группы необходимыми услугами на должном уровне» (эксперт — представитель НПО).

«В 2016–2017 году были проблемы на законодательном уровне, со стороны правоохранительных органов. Были рейды, и данная группа [СР] ушла в подполье, соответственно, они не были доступны для профилактических программ» (эксперт-инфекционист).

4) Прессинг со стороны правоохранительных органов, религиозных и националистических группировок по отношению к КГН также стимулирует их закрытость и ухудшает доступ к ним.

«Эти две группы [СР и МСМ] сейчас под прессингом милиции и националистических групп. Не секрет, что в Балыкчах была закрыта организация, работающая с секс-работницами, как раз из-за деятельности религиозных и националистических группировок. Работа становится сложнее, особенно в регионах, и здесь надо какие-то меры предпринимать. Если говорить о ЛУ-ИНах, они всегда находились под давлением силовых структур» (эксперт — представитель НПО).

5) Неурегулированность на законодательном уровне вопроса профилактической работы с мигрантами, в частности, отсутствие упоминания об этой целевой группе в Государственной программе. При этом проблема ВИЧ-инфекции среди трудовых мигрантов, выезжающих на работу в Российскую Федерацию или Казахстан, является актуальной.

«Мигрантами вообще не занимаемся, никакой даже нет схемы, алгоритма работы с мигрантами, и это тоже настораживает» (эксперт — представитель НПО).

«После того как мы вошли в Евразийскую зону, много наших сограждан уезжает на работу в Российскую Федерацию, Казахстан. Многие наши граждане выезжают для работы именно в те регионы РФ, где большая распространенность ВИЧ-инфекции, генерализованная стадия. Они теперь не считаются мигрантами. Они просто работники. И среди этих групп тоже в последнее время очень много выявляется ВИЧ-инфекции, среди женщин, чьи половые партнеры за последнее время побывали на заработках за пределами страны. Пока у нас конкретно для мигрантов нет каких-либо профилактических программ, не было проведено никакого исследования» (эксперт-инфекционист).

6) Стигма и дискриминация по отношению к КГН, особенно СР и МСМ.

7) Отсутствие профилактической работы с общим населением, потребность в которой актуализируется в связи с доминированием полового пути ВИЧ-инфицирования.

«Среди общего населения уровень знаний [о ВИЧ-инфекции] остается нулевым, никаких роликов или информации по государственным каналам и в других СМИ нет. Чисто с экономической точки зрения презервативы стали дешевле в связи с инфляцией, но при этом нет культуры их использования» (эксперт — представитель НПО).

«Все профилактические программы на 90% финансируются донорами. Соответственно, финансирование выделяется только на ключевые группы. На мероприятия, направленные на общее население, у нас средств нет. Мероприятия проводятся, но в очень маленьком масштабе и очень редко, в основном к 1 декабря... Даже по центральным каналам, в СМИ нет никакой информации» (эксперт-инфекционист).

3.2. КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ И ТЕСТИРОВАНИЕ НА ВИЧ

В 2017 г. были протестированы на наличие ВИЧ 418 806 чел. [2], то есть охват тестированием составил около 6,5% населения страны (6 256 700 чел. на 31.12.2017, по данным Национального статистического комитета). В 2014 г., по данным Базовой оценки, тестированием были охвачены 436 347 граждан страны, или 7,5% ее населения.

Согласно законодательству Кыргызской Республики, обязательное тестирование на ВИЧ предусмотрено для доноров крови, биологических жидкостей, органов и тканей; для иностранных граждан и лиц без гражданства, в случаях, предусмотренных международными договорами; а также для представителей некоторых профессий. Тестирование на ВИЧ для всех категорий населения проводится бесплатно (это подтвердили и участники ФГД).

Результаты финальной оценки свидетельствуют о преодолении одного из барьеров на этапе постановки диагноза «ВИЧ-инфекция», который был выделен в ходе Базовой оценки: в КР был оптимизирован алгоритм проведения тестирования на ВИЧ, что позволило сократить сроки постановки диагноза ВИЧ с 6–8 недель до 1–2 недель [1].

«[Раньше] диагноз «ВИЧ» подтверждали только в двух организациях: в Южном регионе — в Ошском областном центре СПИДа и в референс-лаборатории Республиканского центра СПИДа. Сейчас подтверждение ВИЧ-инфекции делается во всех областях на уровне областных центров СПИДа. Это намного сокращает время... Были изменены нормативные документы, пересмотрены алгоритмы тестирования, сокращены сроки проведения тестирования. Если раньше тестирование занимало от 2 до 4–6 недель, то сейчас — от 1 дня до 1 недели, максимум 2 недели. Мы отказались от исследования иммуноблотинга. Многие могут получить результаты в течение 1–2 дней. Это было сделано для сокращения количества потерянных клиентов и создания условий для работы НПО и государственного сектора» (эксперт-инфекционист).

Участники ФГД, проходившие тестирование в 2013–2015 гг., подтвердили, что получили результат через неделю после тестирования.

«В СПИД-центре из вены брали кровь. И я тоже через неделю результат получила» (пациент — участница ФГД).

Кроме тестирования на базе медицинских учреждений (центров СПИДа, тубдиспансеров, центров первичной медицинской помощи и т.п.), активно используется экспресс-тестирование на ВИЧ, особенно на уровне неправительственных организаций, что дает возможность расширить охват тестированием ключевых групп населения и таким образом повысить эффективность тестирования (выявляемость) [1]. Внедряются быстрые тесты на ВИЧ с использованием слюны и капиллярной крови. Результаты быстрого тестирования засчитываются в качестве первого тестирования для постановки диагноза, что позволяет ускорить этот процесс. Было снято ограничение о необходимости тестирования исключительно на базе медицинского учреждения.

«Первый тест, который проводят НПО, теперь учитывается при постановке диагноза, соответственно, мы можем установить диагноз только одним забором крови. А раньше это проводилось тремя заборами. И исключительно в медицинских учреждениях. НПО тестированием не занимались. Они только направляли и сопровождали на тестирование в медицинские учреждения» (эксперт-инфекционист).

Увеличилось государственное финансирование на закупку тест-систем. Исключение составляют быстрые тесты на основе слюны и капиллярной крови, которые не были зарегистрированы в КР.

«Раньше основная часть расходов покрывалась за счет доноров. Сегодня почти 90% всех тест-систем закупается за счет государственного бюджета. Экспресс-тесты для КГН закупаются через проекты ПРООН и «Флагман». Страна могла бы сама закупать экспресс-тесты, но многие из них (тесты на капиллярной крови, по слюне) не зарегистрированы в стране, и это своего рода препятствие» (эксперт-инфекционист).

Правда, остаются проблемы с доступностью быстрых тестов для всех, кто в них нуждается (как для представителей отдельных КГН, например MSM, так и для общего населения). Сейчас происходит подготовка к внедрению модели самотестирования (по данным интервью с экспертом — представителем НПО).

Увеличивается количество проектов, работающих в сфере профилактики и выявления ВИЧ-инфекции среди КГН и групп-мостиков (например, ICAP занимается выявлением ВИЧ-инфекции среди половых партнеров ЛУИН). По словам экспертов, очень эффективным в плане выявляемости ВИЧ-инфекции среди КГН является реализуемый при поддержке USAID проект «Флагман».

«Мне нравится форма работы, которую применяет проект «Флагман». Да, сам способ работы несколько агрессивен, но там большая выявляемость. Вклад данного проекта в каскад достаточно большой» (эксперт-инфекционист).

В 2015 г., по данным Базовой оценки, тестированием было охвачено 10 750 ЛУИН (43% от оценочной численности), 8 800 МСМ (40% от оценочной численности), 3 969 РС (55,9% от оценочной численности).

По состоянию на 2017 г. в стране эксплуатировались четыре мобильных диагностических центра, полученных от общественного фонда «СПИД Инфо Связь» (Российская Федерация) для обследования населения отдаленных районов [1]. Тестирование на ВИЧ доступно всем пациентам противотуберкулезных учреждений.

По результатам Базовой оценки были выделены следующие барьеры доступа к тестированию:

- низкая мотивация к тестированию среди представителей КГН;
- самостигматизация и страх представителей КГН в отношении последствий от постановки диагноза;
- недостаточный охват ключевых групп услугами НПО;
- длительная процедура проведения подтверждающих исследований;

По данным финальной оценки, преодолен последний из перечисленных барьеров (длительная процедура проведения подтверждающих исследований): срок подтверждения диагноза сократился до 1–2 недель за счет оптимизации алгоритма проведения тестирования; остальные барьеры сохраняют свою актуальность;

По мнению экспертов, проблемы в сфере тестирования на ВИЧ во многом дублируют проблемы в сфере профилактики. В частности, были выделены следующие факторы, ограничивающие доступ к тестированию на ВИЧ всех, кто в нем нуждается (в т.ч. КГН):

- 1) неравномерное распределение НПО и международных проектов по регионам страны;
- 2) ухудшение доступа к КГН (особенно СР и МСМ) вследствие попыток ужесточения законодательства в отношении этих групп;
- 3) отсутствие правового механизма работы с мигрантами;
- 4) стигма и дискриминация по отношению к КГН, особенно СР и МСМ, давление на эти группы со стороны националистических и религиозных группировок;
- 5) давление на ЛУИН со стороны правоохранительных органов;
- 6) отсутствие НПО, международных проектов и/или других структур, занимающихся тестированием общего населения, в частности мотивированием к тестированию, недоступность быстрых тестов для общего населения;
- 7) существование стереотипа о ВИЧ-инфекции как о болезни маргинальных групп, вследствие чего представители общего населения не считают нужным проходить тестирование (по результатам интервью с экспертами: инфекционистом и представителем НПО).

«Для общего населения тестирование всегда было доступно [в медучреждениях]. Но ведь у нас редко кто просто так сам идет и сдает тест на ВИЧ без каких-либо направлений. Все равно у людей отношение к ВИЧ как к заболеванию, связанному с асоциальным поведением. И общее население считает, что ВИЧ их не касается» (эксперт-инфекционист).

3.3. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ

В ходе Базовой оценки в качестве актуальной проблемы указывалась поздняя диагностика ВИЧ-инфекции. По словам экспертов, эта проблема до сих пор не утратила своей остроты.

«К какой бы из групп они ни принадлежали, будь то ключевые группы или общее население, многие пациенты выявляются уже на поздних стадиях (III–IV стадии). Это примерно около 60% случаев» (эксперт-инфекционист).

По данным интервью с экспертами, основными факторами, препятствующими диспансеризации, являются:

- отсутствие у пациентов, особенно из числа КГН, документов, удостоверяющих личность;
- сложные жизненные обстоятельства, а также нежелание пациентов из числа КГН заботиться о своем здоровье, которое не является для них ценностью:

«Для них [КГН] первой заботой является не здоровье. Есть другие проблемы: питание, проживание или наркотики. Если нет достаточного питания, тогда прием лекарственных средств, расходы на транспорт, чтобы добраться до медицинского учреждения, являются большой проблемой» (эксперт-инфекционист);

- нежелание пациентов принимать лекарства, пока они чувствуют себя нормально:

«Пока нет каких-либо симптомов, люди считают, что они здоровы и им нет нужды обращаться [в медучреждение]. Приходят только тогда, когда появляется ухудшение самочувствия, на III–IV стадиях... Они чувствуют, что организм истощен. Они часто болеют разными оппортунистическими заболеваниями, это приводит к обращению в медицинские учреждения» (эксперт-инфекционист);

- боязнь стигмы и дискриминации со стороны медперсонала;
- боязнь разглашения информации о ВИЧ-статусе и, соответственно стигмы и дискриминации со стороны социального окружения:

«Страх того, что о его статусе узнают в обществе, характерен и для ключевых групп, и для общего населения. Из-за этого люди не хотят становиться на диспансерный учет, и пока мы не сломаем стигму и дискриминацию, у нас будет эта проблема [нежелание вставать на учет]» (эксперт — представитель НПО).

«Относительно общего населения: самая главная причина — это стигма и дискриминация. Считается, что ВИЧ — показатель плохого человека или плохого поведения. В связи с этим люди даже боятся приходить в медицинские учреждения, так как боятся, что кто-то узнает, что у них ВИЧ» (эксперт-инфекционист).

Особую проблемную в плане диспансеризации категорию представляют собой мигранты. Специальных программ, ориентированных на предоставление ВИЧ-услуг этой категории пациентов, в КР нет. Обратиться за услугами по лечению в России (а именно туда выезжает большинство трудовых мигрантов) они не могут, т.к. в таком случае им грозит депортация (по данным интервью с экспертом-инфекционистом).

По результатам Базовой оценки были выделены следующие барьеры на этапе диспансеризации:

- низкий уровень социальной адаптации большинства ЛУИН: отсутствие прописки; документов, удостоверяющих личность, постоянного места жительства, работы, перемещение в пределах и за пределами страны;
- недостаточное качество социального сопровождения и механизмов переадресации из НПО в медицинские учреждения, которые оказывают ВИЧ-услуги;
- отсутствие должной мотивации к сохранению собственного здоровья и наличие мифов;
- боязнь стигмы и дискриминации со стороны социального окружения, высокий уровень самостигматизации. Таким образом, перечни барьеров, препятствующих диспансеризации, которые были выделены в ходе базового и финального этапов исследования, в целом совпадают. Барьеры носят субъективный характер (мифы и страхи пациентов, их нежелание заботиться о своем здоровье), а также имеют объективные предпосылки (напр., в отношении трудовых мигрантов, которые выезжают на заработки в другие страны).

3.4. АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ

Закон «О ВИЧ/СПИДе в Кыргызской Республике» и Программа государственных гарантий включают гарантии по бесплатному обеспечению всех нуждающихся антиретровирусной терапией и лечением оппортунистических инфекций. В соответствии со стратегией ЮНЭЙДС «Тестируй и лечись» и рекомендациями ВОЗ, в 2017 г. утвержден новый клинический протокол по лечению ВИЧ, который снимает зависимость назначения терапии от уровня CD-клеток и включает ряд новых препаратов. Все АРВ-препараты, предполагаемые к использованию в новом клиническом протоколе, включены в проект обновленного Перечня жизненно-важных лекарственных средств [12].

За период с 2011 по 2017 гг. количество ЛЖВ, получающих АРТ, увеличилось почти в 15 раз — с 229 до 3 237 чел. [10]. Планируется постепенное увеличение охвата те-

рапией: 2018 г. — 4 373 ЛЖВ на АРТ, 2019 г. — 5 873 чел., 2020 г. — 7 587 чел., что обеспечит 90% от оценочного количества ЛЖВ. Иными словами, охват ЛЖВ на АРТ вырастет к 2020 г. в 2,5 раза от текущего и, соответственно, практически в 3 раза возрастает объем расходов на закупки АРВ-препаратов [12].

Весь объем закупок АРВ-препаратов сей час осуществляется на средства Глобального фонда через ПРООН, который является основным получателем средств ГФ. Планируется, что в 2019 году 20% АРВ-препаратов будет закупаться из средств государственного бюджета, а в 2020 г. — 30%, и далее, в 2021 г., страна перейдет на полный объем закупок из средств республиканского бюджета [12].

«Относительно финансирования со стороны государства, то оно увеличилось. Если в 2015 году выделялись средства только на изделия медицинского назначения — 3 млн. сом (44 тыс. долл.), то в 2016–2017 гг. уже выделялось по 23 млн. сом (300 тыс. долл.), а в 2018 году — уже 43 млн. сом (600 тыс. долл.). В проекте бюджета на 2019–2020 год у нас больше 60 млн. сом (800 тыс. долл.). Мы уже рассчитываем на покрытие расходов на закупку АРВ-препаратов и тест-систем для исследования общего населения и ключевых групп. Если такими темпами будет увеличиваться финансирование со стороны государства, то уже к 2020 году страна сможет полностью взять на себя финансирование программ профилактики и лечения ВИЧ» (эксперт-инфекционист).

Увеличение количества ЛЖВ на АРТ и переход к бюджетному финансированию закупок АРТ требуют создания условий для максимально эффективных закупок, включая улучшение законодательной базы и снижение стоимости препаратов. В стране действует централизованная система закупок лекарственных средств. В 2018 г. был принят новый Перечень жизненно важных лекарственных средств, на основании которого осуществляются закупки медпрепаратов государственными медицинскими учреждениями. В него были включены все АРВ-препараты, рекомендованные ВОЗ, а также лекарства для лечения гепатита С.

«Был пересмотрен ПЖВЛС, куда вошли все новые современные препараты, рекомендованные ВОЗ. В новый протокол вошли препараты, которые сейчас во всем мире применяются: «Долутеграбир», «Атазанавир», «Дарунавир», «Вилпивирин». В нашем протоколе есть все препараты, кроме того, они уже закуплены, они есть у наших пациентов» (эксперт-инфекционист).

Принят закон от 02.08.2017 № 165 «Об обращении лекарственных средств» (с дополнениями и изменениями, внесенными законом от 03.05.2018 № 44), который предусматривает механизм упрощенной регистрации лекарственных средств для лечения социально значимых заболеваний, включая ВИЧ и ТБ [3]. Подготовлено обоснование и подана заявка на включение АРВ-препаратов, не зарегистрированных в КР, в Перечень лекарственных средств, разрешенных к применению без регистрации.

В то же время, по результатам исследования «Анализ закупок антиретровирусных препаратов в Кыргызстане в 2017 году», в существующем законодательстве сохраняется ряд барьеров, создающих риск для беспрепятственного доступа к лечению ВИЧ, среди которых:

- усложненные процедуры регистрации и необходимость оплаты существенных сумм при прохождении регистрации;
- несвоевременное обновление Перечня жизненно-важных лекарственных средств, в связи с отсутствием механизма его принятия в новом законе «Об обращении лекарственных средств» может стать барьером для проведения государственных закупок всего необходимого перечня АРВ-препаратов;
- разная стоимость одинаковых препаратов в разных медицинских учреждениях;
- отсутствие механизмов для осуществления закупок ЛС через международные механизмы [12].

В Кыргызстане уже практически завершилась децентрализация ВИЧ-услуг: услуги по лечению ВИЧ-инфекции (включая назначение и выдачу АРТ) предоставляются в медицинских учреждениях первичного уровня. С одной стороны, благодаря этому повысилась территориальная доступность услуг, с другой стороны — участились случаи стигмы и дискриминации, а также разглашения ВИЧ-статуса со стороны медперсонала, снизилось качество консультирования.

«С 2012 года у нас идет децентрализация услуг. С 2015 года уже практически 80% пациентов получают услуги и АРВ-препараты в организациях первичного уровня через семейных врачей или врачей-инфекционистов. Доступны все услуги по лечению и уходу, назначение и получение АРВ-препаратов, лечение оппортунистических инфекций и дальнейшее ведение, все это проводится на первичке» (эксперт-инфекционист).

«Я считаю, что неправильно было сделано, что передали [ЛЖВ] врачам первички, потому что у них там куча других заболеваний, и у них не хватает ни сил, ни времени, ни знаний для того, чтобы грамотно проконсультировать ЛЖВ. Наши ЛЖВ часто подвергаются стигме, очень часто раскрывают их статус, поэтому многие ЛЖВ стараются попасть на обслуживание в центр СПИДа городского или же республиканского уровня, потому что не хотят «светиться» у себя в районе, у себя в поликлинике» (эксперт — представитель НПО).

Перед началом терапии ЛЖВ проходят обследование, которое предоставляется им бесплатно. Это подтвердили участники ФГД.

«В больнице прошел обследование, все было предоставлено бесплатно» (пациент — участник ФГД).

По их словам, факты перебоев с поставками препаратов АРТ им неизвестны.

«Перебоев с АРТ не было никогда. Приходи, бери и пей. В любое время» (пациент — участник ФГД).

Препараты АРТ выдают из расчета на один месяц. Однако, как сообщили участники ФГД, при необходимости объем препаратов может быть увеличен до шести месяцев.

«Я на месяц получаю. Но если когда надо на больше, говоришь им [врачам], и они дают сколько надо» (пациент — участник ФГД).

«На полгода уезжал в Россию, написал заявление о том, что уезжаю надолго, обязуюсь пить, не пропускать прием, и мне выписали таблетки на полгода» (пациент — участник ФГД).

Один из важных аспектов при приеме АРТ — преодоление побочных эффектов терапии. По словам участников ФГД, страх побочных эффектов может удерживать ЛЖВ от начала АРТ.

«Мне кажется, многие отказываются, потому что есть побочный эффект» (пациент — участник ФГД).

Однако, по словам участников ФГД, для устранения побочных эффектов врачи готовы менять схемы лечения.

«Я пять раз меняла схему, меня тошнило, голова болела, всякое было. Я к врачу прихожу, и она сразу без проблем меняет мне схему. Сейчас у меня уже пятая схема, буду смотреть, надеюсь, эта хорошо пройдет» (пациент — участница ФГД).

«У меня были немного [побочные эффекты]. Но с врачом переговорила, она все объяснила, рассказала. Потом нормально стало. Я перед сном пью [препараты], и мне нормально» (пациент — участница ФГД).

«Я менял два раза: мне с лекарствами от туберкулёза и с лекарствами от ВИЧ тяжело было совмещать, и поэтому приходилось менять» (пациент — участник ФГД).

Некоторые участники ФГД, принимающие АРТ, сообщили о том, что побочных эффектов от приема препаратов у них не было.

«Я не менял схему, побочки не было» (пациент — участник ФГД).

По мнению участников ФГД, ограничений в доступе к АРТ нет ни для общего населения, ни для представителей ключевых групп:

«Всем доступно, мне кажется» (пациент — участник ФГД).

Однако хорошее самочувствие является ложной предпосылкой для уверенности пациентов в том, что принимать АРТ нет необходимости, несмотря на предложение врачей начать АРТ:

«Предлагали, но как-то пока и так не плохо» (пациент — участник ФГД).

«Да они постоянно предлагают. Только я сам не хочу» (пациент — участник ФГД).

«Предлагают. Но я не думал об этом» (пациент — участник ФГД).

«Кому-то это просто не надо пока. Не знаю, что может убедить. Меня пока не убедили еще» (пациент — участник ФГД).

Согласно официальным данным, на 01.06.2018 в КР были кумулятивно зарегистри-

рованы 1 897 случаев коинфекции ВИЧ/ТБ, в частности, в течение 2017 г. выявлены 189 новых случаев коинфекции, а в течение 5 месяцев 2018 г. — 61. Из 189 пациентов с коинфекцией, выявленных в течение 2017 г., лечение ТБ получили 187 чел., не получили — 2. По состоянию на 01.06.2018 кумулятивно на диспансерном учете по поводу ВИЧ/ТБ состояло 205 пациентов, 203 из них получали АРТ. В течение 5 месяцев 2018 г. профилактическое лечение котримоксазолом получил 191 пациент, а профилактическое лечение изониазидом — 314 пациентов [2].

В 2018 г. Республиканским центром СПИДа впервые были закуплены 150 курсов препаратов для лечения гепатита С у ЛЖВ. На 2019 г. запланирована закупка еще 100 курсов для лечения ВГС, что позволит всем ЛЖВ с гепатитом С получить лечение за счет государственного бюджета.

Эксперты выделяли следующие проблемы, вследствие которых пациенты отказываются принимать АРТ:

1) Стигма и дискриминация со стороны персонала, частые случаи нарушения конфиденциальности в медучреждениях первичного уровня, вследствие чего пациенты-ЛЖВ избегают получать услуги, связанные с ВИЧ, чтобы не подвергаться риску разглашения ВИЧ-статуса.

«Даже если препараты доступны на районном уровне, пациенты могут не пойти, так как в маленьких селах все друг друга знают. И они просто боятся стигмы и дискриминации, боятся огласки» (эксперт-инфекционист).

2) Загруженность врачей, отсутствие у них возможности уделять достаточно внимания каждому пациенту, проводить качественное мотивационное консультирование о необходимости приема АРТ. Это связано с тем, что, несмотря на значительное (в несколько раз) увеличение количества пациентов, штатные расписания центров СПИДа не пересматривались.

«Нагрузка увеличивается, соответственно, надо увеличивать количество сотрудников центра СПИДа, а у нас как было 10 лет назад штатное расписание, так оно и осталось, хотя количество ЛЖВ увеличилось в несколько раз» (эксперт — представитель НПО).

3) Неэффективный менеджмент побочных эффектов.

«Побочные эффекты и отсутствие в таких случаях быстрой реакции от врачей: может быть, необходимы какие-то препараты дополнительные или менять нужно схему, но это требует времени. А слухи распространяются: один расскажет, что печень чуть не отвалилась, у другого диарея не останавливается, у третьего — галлюцинации, поэтому ЛЖВ, которые не на АРТ, не хотят ее начинать» (эксперт — представитель НПО).

4) Отсутствие веры в эффективность АРТ, недоверие к препаратам.

«А я не верю этим таблеткам, я считаю, что нас специально пичкают этими таблетками, чтоб быстрее всех убить» (пациент — участник ФГД).

5) Неприятие собственного ВИЧ-статуса и ВИЧ-инфекции как таковой.

«Ну тут еще многое зависит от самого пациента: силой не заставишь принимать человека АРТ, кто-то побочных боится, а кто отрицает сам факт наличия ВИЧ» (пациент — участник ФГД).

«Проблема, наверное, в том, что, например, выявили у человека статус, сказали все, объяснили, а он ушел, не принимает свой статус. Как его заставить?!» (пациент — участник ФГД).

6) Нежелание заботиться о своем здоровье, что особенно характерно для представителей КГН.

«Многие уже плюют на себя, на свою жизнь: «Ну и что, что ВИЧ, по-любому содохну» (эксперт — представитель НПО).

7) Отказ от АРТ по религиозным причинам.

«Многие не пьют [лекарства] из-за религиозных догм, считают, что «это кара за мою прошлую жизнь, я буду принимать это смиренно» (эксперт — представитель НПО).

8) Хорошее самочувствие на ранних стадиях заболевания и нежелание в такой ситуации пить препараты, которые зачастую приводят к побочным эффектам.

«Отсутствуют какие-либо проявления заболевания, пациенты себя хорошо чувствуют. А при начале приема АРТ могут возникать побочные эффекты, вследствие чего терапию прекращают» (эксперт-инфекционист).

9) Жизненные обстоятельства, которые повышают риск разглашения ВИЧ-статуса в процессе приема АРТ и могут спровоцировать стигму и дискриминацию по отношению к ЛЖВ (например, проживание пациента вместе с родственниками и невозможность принимать препараты незаметно для них).

«Есть семейные пары, которые проживают совместно с родителями, и у них просто нет условий для хранения и приема АРВ-препаратов. При этом они боятся раскрытия статуса перед родственниками» (эксперт-инфекционист).

«Люди не хотят принимать АРТ ввиду все той же стигмы и дискриминации. Боятся разглашения статуса, даже не перед общим населением или соседями, а перед своими родственниками и близкими. У нас были случаи, когда родители, узнав про ВИЧ-статус своего взрослого сына, отделяли его в отдельную комнату, выдавали отдельную посуду, так как боялись, что он заразит детей, которые проживали в доме» (эксперт-инфекционист).

По результатам Базовой оценки были выделены следующие барьеры доступа к АРТ:

- дефицит знаний пациентов о возможности получения бесплатного лечения;
- перебои в поставках АРВ-препаратов;
- отсутствие налаженной системы предоставления комплексной медицинской помощи пациентам с коинфекцией ВИЧ/ТБ: АРВ-препараты не доступны в противотуберкулезных учреждениях, а противотуберкулезные препараты — в учреждениях, предоставляющих медпомощь ЛЖВ.

По результатам финальной оценки один барьер — нерегулярные поставки АРВ-препаратов — подтверждения не получил. Также за период после Базовой оценки было снято главное объективное ограничение при назначении АРТ — отменена норма о назначении АРТ только пациентам с количеством клеток CD4 менее 500 кл./мкл. Таким образом, большинство барьеров носят субъективный характер и связаны со страхами, предрассудками и недостатком объективной информации у пациентов (например, страхом стигмы и дискриминации, боязнью побочных эффектов от АРВ-препаратов и т.п.).

3.5. ДОСТИЖЕНИЕ ВИРУСНОЙ СУПРЕССИИ

По результатам Базовой оценки были выделены следующие барьеры к достижению вирусной супрессии:

- низкая приверженность пациентов (в частности ЛУИН) к лечению;
- проблемы менеджмента побочных эффектов АРТ.

Проблема отказа пациентов с диагнозом «ВИЧ-инфекция» от приема АРТ и отрыва от лечения остается актуальной. Так, по официальным данным, в течение апреля 2018 г. были взяты на АРТ 62 пациента, 14 пациентов — повторно, а 47 ЛЖВ отказались от АРВ-лечения [2].

По данным 2017 г., удержание на лечении в течение 12 месяцев составляло около 79%, а эффективность лечения, то есть подавление вирусной нагрузки, — около 58% [1].

Как свидетельствуют результаты оценки барьеров для расширения охвата лечением ВИЧ, проведенной в Кыргызстане в 2017 г., только 22–24% ЛЖВ из числа принимающих АРВ-терапию имели приверженность выше 95%. Около 50% пациентов, получающих АРВ-терапию, 60% из которых — ЛУИН, не принимали препараты на постоянной основе. То есть даже своевременно получая АРВ-препараты, пациенты не принимают их, тем самым формируя резистентность вируса. По результатам данного исследования была сформирована рабочая группа по разработке Национального плана по повышению приверженности.

Прерывание лечения может иметь следующие группы причин:

1. Причины, обусловленные работой специалистов (недостаточное консультирование и информирование со стороны медицинских специалистов, отсутствие препаратов во время поездок; неудобное время приема специалистов, очереди на прием к врачу; низкий охват услугами патронажных медсестер; отсутствие общественной поддержки и т.д.).
2. Самочувствие пациентов (побочные эффекты; проблемы с психическим здоровьем, серьезные проблемы и кризисы, депрессивные состояния).
3. Социальные факторы (наличие проблем с жильем; удаленное проживание от места получения АРТ; легкость протекания болезни в I–II стадиях и при отсутствии оппортунистических инфекций).

4. Поведенческие факторы (нестабильный образ жизни вследствие употребления ПАВ, наркотиков и алкоголя; личное решение пациента) [11].

Эксперты также подтверждают актуальность проблемы приверженности. В частности, распространена практика, когда пациенты получают АРВ-препараты, но не принимают их.

«Люди могут быть просто в состоянии аффекта от того, что у них обнаружили ВИЧ, и в порыве таком начать АРТ, а потом бросить ее. Нужно, чтобы были сильные консультанты, которые вели бы таких пациентов какое-то время, чтобы они привыкли к АРТ» (эксперт — представитель НПО).

«У нас есть проблема. В проекте Глобального фонда были выплаты за приверженность, поэтому, по рассказам ЛЖВ, они ходили в центр СПИДа, брали препараты, но при этом не пили их, потому что никто не отслеживал, а пьют ли они эти препараты. Сейчас в проекте Глобального фонда этих выплат уже нет» (эксперт — представитель НПО).

По словам экспертов, перебоев с АРВ-препаратами в КР нет. Объективные барьеры для достижения вирусной супрессии практически отсутствуют. Большинство препятствий носят субъективный характер.

Так, основными причинами прерывания лечения являются организационные сложности при приеме препаратов (необходимость пить их ежедневно в течение всей жизни), улучшение самочувствия после определенного периода приема препаратов, либо, наоборот, проявление побочных эффектов. Также актуальной причиной является страх перед раскрытием ВИЧ-статуса и спровоцированной им стигмой и дискриминацией со стороны социального окружения.

«Многие пациенты при назначении АРТ могут быть не готовы к пожизненному приему препаратов. И вообще прием препаратов по режиму достаточно трудно воспринимается. В связи с этим многие забывают, часто пропускают, а если еще и хорошо себя чувствуют, то часто бросают прием препаратов» (эксперт-инфекционист).

Актуальной проблемой является лечение трудовых мигрантов, выезжающих на заработки в РФ и другие страны.

«Мигранты с положительным статусом едут в Российскую Федерацию, где законодательно предусмотрено административное выдворение [ВИЧ-положительных мигрантов]. Соответственно, они едут туда подпольно. Благодаря тому что мы в зоне ЕАЭС находимся, они могут устроиться на работу без справки о ВИЧ-инфекции. Они ходят на работу, не получают АРТ, это ухудшает здоровье, а если они вступают в половые контакты, у них есть риск заразить кого-то» (эксперт-инфекционист).

«Более 200 человек, получающих АРТ, являются мигрантами, они получают препараты только на определенное время. Там, где они выполняют свою работу, у них нет возможности получения АРВ-препаратов. А если у них не получается вовремя приехать, то они, естественно, остаются без лечения. В связи с этим многие еще перед отъездом прерывают лечение, так как знают, что не смогут получить препараты в другой стране. Соответственно,

они возвращаются уже с плохим здоровьем, с высокой вирусной нагрузкой, в нетрудоспособном состоянии» (эксперт-инфекционист).

Участники ФГД, обсуждая проблему приверженности, указали следующие способы удержания пациентов на АРТ:

- обеспечение жилья, материальная помощь («Если работы нет, надо комнату снимать, то тяжело. Когда проблемы такого масштаба, то как то про приверженность, про лечение забываешь»);
- поддержка близких людей, организация групп взаимопомощи,;
- «устранение стигмы»;
- «консультирование», «личная мотивация каждого человека».

3.6. ОБЩИЕ ПРОБЛЕМЫ

Анализ доступных источников позволяет выделить ряд факторов, которые негативно влияют на доступность всех компонентов каскада ВИЧ-услуг и противодействие эпидемии на уровне страны в целом:

1. Недостаточное финансирование программ по преодолению ВИЧ-инфекции, их зависимость от донорского финансирования.

«Если бы закупка АРВ-препаратов производилась за счет госбюджета, мы могли бы высвободить донорские средства и использовать их для оказания услуг (профилактических, по сопровождению и т.п.) для уязвимых групп» (эксперт — представитель НПО).

2. Предполагается, что уровень оплаты труда сотрудников НПО, предоставляющих ВИЧ-услуги в рамках проектов, финансируемых через механизм социального заказа, будет привязан к ставкам оплаты труда в госсекторе, соответственно, он будет крайне низким. Вследствие этого возможны проблемы как с недостатком кадров в НПО, так и с низким уровнем их мотивации к эффективной работе.

«Почему-то для специалистов, которые работают с детьми, больными ДЦП, неплохие зарплаты. Для врачей, которые работают с онкобольными и с психическими больными, тоже хорошие зарплаты и неплохие доплаты. Но почему-то для тех, кто работает с нашими целевыми группами, никаких доплат нет, хотя это очень сложная группа, с ними тоже нужно нянчиться, как с больными ДЦП или с онкобольными» (эксперт — представитель НПО).

3. Отсутствие должного понимания ВИЧ-инфекции как социальной, а не только медицинской проблемы, которую невозможно решить только силами и подходами Министерства здравоохранения.

4. Несогласованные действия государственных структур по отношению к профилактическим программам для молодежи и ключевых групп населения. В частности, речь идет о незаконных задержаниях, угрозах, унижающем обращении и насилии

по отношению к ЛЖВ и ключевым группам со стороны сотрудников органов внутренних дел, что влияет на ограничение профилактических программ.

5. Высокий уровень нетерпимости, стигматизации и дискриминации людей, живущих с ВИЧ, и членов их семей, включая детей, живущих с ВИЧ, со стороны правоохранительных органов, учреждений образования и пр. внушает лицам с потенциальным риском инфицирования ВИЧ страх обследования и наблюдения в связи с ВИЧ, что поддерживает развитие эпидемии.

6. Периодически поднимаемые вопросы по ужесточению законодательства по отношению к ключевым группам уже на данном этапе существенно затруднили для медицинских и социальных работников доступ к этим группам. Требуется мораторий таких инициатив, пока страна не справится с эпидемией.

7. Актуальной является проблема отказа от лечения детей со стороны их родителей по религиозным убеждениям и другим причинам [1].

8. Неурегулированность на законодательном уровне вопросов, связанных с предоставлением ВИЧ-услуг мигрантам.

РАЗДЕЛ 4. УЧАСТИЕ ПРОЕКТА «ПАРТНЕРСТВО» В РЕАЛИЗАЦИИ ОТВЕТА СТРАНЫ НА ЭПИДЕМИЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ/СПИДА

- В 2017–2018 гг. были приняты законодательные и нормативные акты, в разработке и адвокации которых принимали участие организации — члены консорциума:

- закон «О лекарственных средствах» (заключительные поправки были приняты в мае 2018 г.);

- Программа Правительства Кыргызской Республики по преодолению ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике на 2017–2021 гг.;

- «дорожная карта» по переходу на государственное финансирование (приложение 5 к Государственной программе по преодолению ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике на 2017–2021 гг.);

- Клинический протокол по лечению ВИЧ;

- Национальный перечень жизненно важных лекарств средств и медицинских изделий (при активной адвокационной деятельности консорциума в Перечень вошли все препараты для лечения ВИЧ. Помимо этого, за 2017–2018 гг. была зарегистрирована практически вся линейка АРВ-препаратов);

- программа государственного социального заказа в сфере здравоохранения, включая ВИЧ и ТБ;

- стандарты услуг для выполнения государственного социального заказа;

- приказ Министерства здравоохранения о предоставлении пациентам, живущим с ВИЧ, и вирусным гепатитом С лечения вирусного гепатита С препаратами прямого действия за счет государственных средств;

— приказ Министерства здравоохранения о формировании попечительских советов в центрах СПИДа, Национальном центре наркологии, Национальном центре фтизиатрии и Национальном центре онкологии; начато формирование этих советов— Национальный план по повышению приверженности к лечению ВИЧ.

РАЗДЕЛ 5. РЕКОМЕНДУЕМЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ АДВОКАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- Увеличение роли государства в финансировании противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции, уменьшение (преодоление) зависимости от финансирования международных доноров.
- Формирование приверженности к борьбе с эпидемией у государственных чиновников разного уровня, представляющих разные ведомства, в т.ч. в сферах образования, молодежной политики, внутренних дел и т.п.; формирование у лиц, принимающих решения, а также в обществе в целом понимания ВИЧ-инфекции как социальной, а не только медицинской проблемы.
- Обеспечение полноценного доступа представителей КГН и ЛЖВ к континууму ВИЧ-услуг, повышение эффективности профилактической работы как среди КГН, так и среди молодежи в целом.
- Разработка и внедрение эффективного механизма социального сопровождения клиентов после тестирования, в том числе на базе сообществ, для своевременной постановки на диспансерный учет, обеспечения лечением.
- Мобилизация сообществ и НПО с целью мотивации представителей КГН к тестированию и лечению.
- Более активная работа сообществ, направленная на борьбу со стигмой и самостигмой, с целью профилактики отрывов представителей КГН от услуг, связанных с ВИЧ-инфекцией.
- Расширение доступа к программам ОЗТ для ЛЖВ/ЛУИН как к методу формирования и поддержки приверженности к лечению.
- Развитие интегрированных сервисов для пациентов из КГН на базе учреждений, предоставляющих услуги в связи с ВИЧ-инфекцией, для формирования приверженности и удержания пациентов на АРТ.
- Принятие моратория на законодательные инициативы, предусматривающие ужесточение законодательства по отношению к ЛЖВ и представителям КГН, как минимум на несколько ближайших лет или до стабилизации ситуации с распространением ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике.
- Совершенствование законодательства в сфере закупок, расширение закупок АРВ-препаратов за счет государственных средств и формирование механизмов бесперебойного обеспечения препаратами.

ИСТОЧНИКИ

1. Справка о ситуации по ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике: проблемы и перспективы. URL: <http://www.gov.kg/wp-content/uploads/2017/05/Spravka-na-ofitsialnom-yazyike.pdf>.
2. Ситуация по ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике на 01.06.2018. URL: <http://namba.kg/files>.
3. Закон Кыргызской республики от 02.08.2017 № 165 «Об обращении лекарственных средств». URL: <http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/111672?cl=ru-ru>.
4. Программа Правительства Кыргызской Республики по преодолению ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике на 2017–2021 годы (утверждена постановлением Правительства Кыргызской Республики от 30.12.2017 № 852). URL: <http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/11590>.
5. Проект плана мероприятий по исполнению бюджетных программ на 2019 г. (Министерство здравоохранения КР). <http://www.med.kg/ru/dok/obsuzhdenie-npa/645-proekt-srednesrochnoj-strategii-byudzheta-na-2019-2021-g-g.html>.
6. Сайт Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики. URL: <http://www.med.kg/ru/dok/obsuzhdenie-npa/726-proekt-programmy-po-gosudarstvenomu-sotsialnomu-zakazu.html>.
7. Закон Кыргызской Республики от 28.04.2017 № 70 «О государственном социальном заказе». URL: <http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/111577>.
8. Country factsheets: Kyrgyzstan 2017. URL: <http://aidsinfo.unaids.org>.
9. В КР на метадоновой терапии находится более 1 тысячи наркозависимых // Вечерний Бишкек, 26.06.2018. URL: https://www.vb.kg/doc/371698_v_kr_na_metadonovoy_terapii_nahoditsia_bolee_1_tysiachi_narkozavisimyh.html
10. Стандарты услуг для ключевых групп населения в рамках государственного социального заказа в Кыргызской Республике. <http://www.med.kg/ru/dok/obsuzhdenie-npa/726-proekt-programmy-po-gosudarstvenomu-sotsialnomu-zakazu.html>.
11. Результаты оценки барьеров для расширения охвата лечением ВИЧ. Отчет / Международная коалиция по готовности к лечению (Восточная Европа и Центральная Азия) ИТРСги. Бишкек, 2018. URL: <http://itpcru.org/2018/03/28/kyrgyzstan-provedena-otsenka-barerov-dlya-rasshireniya-ohvata-lecheniem-vich/>.
12. Анализ закупок антиретровирусных препаратов в Кыргызстане в 2017 году / Международная коалиция по готовности к лечению (Восточная Европа и Центральная Азия) ИТРСги, Ассоциация «Партнерская сеть». Бишкек, 2018. URL: <http://itpcru.org/2018/04/12/analiz-zakupok-antiretrovirusnyh-preparatov-v-kyrgyzstane-v-2017-godu>

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

РАЗДЕЛ 1. ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Эпидемия ВИЧ-инфекции в Российской Федерации остается наибольшей по величине среди стран региона ВЕЦА. По данным Странового отчета о достигнутом прогрессе в рамках Глобального мониторинга эпидемии СПИДа-2018 (далее — Страновой отчет), на 01.01.2017 в стране были зарегистрированы 808 823 чел., в крови которых при исследовании методом иммунного блоттинга выявлены антитела к вирусу иммунодефицита человека. Заболеваемость ВИЧ-инфекцией составила 58,4 случая на 100 тыс. населения. Мужчины преобладают как в общей структуре ВИЧ-инфицированных (61,5%), так и среди лиц с впервые установленным диагнозом «ВИЧ-инфекция» (56,3%).

Среди серьезных препятствий для объективного анализа эпидситуации в стране и тенденций ее развития следует назвать ограниченный доступ к официальным оперативным данным, устаревшую информацию на сайте Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом (ФНМЦ СПИД): самые «свежие» данные отражают ситуацию по состоянию на конец 2014 г. [7], расхождения в опубликованных официальных и неофициальных данных. Кроме этого, на национальном уровне не проводятся биоповеденческие исследования среди КГН (IBBS), есть ссылки только на результаты IBBS, проведенные в 2017 г. среди КГН в столице и шести крупных городах РФ. Также следует напомнить о проблеме, указанной в Базовой оценке, а именно: отсутствие единой системы мониторинга ВИЧ-инфекции в Российской Федерации. Вследствие этого данные Министерства здравоохранения расходятся с информацией, публикуемой ФНМЦ СПИД или со ссылкой на этот центр. Например, в Справке «ВИЧ-инфекция в РФ на 31 декабря 2016 г.» указано, что 870 952 чел. жили с диагнозом «ВИЧ-инфекция» [3]⁸. Это на 62 129 чел. больше, чем в Страновом отчете на эту дату [1].

По данным ФНМЦ СПИД, общее число зарегистрированных ВИЧ-инфицированных за все годы наблюдения в РФ на 01.01.2018 составило 1,2 млн. (1 220 659) чел. (исключая выявленных анонимно и иностранных граждан), из них умерли 276 660 чел. Таким образом, число ВИЧ-положительных людей, которые проживали на территории РФ, составило на начало 2018 г. 943 999 чел. [2, 3].

⁸ Справка подготовлена Федеральным научно-методическим центром по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора

С 2005 г. регистрируется ежегодный рост количества новых выявленных случаев инфицирования ВИЧ. За последние 10 лет было выявлено 63,8% (779 тыс.) всех случаев ВИЧ-инфекции среди россиян. В 2011–2015 гг. ежегодный прирост количества новых выявленных случаев инфицирования ВИЧ составлял в среднем 10%, в 2016 г. — 4,1% по сравнению с предыдущим годом. За 2017 г. территориальными центрами по профилактике и борьбе со СПИДом было сообщено о 104 402 новых случаях ВИЧ-инфекции (по предварительным данным), исключая выявленных анонимно и иностранных граждан, что на 2,2% больше, чем в 2016 г. [2].

Показатель заболеваемости в 2017 г. составил 71,1 случая на 100 тыс. населения (в 2016 г. — 69,6). В 2017 г. по показателю заболеваемости в Российской Федерации лидировали Кемеровская область (зарегистрировано 203,0 новых случаев ВИЧ-инфекции на 100 тыс. населения), Иркутская (160,7), Свердловская (157,2), Челябинская (154,0), Новосибирская (142,8) области, Пермский край (140,8), Тюменская (138,7), Томская (128,2), Курганская (117,3), Оренбургская (114,7) области, Красноярский край (114,1), Ханты-Мансийский автономный округ (109,2), Самарская (105,0), Омская (103,9) области, Алтайский край (101,5), Ульяновская область (93,9), Удмуртская Республика (87,4), Республика Хакасия (84,4), Московская (73,4) и Нижегородская (72,3) области [2].

Пораженность ВИЧ-инфекцией на 31.12.2017 составила 643,0 на 100 тыс. населения России (Рис. 11). Случаи ВИЧ-инфекции зарегистрированы во всех субъектах Российской Федерации. Регистрируется рост числа регионов с высокой пораженностью ВИЧ-инфекцией (более 0,5% от численности населения): с 22 в 2014 г. до 32 в 2017 г. В этих неблагополучных регионах проживает почти половина всего населения страны — 49,5% в 2017 г.

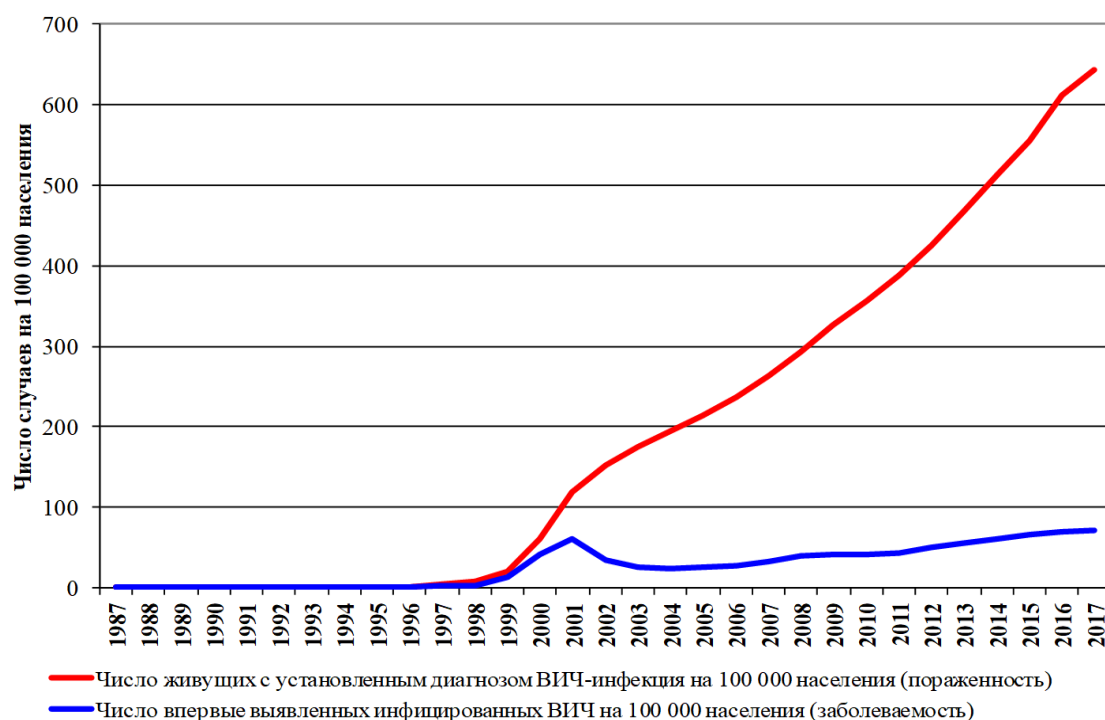


Рисунок 11. Динамика показателей пораженности и заболеваемости ВИЧ-инфекцией населения, Российская Федерация, 1987–2017 гг.

К наиболее пораженным субъектам РФ относятся: Свердловская (зарегистрировано 1 741,4 живущих с ВИЧ на 100 тыс. населения), Иркутская (1 729,6), Кемеровская (1 700,5), Самарская (1 466,8), Оренбургская (1 289,5) области, Ханты-Мансийский автономный округ (1 244,0), Ленинградская (1 190,0), Челябинская (1 174,4), Тюменская (1 161,2), Новосибирская (1 118,8) области, Пермский край (1 043,3), Ульяновская область (986,7), г. Санкт-Петербург (981,9), Алтайский край (934,4), Красноярский край (914,8), Курганская (851,6), Томская (825,7), Тверская (782,6), Ивановская (777,6), Омская (715,0), Мурманская (685,0), Московская (678,2) области [2].

Наибольший уровень пораженности населения наблюдается в возрастной группе 30–44 года. Среди мужчин в возрасте 35–39 лет 3,3% жили с установленным диагнозом «ВИЧ-инфекция». Среди населения в возрасте 15–49 лет данный показатель составлял 1,2%.

ВИЧ-инфекция вышла за пределы уязвимых групп населения и активно распространяется в общей популяции, более половины больных в 2017 г. заразились при гетеросексуальных контактах (53,5%), доля инфицированных ВИЧ при употреблении наркотиков снизилась до 43,6%. В последние годы наблюдается отчетливая тенденция к росту количества зараженных при гомосексуальных контактах [2].

В 2017 г. при поддержке Роспотребнадзора фондом «Открытый институт здоровья населения» были проведены биоповеденческие исследования среди ключевых групп населения (ЛУИН, МСМ, СР) в семи крупных городах Российской Федерации. Всего было обследовано на ВИЧ и опрошено по специальным анкетам 3 744 чел. (Табл. 1).

Город	ЛУИН	МСМ	СР
Екатеринбург	57,2% (50,7–63,7)	16,5% (11,5–21,4)	14,2% (6,2–22,2)
Кемерово	75,2% (69,9–80,6)		
Красноярск	48,1% (42,2–54,1)		5,4% (2,3–8,5)
Москва		7,1% (4,1–10,1)	
Пермь	64,6% (58,5–70,7)		15,0% (11,5–18,6)
Санкт-Петербург	48,3% (42,3–54,3)	22,8% (17,9–27,7)	2,3% (0,5–4,2)
Томск	63,2% (57,4–69,0)		

Таблица 1. Пораженность ВИЧ-инфекцией ключевых групп, по данным исследования (95% доверительные интервалы оценки по RDS-I)

По результатам исследования была выявлена высокая пораженность ВИЧ-инфекцией практически среди всех указанных групп населения. Среди группы ЛУИН в изученных городах более половины были инфицированы ВИЧ, среди МСМ — от 7% до 23%. Эти данные свидетельствуют о продолжении в 2017 г. активного распространения ВИЧ-инфекции в уязвимых группах населения. При этом высокая распространенность опасного сексуального поведения в этих группах способствует распространению ВИЧ-инфекции половым путем [2]. Фактором, усиливающим опасные эпидемиологические тенденции, является доступность дешевых, кустарно

изготовленных синтетических наркотиков. Вследствие этого, по мнению опрошенного врача-нарколога, эпидемия ВИЧ-инфекции среди ЛУИН молодеет.

«Сейчас наркотики — это дешево. Если раньше героин, кокаин могли позволить себе «избранные», то сейчас это, по большому счету, дешевле алкоголя» (эксперт-нарколог).

Растет число смертей среди инфицированных ВИЧ. Умерли к концу 2017 г. 22,7% от числа всех зарегистрированных ЛЖВ. В 2016 г., по данным Росстата, ВИЧ-инфекция была причиной более половины всех смертей от инфекционных болезней (52,5%), рост смертности в связи с ВИЧ-инфекцией вызывал и общий прирост числа смертей от инфекционных заболеваний в стране. При этом ВИЧ-инфицированные умирают в молодом возрасте (в среднем 38 лет). В 2017 г. в Российской Федерации умерло 31 898 больных ВИЧ-инфекцией (на 4,4% больше, чем в 2016 г.). Ведущей причиной летальных исходов среди инфицированных ВИЧ остается туберкулез. Рост смертности связан с недостаточным охватом ВИЧ-инфицированных диспансерным наблюдением и лечением [2].

Таким образом, тревожные тенденции в развитии эпидемической ситуации сохраняются по всем основным показателям, что дает основания ряду национальных и международных экспертов делать вывод о высоком риске перехода от концентрированной к генерализованной стадии эпидемии в РФ в краткосрочной перспективе.

РАЗДЕЛ 2. АНАЛИЗ КАСКАДА ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РФ

По оценкам ЮНЭЙДС, количество ЛЖВ в РФ достигает 1 500 700 чел. [16]. Согласно данным ФНМЦ СПИД [2], в 2017 г. количество ЛЖВ, знающих свой ВИЧ-статус, составляло 943 999 чел., общее число ЛЖВ на диспансерном учете составляло 724 415 чел., АРТ получали 346 132 чел.. Официальные данные о количестве пациентов с неопределяемой вирусной нагрузкой недоступны, однако, по оценкам ЮНЭЙДС, таких ЛЖВ около 270 000 чел. (Рис. 12).

Иными словами:

- знают свой ВИЧ-статус 63% от оценочного числа ЛЖВ;
- состоят на диспансерном учете 48% от оценочного числа ЛЖВ (или 77% пациентов, знающих свой ВИЧ-статус);
- получают АРТ 23% от оценочного числа ЛЖВ (48% ЛЖВ, состоящих на диспансерном учете, или 37% знающих свой ВИЧ-статус);
- неопределяемую вирусную нагрузку имеют 18% от оценочного числа ЛЖВ, или 78% ЛЖВ на АРТ.

Таким образом, в РФ наблюдаются сложности с достижением целей «90–90–90» на каждом из этапов каскада ВИЧ-услуг, включая выявление ВИЧ-инфекции (актуальный показатель — 63%) и обеспечение ЛЖВ АРВ-терапией (актуальный показатель,—

37%); самый высокий показатель в достижении целей «90» — 78% ЛЖВ на АРТ с вирусной супрессией — нуждается в подтверждении официальными данными.

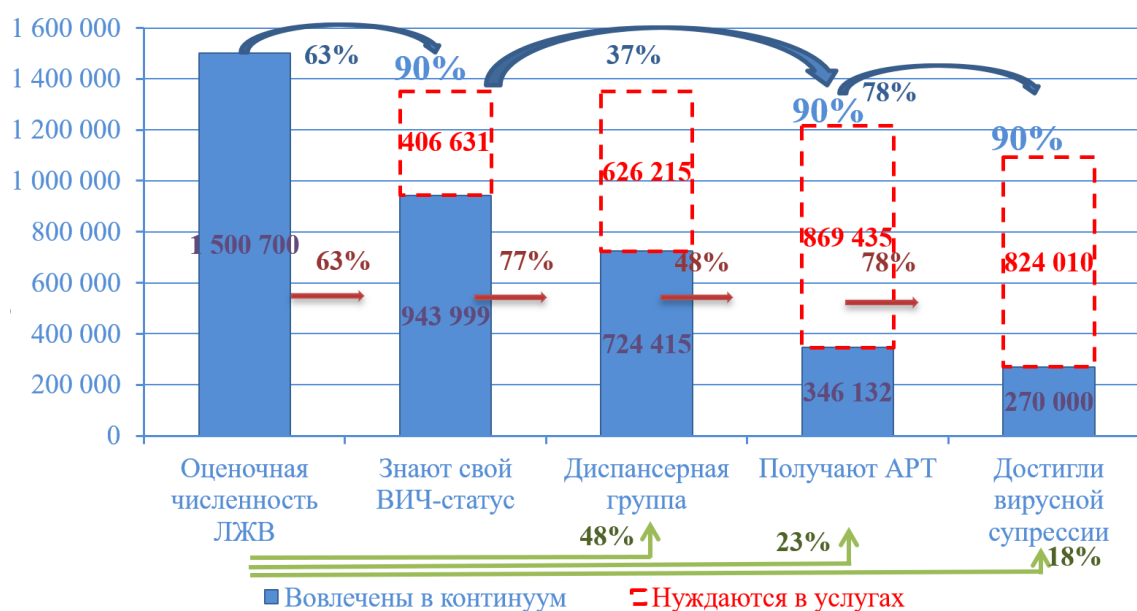


Рисунок 12. Каскад ВИЧ-услуг, Российская Федерация, 2017 г.

По данным Базовой оценки, в 2014 г. знали свой ВИЧ-статус 57% от оценочной численности ЛЖВ, на диспансерном учете в лечебных учреждениях состояли 40% от оценочной численности ЛЖВ (или 70% от числа знающих свой ВИЧ-статус), АРТ получали 14% от оценочной численности ЛЖВ (или 24% пациентов, знающих свой ВИЧ-статус). Официальные данные о количестве ЛЖВ, достигших вирусной супрессии, на тот момент также отсутствовали (Рис. 13).

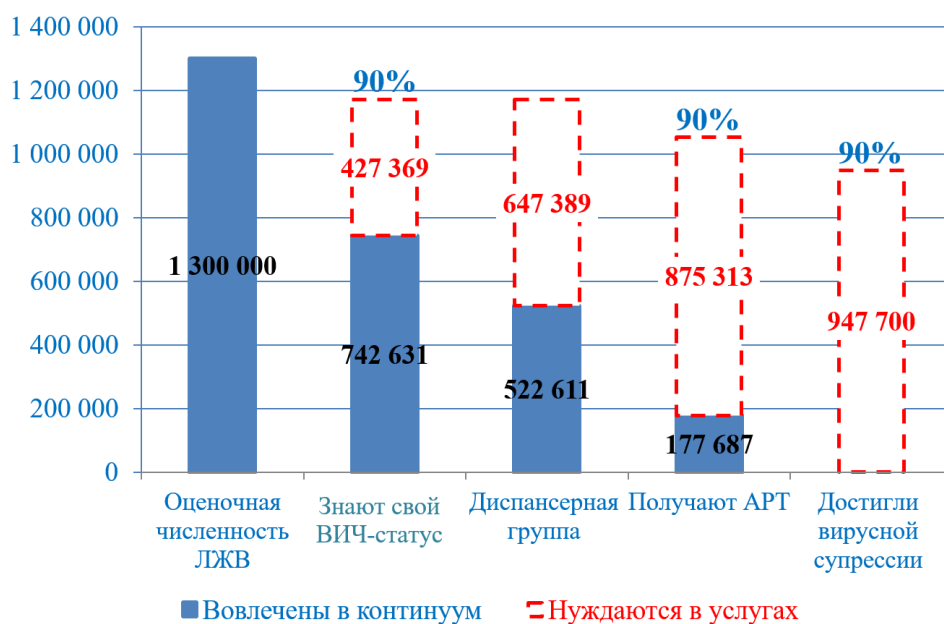
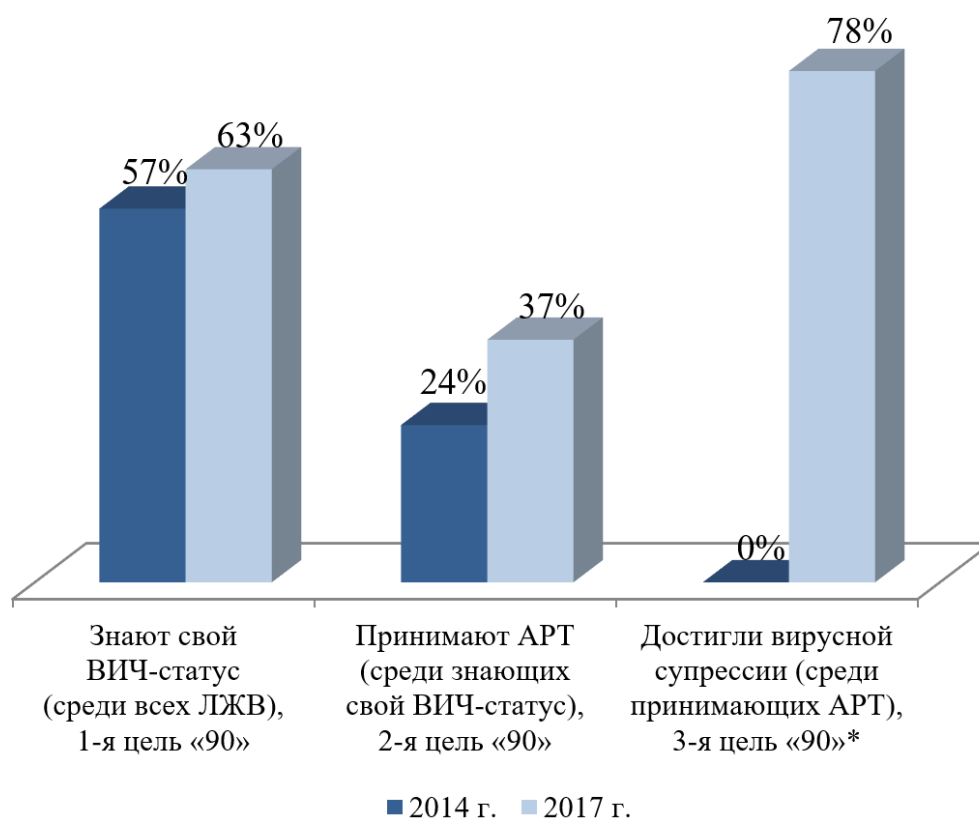


Рисунок 13. Каскад ВИЧ-услуг, Российская Федерация, 2014 г.

Таким образом, при сравнении данных 2014 и 2017 гг. наблюдается некоторый прогресс в достижении первой (с 57% до 63%) и второй (с 24% до 37%) целей «90»; прогресс в достижении третьей цели «90» оценить невозможно из-за отсутствия данных за 2014 г. и оценочного характера данных за 2017 г.



*Данные за 2014 г. отсутствуют, за 2017 г. являются оценочными.

Рисунок 14. Каскад ВИЧ-услуг в соотношении с целями ЮНЭЙДС «90–90–90», Российская Федерация, 2014 и 2017 гг., %

Следует отметить, что правительство РФ и не ставит задачу достижения всех показателей «90–90–90» в ближайшие годы. В Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в РФ на период до 2020 г. и дальнейшую перспективу охват медицинским освидетельствованием на ВИЧ-инфекцию населения РФ запланировано обеспечить на уровне 24% к 2020 г., а в случае улучшения финансирования — 35% [11]. Среди целевых показателей реализации стратегии также отсутствует индикатор «доля пациентов, которые достигнут вирусной супрессии». Приведенные факты свидетельствуют о недостаточной приверженности правительства РФ соблюдению рекомендаций ВОЗ/ЮНЭЙДС и других международных организаций относительно эффективного национального ответа на эпидемию, в т.ч. стратегии Fast Track.

РАЗДЕЛ 3. АНАЛИЗ ДОСТУПА И ОПРЕДЕЛЕНИЕ БАРЬЕРОВ К УСЛУГАМ НЕПРЕРЫВНОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ЛЖВ И КГН

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Основы государственной политики в области борьбы с ВИЧ-инфекцией определены Федеральными законами от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и от 30.03.1995 № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», а также другими федеральными законами и принимаемыми в соответствии с ними нормативными правовыми актами Правительства, федеральных органов исполнительной власти и субъектов РФ [1].

Основные мероприятия по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции, включая профилактику данного заболевания и оказание медицинской помощи при ВИЧ-инфекции, Министерством здравоохранения Российской Федерации и другими федеральными органами исполнительной власти реализуются в рамках государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 № 1640, а субъектами Российской Федерации — в рамках региональных государственных программ развития здравоохранения, утвержденных высшими органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации [1].

Весь комплекс мер по борьбе с ВИЧ-инфекцией, включая профилактику, лекарственное обеспечение и социальную поддержку, является бесплатным для граждан Российской Федерации с соблюдением принципа равных прав и свобод для мужчин и женщин [1].

По данным Странового отчета, Российская Федерация в 2016–2017 гг. последовательно выполняла обязательства, взятые в рамках принятой в 2016 г. Генеральной Ассамблеей ООН Политической декларации по ВИЧ/СПИДу «Ускоренными темпами к активизации борьбы с ВИЧ и прекращения эпидемии СПИДа к 2030 г.» [1].

В ответ на обязательства, взятые в Политической декларации ООН по ВИЧ/СПИДу, Правительством РФ распоряжением от 20.10.2016 № 2203-р утверждена Государственная стратегия противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2020 года и дальнейшую перспективу (далее — Стратегия), а также распоряжением от 20.04.2017 № 754-р — план мероприятий по реализации Стратегии (далее — План), определившие основные направления государственной политики в отношении ВИЧ-инфекции [11, 12]. Целью Стратегии является предупреждение развития эпидемии, связанной с распространением ВИЧ-инфекции на территории Российской Федерации, путем снижения числа новых случаев и снижения смертности от СПИДа.

В реализации задач и достижении цели Стратегии используется межведомственный, межсекторальный подход: участвуют 21 федеральный орган исполнительной власти, 85 субъектов Российской Федерации, социально ориентированные неком-

мерческие организации (СО НКО), Общероссийский союз «Федерация независимых профсоюзов России» и Общероссийское объединение работодателей «Российский союз промышленников и предпринимателей» и другие государственные и общественные организации.

В 2017 г. продолжил работать Координационный совет по вопросам ВИЧ/СПИДа при Министерстве здравоохранения Российской Федерации, призванный выполнять координирующие и консультационные функции в области противодействия ВИЧ-инфекции [1].

В 2016–2017 гг. Президентом и Правительством Российской Федерации утвержден ряд распорядительных и нормативных документов, направленных на развитие сектора некоммерческих организаций. Одной из основных задач стало улучшение доступа социально ориентированных НКО, в том числе работающих в сфере противодействия ВИЧ, к бюджетным средствам. В стране осуществляется государственная поддержка их деятельности, включая профилактику ВИЧ-инфекции среди КГН, проведение экспресс-тестирований и самотестирований на ВИЧ, формирование приверженности ЛЖВ к АРТ, за счет средств субсидий, предоставляемых регионам из федерального бюджета, и средств Фонда президентских грантов [1].

В последние годы активно развивается институт социальной поддержки, в том числе лиц, инфицированных ВИЧ. Помимо мер социальной поддержки, осуществляемых государством на федеральном уровне (выплата пособий по временной нетрудоспособности вследствие ВИЧ-инфекции, пенсий по инвалидности вследствие ВИЧ-инфекции), каждый регион для лиц, больных социально значимыми заболеваниями, в том числе ВИЧ-инфекцией, устанавливает дополнительные меры социальной поддержки: субсидирование проезда до пункта терапии, решение социально-бытовых проблем пациента, обеспечение полноценным питанием ВИЧ-инфицированных беременных женщин, кормящих матерей и детей в возрасте до трех лет, помощь в восстановлении документов, удостоверяющих личность, и другое. Реализация мер по социальному сопровождению, психологической и юридической поддержке лиц, зараженных вирусом иммунодефицита человека, осуществляется органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, социальной защиты населения, центрами по профилактике и борьбе со СПИДом при содействии СО НКО, волонтерских организаций и направлена на повышение приверженности больных ВИЧ-инфекцией к лечению, их реабилитацию и ресоциализацию. Во всех регионах социальными работниками, юристами, психологами осуществляются соответствующие консультации для нуждающихся пациентов. Непосредственно в учреждениях службы СПИДа работает 81 социальный работник [1].

Правительством Российской Федерации приняты и реализуются Комплекс мер, направленных на обеспечение поэтапного доступа СО НКО к бюджетным средствам, выделяемым на оказание социальных услуг населению, на 2016–2020 гг., и Дорожная карта «Поддержка доступа негосударственных организаций к предоставлению услуг в социальной сфере», которые направлены на достижение общей цели модернизации социальной сферы посредством расширения участия организаций негосударственного сектора в предоставлении социальных услуг [1]. Принятые меры

смягчат организационные и финансовые барьеры для расширения услуг по профилактике, содействию КиТ, формированию приверженности лечению и социально-психологической поддержки лиц с диагнозом «ВИЧ-инфекция» и семей, в которых есть ВИЧ-позитивные дети.

Однако, как свидетельствует анализ, проведенный Ассоциацией пациентов и специалистов, помогающих людям с ВИЧ, вирусными гепатитами и другими социально значимыми заболеваниями, «Е. В. А», доля бюджетных средств в структуре годовых доходов НКО в сфере противодействия ВИЧ по-прежнему невелика и составляет в среднем 13,38%. В основном увеличение в 2016 г. доли СО НКО, которым удалось получить бюджетные средства на свою работу, произошло за счет участия в региональных конкурсах субсидий для СО НКО на возмещение затрат [9]. Ведущую роль в финансовом обеспечении профилактических проектов, направленных на снижение темпов роста ВИЧ/СПИДа среди наиболее уязвимых групп, в анализируемый период играл грант Глобального фонда. Его реципиентом стал негосударственный Фонд «Открытый институт здоровья». Согласно отчету Фонда, в 2016 г. за средства гранта профинансированы профилактические мероприятия, целевой аудиторией которых были КГН, на сумму 2 555 408 дол. США [15].

Доля закупок, направленных на работу в группах повышенного риска в 2015–2016 гг., составила 10,8% и 9,4% соответственно. При этом объем выделенных средств на работу с этими группами сократился в 2016 г. и составил всего 5,24% от осуществленных закупок. Значительно чаще содержание технических заданий закупок по-прежнему включает в себя проведение мероприятий, ориентированных на работу с общим населением через СМИ, Интернет, распространение аудио-, печатной и визуальной профилактической информации (87,91% в 2015 и 80,3% в 2016 гг.). Объем средств, затраченных на эти мероприятия, несоизмеримо превосходит объем средств на работу с ключевыми группами. Например, сумма, затраченная в 2015–2016 гг. на производство видеороликов, в 41 раз превысила средства, обеспечившие консультирование представителей уязвимых групп и аутрич-работу [9].

Вместе с тем, оценочная численность ЛУИН, по данным Базовой оценки, в 2015 г. составила 2 500 000 чел., МСМ — 1 500 000 чел., СР — 1 000 000 чел.

Уровень распространенности ВИЧ-инфекции среди ЛУИН составляет 25,6% (данные ЮНЭЙДС, 2017 г.). Клиентами ПОШ являются 0,53% от оценочного числа (данные Базовой оценки), программы ЗПТ на территории РФ не внедряются.

Уровень охвата МСМ профилактическими программами составляет 0,80%, СР — 0,7% (данные Базовой оценки, 2015 г.).

В докладе, подготовленном специалистами НКО «Е. В. А», также обращается внимание на негативные тенденции, такие как сокращение закупок на предоставление медико-социальных услуг для ЛЖВ и женщин, сложности финансового учета из-за необходимости фиксации персональных данных клиентов, в т.ч. из КГН. Дополнительным барьером для финансирования СО НКО, работающих в сфере профилактики ВИЧ, являются условия бюджетной поддержки, которые предполагают наличие оборотных средств на выполнение обязательств по проекту (договору)

с отсроченным во времени возмещением. В отдельных случаях это делает полностью невозможной совместную работу, поскольку у СО НКО нет возможности получить заемное финансирование [9].

В Стратегии констатируется, что законодательство РФ по вопросам противодействия распространению ВИЧ-инфекции было сформировано в 1980–1990 гг. в период начала эпидемии ВИЧ-инфекции в стране и не отвечает современным требованиям по обеспечению населения мерами по профилактике, оказанию медицинской помощи, социальной адаптации и реабилитации, а также социальной поддержке при ВИЧ-инфекции [11].

Как свидетельствует Страновой отчет, за анализируемый период в РФ предприняты меры, направленные на расширение прав ЛЖВ и доступа к правосудию [1]. Так, в частности, 20 июня 2018 г. Конституционный суд признал не соответствующим Основному закону страны запрет людям с ВИЧ усыновлять детей [5]. Имплементация данного решения может существенно снизить барьеры в развитии института усыновления и опеки ВИЧ-позитивных детей. 30.12.2015 был принят Федеральный закон № 438-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части права иностранных граждан и лиц без гражданства, страдающих заболеванием, вызываемым вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекцией), на пребывание и проживание в Российской Федерации». Последний легализует проживание в России ВИЧ-позитивных иностранных граждан с родственниками, имеющим гражданство РФ, смягчает правовые и организационные барьеры в доступе данной целевой группы к постановке на диспансерный учет, лечению, получению услуг по уходу и поддержке [4].

В то же время, лидеры СО НКО обращают внимание на неоднократные случаи уголовного преследования лиц, живущих с ВИЧ, за акты непреднамеренного заражения ВИЧ. Статья 122 (часть 1) Уголовного кодекса Российской Федерации предусматривает, что заражение ВИЧ-инфекцией является уголовным преступлением. ВИЧ является единственным заболеванием, которое может привести к уголовному наказанию независимо от того, имела ли место фактическая передача ВИЧ-инфекции [8].

Криминализация ВИЧ-инфекции приводит к институционализации стигматизации ВИЧ, дискриминации и уголовному преследованию людей на основании ВИЧ-статуса. Россия является мировым лидером в судебном преследовании ЛЖВ за распространение и передачу ВИЧ. Из-за сильной стигмы, связанной с ВИЧ, ЛЖВ признаются в преступлении передачи ВИЧ. В таких случаях стигма, связанная с ВИЧ, является причиной, по которой люди вынуждены признаваться в преступлении. Таким образом, криминализация ВИЧ является репрессивным инструментом, который лишает большую группу уязвимого населения достоинства и правовой защиты и основан на дискриминации по состоянию здоровья, без каких-либо научных доказательств того, что криминализация ВИЧ фактически приводит к профилактике ВИЧ [8]. Также криминализация ВИЧ может опосредованно рассматриваться в качестве барьера в доступе ЛЖВ ко всем видам ВИЧ-услуг, усиливать их самостигматизацию и самодискриминацию. Особенно уязвимы перед данным барьером молодые женщины. Например, в 2016 г. Комитет ООН по ликвидации дис-

криминации в отношении женщин рекомендовал Канаде ограничить применение положений уголовного закона в случаях намеренной передачи ВИЧ, как это рекомендовано международными стандартами здравоохранения. В качестве стандарта прав человека такая рекомендация может быть применима к России [8].

Серьезные барьеры в доступе к каскаду ВИЧ-услуг ключевых групп населения также связаны с «карательным» характером действующего законодательства по отношению к ЛУИН и секс-работникам. Так, Кодексом об административных правонарушениях (КоАП) за занятие проституцией предусмотрен административный штраф в размере от 1 500 до 2 000 рублей (статья 6.11 КоАП) [13].

Ряд административных наказаний предусмотрен фактически за употребление наркотических или психотропных веществ, в т.ч. за:

- употребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача либо новых потенциально опасных психоактивных веществ (ответственность в виде штрафа в размере до 5 000 рублей или административный арест на срок до 15 суток; ч. 1 статьи 6.9 КоАП РФ);
- вовлечение несовершеннолетнего в употребление новых потенциально опасных психоактивных веществ или одурманивающих веществ (ст. 6.10 КоАП — установлена ответственность в виде штрафа в размере до 3 000 рублей);
- уклонение от прохождения диагностики, профилактических мероприятий, лечения от наркомании и реабилитации в связи с потреблением наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача либо новых потенциально опасных психоактивных веществ (ст. 6.9.1 КоАП РФ),
- потребление наркотических средств или психотропных веществ, новых потенциально опасных психоактивных веществ или одурманивающих веществ в общественных местах (ст. 20.20 КоАП РФ).

Помимо этого, для родителей предусмотрена административная ответственность в виде штрафа до 2 000 рублей за потребление несовершеннолетними наркотических средств или психотропных веществ, новых потенциально опасных психоактивных веществ или одурманивающих веществ (ст. 20.22 КоАП РФ).

На практике каждый человек, который употребляет наркотики в РФ, может быть привлечен к уголовной ответственности по статье 228 Уголовного кодекса Российской Федерации за незаконное приобретение, хранение, перевозку, изготовление наркотических средств. Данная статья предусматривает наказание до 15 лет лишения свободы [14].

Финансирование мероприятий по профилактике, диагностике и лечению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации осуществляется полностью за счет внутренних инвестиций: средств федерального и региональных бюджетов, фонда обязательного медицинского страхования [1].

В рамках реализации Государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» из федерального бюджета выделяются средства на лекарственные препараты, диагностические средства для определения ВИЧ-инфекции

и мониторинга лечения, профилактические мероприятия по ВИЧ-инфекции с привлечением к их реализации СО НКО, федерального коммуникационного проекта по теме ВИЧ-инфекции. За последние четыре года финансирование мероприятий по борьбе с ВИЧ-инфекцией из федерального бюджета увеличилось более чем на 30% [1].

В рамках Государственной программы РФ «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности» на 2013–2020 гг., Стратегии развития фармацевтической промышленности РФ на период до 2020 г. и других программных документов осуществляется государственная поддержка развития отечественного производства лекарственных препаратов, в том числе антиретровирусных [1].

Общий объем финансирования мероприятий составил порядка 41 млрд. рублей, что при расчете в соответствии с паритетом покупательной способности рубля составляет 1,67 млрд. долларов. При этом указанные объемы финансирования не содержат исчерпывающих направлений (в частности, в 2017 г. не включены мероприятия по обеспечению безопасности донорской крови и ее компонентов, выплаты пособий в связи с нетрудоспособностью и инвалидностью, эпиднадзор и мониторинг на федеральном уровне, затраты международных организаций и др.) [1].

Проведенный анализ свидетельствует об определенных позитивных тенденциях за время, прошедшее после Базовой оценки. В то же время, доступ ко всем видам ВИЧ-сервиса для КГН остается ограниченным в силу ряда правовых, финансовых и организационных причин, среди которых:

- криминализация употребления наркотических и психотропных веществ, предоставления коммерческих секс-услуг, ВИЧ-инфекции как таковой (Россия является мировым лидером в судебном преследовании ЛЖВ за распространение и передачу ВИЧ);
- крайне ограниченное финансирование мероприятий, направленных на вторичную профилактику, содействие КиТ ключевых групп населения, предоставление других медико-социальных услуг для ЛЖВ из числа КГН; приоритетными в профилактике остаются просвещение и мероприятия, направленные на формирование высоких моральных и семейных ценностей у молодого поколения через СМИ, учебные заведения, СО НКО и др.;
- неблагоприятные условия получения бюджетного финансирования СО НКО, прежде всего наличие оборотных средств на исполнение обязательств по проекту (договору) с отсроченным во времени возмещением и необходимость собирать персонализированные данные о клиентах;
- высокий уровень внешней и внутренней стигмы и дискриминации как ЛЖВ, так и представителей КГН независимо от их ВИЧ-статуса.

3.1. Консультирование и тестирование на ВИЧ

В соответствии с действующим законодательством, тестирование на ВИЧ в РФ проводится всем пациентам исключительно на основе добровольного информированного согласия [1]. Законодательно закреплено 2-кратное тестирование на

ВИЧ всех беременных, обратившихся в женские консультации [1], причем норма о добровольности прохождения тестирования остается действующей и для данной категории населения. Таким образом, правовые препятствия для получения услуг КиТ отсутствуют.

Согласно национальным стандартам, обследование на ВИЧ проводится методом иммуноферментного анализа с подтверждением методом иммунного блоттинга. Длительность получения результата подтверждающего тестирования занимает от 3–7 дней до одного месяца. В соответствии с Национальными клиническими рекомендациями по диагностике и лечению ВИЧ-инфекции у взрослых, использование быстрых тестов предусмотрено для скрининга образцов донорской крови, обследования беременных, поступивших в роддом без планового обследования на ВИЧ.

Исходя из материалов Странового отчета, в 2017 г. была оптимизирована структура скрининга на ВИЧ с ориентацией на ключевые группы населения и с учетом сложившейся эпидемической ситуации в регионе. В каждом субъекте РФ с участием СО НКО организованы выездные формы работы по информированию и добровольному медицинскому освидетельствованию для выявления ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения, а также индивидуальному социальному сопровождению лиц с выявленными антителами к ВИЧ в центры по профилактике и борьбе со СПИДом [1, с. 8–9].

«Полтора года назад мы вместе с моим молодым человеком увидели автобус на улице. Мы шли в аптеку, там стоит автобус, ребята тестировали и говорят, что можно взять домой протестироваться, можно у нас» (пациентка — участница ФГД).

При этом, как показывают результаты ФГД пациентов из числа КГН, принцип добровольного тестирования, отсутствие навыков самотестирования и отсутствие на практике социального сопровождения нередко приводит к поздней диагностике ВИЧ-инфекции.

«Первый положительный тест у меня был пару лет назад. У нас в клубе раздавали тесты в коробочках, я сделал дома. У меня показало две полоски, но мне показалось, что я сделал неправильно, и забил на это дело» (пациент — участник ФГД).

«Я проходил тестирование в частных лабораториях. Я не помню названия, в Москве их очень много. У меня постоянно там то «плюс», то «минус», постоянно что-то не так срабатывало с этими тестами» (пациент — участник ФГД).

Опрошенные эксперты обращали внимание на отсутствие специальных программ, которые были бы сфокусированы на противодействии ВИЧ-инфекции среди MSM или секс-работников и включали в себя мотивирующее консультирование и тестирование указанных КГН.

В соответствии с нормативными документами, все лица, поступающие в учреждения уголовно-исполнительной системы, при наличии информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство проходят диагностику ВИЧ-ин-

фекции. Аналогично лица, потребляющие психоактивные вещества, при оказании им медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология», в рамках диагностики соответствующих заболеваний и состояний, также при наличии информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство проходят диагностику ВИЧ-инфекции [1]. В регионах с высоким бременем ВИЧ-инфекции внедрена практика обследования на ВИЧ-инфекцию мужей и половых партнеров беременных женщин с целью профилактики их заражения [1]. Как результат, скрининг на ВИЧ становится более целенаправленным и эффективным.

В ряде регионов РФ утверждены и реализуются «Дорожные карты» по расширению охвата населения тестированием и повышению его эффективности, включая меры по повышению эффективности работы медицинских организаций первичного звена здравоохранения по выявлению ВИЧ-инфекции [1]. В тоже время, по данным представителей СО НКО, большинство субъектов Федерации не имеют утвержденных региональных «Дорожных карт».

Государственная политика в области программ тестирования обеспечила расширенный доступ населения к добровольному и конфиденциальному обследованию на ВИЧ-инфекцию. В результате, в 2017 г. прошли тестирование на ВИЧ около 34 млн. россиян и более 2 млн. иностранных граждан, охват населения страны обследованиями достиг 23% [1].

Стоит отметить, что в России существуют ограничительные меры по въезду и пребыванию в стране иностранцев с ВИЧ-инфекцией. В частности, гражданам, которые собираются работать на территории РФ, необходимо сдавать анализы на ВИЧ-инфекцию. В случае выявления болезни их депортируют из-за угрозы здоровью населения. Такое ограничение является барьером для тестирования и раннего выявления ВИЧ среди мигрантов, к которым нередко относятся секс-работники.

«Я если выеду, обратно уже не заеду. Меня не впустят, потому что берут анализы» (пациент — участник ФГД).

Согласно данным ФНМЦ СПИД, в 2017 г. были получены 126 513 положительных результатов у россиян в иммуноблоте (включая выявленных анонимно), что на 0,9% больше, чем в 2016 г. [2].

Данные об охвате тестированием КГН, включая больных ТБ, в свободном доступе отсутствуют. Однако проведенный анализ позволяет сделать вывод о том, что основные барьеры для КиТ ключевых групп населения, указанные в Базовой оценке, остаются актуальными и в настоящее время.

Барьеры доступа к тестированию:

- логистически сложный маршрут пациента, проходящего тестирование, длительный срок получения подтверждающего результата тестирования;
- ограниченный доступ КГН к услугам тестирования с использованием быстрых тестов;
- ограниченный доступ к тестированию на базе сообществ, самотестированию;

- необходимость оплачивать тестирование пациентам, у которых нет клинических проявлений ВИЧ-инфекции или нет направления врача с указанным кодом 113 («больные с рядом клинических показаний, указывающих на наличие ВИЧ, или с подозрением или подтвержденным диагнозом СПИД-индикаторного заболевания»);
- ограничительные меры по въезду и пребыванию в стране иностранцев с ВИЧ-инфекцией (в связи с выявлением ВИЧ иностранцы подлежат депортации).

3.2. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ

Согласно материалам Странового отчета, раннему выявлению ВИЧ-инфекции и обеспечению выявленных лиц диспансерным наблюдением уделяется особое внимание.

По данным ФНМЦ СПИД, на диспансерном учете в связи с ВИЧ-инфекцией в 2017 г. состояло 724415 инфицированных ВИЧ, что составило 74,2% от числа живших с диагнозом «ВИЧ-инфекция» [2].

Относительно лучше ситуация в отношении новых случаев ВИЧ-инфекции. Из их числа 76% выявляются у взрослого населения на ранних стадиях. Все дети ВИЧ-серопозитивных матерей обследуются на ВИЧ-инфекцию на первом году жизни, и более 80% из них — в возрасте до четырех месяцев. В Российской Федерации сформирована система оказания медицинской помощи ЛЖВ, которая представлена специализированной медицинской службой: центры профилактики и борьбы со СПИДом и инфекционные больницы (184), инфекционные кабинеты и стационарные инфекционные отделения (3758). Такая система позволила приблизить квалифицированную медицинскую помощь к месту проживания ВИЧ-инфицированных. В то же время, по мнению врача, представляющего один из областных центров СПИДа, децентрализация специализированной помощи, включая услуги по диспансеризации ВИЧ-позитивных пациентов и их лечению, остается для РФ актуальной задачей.

«Количество ВИЧ-инфицированных и больных туберкулезом в нашей области одинаковое. Однако мы имеем туберкулезную службу по всей области, а из ВИЧ-сервисных организаций — только областной центр по СПИДу. В районных медицинских учреждениях служба СПИДа отсутствует: нет специалистов» (эксперт-инфекционист).

В 2017 г. 89,3% пациентов из числа лиц со впервые установленным диагнозом «ВИЧ-инфекция» встали на учет в этом же году. Повысилась приверженность пациентов диспансерному наблюдению, о чем свидетельствует увеличение охвата обследованием на CD4 пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением, до 89% [1].

Однако, по мнению экспертов, распространенной проблемой остается ВИЧ-диссидентство, когда пациенты не признают существование ВИЧ-инфекции как таковой.

«У пациента на ранних стадиях заболевания общее самочувствие не меняется, и он не видит необходимости становиться на диспансерный учет» (эксперт-инфекционист).

Другой эксперт (руководитель НКО) отмечает неэффективное послетестовое консультирование и отсутствие необходимой психологической поддержки как ключевую причину указанной проблемы.

«Изначально человеку сложно принять свой статус. С ним не работает так, как нужно, психолог, а сразу эпидемиолог сообщает диагноз. В результате человек просто уходит в состоянии шока. Таким образом он выпадает из-под наблюдения врача» (эксперт — представитель НПО).

Как свидетельствуют материалы ФГД, организационные барьеры для диспансеризации в значительной степени сохраняются. Наиболее ограниченные возможности в доступе к этой услуге все так же имеют ключевые группы населения.

«Сейчас мне предстоит то же самое прохождение, потому что ребята в организации помогли мне написать заявление о том, чтобы меня с временными документами поставили на учет. Сейчас есть полная поддержка от таких, как я. Я бы самостоятельно даже это заявление не написала. Потому что я не знаю, куда идти, нести. А ребята написали и отнесли. Надеюсь, что мне разрешат и дадут возможность пройти диспансеризацию» (пациентка — участница ФГД).

«Пришел со справкой на 3-й этаж, все вроде адекватно. Меня отправили в регистратуру карточку заводить, и потом невыполнимый квест начался: проходить каких-то врачей, третьих, пятых, десятых. Потратил два дня на это, но в итоге встал на учет» (пациент — участник ФГД).

«Отсутствие регистрации и других документов — это большой барьер в прохождении диспансеризации и постановке на учет. У меня нет возможности сдать анализы и встать на учет» (пациентка — участница ФГД).

Барьеры к диспансеризации:

- недостаточная мотивация КГН и населения к сохранению своего здоровья, включая своевременную постановку на диспансерный учет; внутренняя стигма и дискриминация у людей с недавно установленным диагнозом «ВИЧ-инфекция», недостаточность надлежащего социально-психологического сопровождения пациентов;
- случаи недоброжелательного отношения персонала медицинских учреждений, дискриминации КГН;
- недостаточный уровень децентрализации услуг по диагностике и лечению ВИЧ-инфекции;
- бюрократические ограничения в доступе к услугам для внутренних трудовых мигрантов;
- отсутствие комплекса услуг (в т. ч. по обеспечению лечения) для ЛУИН.

3.3. АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ

За анализируемый период можно отметить ряд положительных тенденций в доступе ВИЧ-инфицированных пациентов к лечению.

В 2017 г. профессиональным сообществом пересмотрены клинические рекомендации (протоколы лечения):

- «ВИЧ-инфекция у взрослых»;
- «ВИЧ-инфекция у детей»;
- «ВИЧ-инфекция: профилактика перинатальной передачи вируса иммунодефицита человека» [1].

Новые клинические рекомендации обеспечивают использование современных, рекомендованных ВОЗ схем лечения и профилактики ВИЧ-инфекции. Расширены показания к назначению АРТ, которая теперь рекомендуется всем пациентам с ВИЧ-инфекцией [1, 10]. Это свидетельствует о снятии главного нормативного препятствия для начала эффективного лечения.

В клиническом протоколе указаны условия, при которых рекомендуется отложить начало АРТ. Одним из них является наличие психических заболеваний и тяжелой наркотической зависимости. Вместе с тем, данная рекомендация квалифицирована как «слабая», т.е. имеющая низкий уровень достоверности. В комментарии к ней приводится объяснение, которое сводится к невозможности в указанном случае формирования необходимого уровня приверженности режиму терапии, в связи с чем АРТ возможно отложить до выздоровления, достижения ремиссии, эффективной реабилитации [10].

Для обеспечения специфической антиретровирусной терапией как можно большего числа больных за последние годы в РФ был реализован комплекс мер, направленный на повышение эффективности планирования, закупки и распределения антиретровирусных препаратов (далее — АРВП).

С 2017 г. введен новый, централизованный порядок закупок АРВП, обеспечивший снижение средней стоимости лечения одного пациента более чем в два раза — со 169,4 тыс. до 84 тыс. рублей. Полученная экономия бюджетных средств позволила дополнительно обеспечить АРТ 60 тыс. человек и увеличить в конце 2017 г. охват лечением ВИЧ-инфицированных, состоящих под диспансерным наблюдением, до 50,1% без привлечения дополнительных средств. Охват АРТ лиц, инфицированных ВИЧ, составил 40% от числа ЛЖВ, знающих свой ВИЧ-статус [1].

По мнению опрошенного эксперта-инфекциониста, на сегодня в РФ «все желающие получают АРВ-терапию в полном объеме. Главное препятствие — отсутствие желания лечиться у самого пациента».

Вместе с тем, как отмечают пациенты — участники ФГД, снижение стоимости лечения привело к закупке более дешевых препаратов со множеством побочных эффектов, что сказывается на качестве лечения.

«Жалко, что чаще всего в регионах используют старые схемы и нет возможности использовать современные препараты с меньшими побочками [побочными эффектами]. Они дорогие. Соответственно, между дорогими для меньшего количества и дешевыми для большего выбирают для большего количества» (пациент — участник ФГД).

На данную проблему в своем интервью также обращала внимание эксперт — представитель региональной НПО.

«Препараты пошли более низкого качества, и в связи с этим стало больше жалоб на побочные эффекты, больше отказов от терапии. Особенно часто эти проблемы возникают у пациентов из числа ЛУИН» (эксперт — представитель НПО).

Так же критично оценивают ситуацию специалисты ФНМЦ СПИД. По его данным, в 2017 г. в России получали антиретровирусную терапию 346 132 пациента (включая больных, находившихся в местах лишения свободы), из них в 2017 г. прервали АРТ 27 177 больных. Достигнутый в России охват лечением не выполняет профилактическую роль и не позволяет радикально снизить темпы распространения заболевания и рост летальности от ВИЧ-инфекции [2].

Как отмечали пациенты — участники ФГД, на сегодняшний день в России существует ряд объективных барьеров, которые препятствуют получению АРТ всеми, кто в ней нуждается, а именно:

- нехватка денежных средств;
- перебои с препаратами для АРТ;
- перебои с реактивами для сдачи анализов на CD4 и ВН;
- перебои в работе диагностического оборудования;

«Бывают перебои с анализами, с препаратами. С московскими это редкость, но бывает. За полгода два раза препаратов не было» (пациент — участник ФГД).

«Я знаю, что для всех терапия недоступна потому, что просто нет такого количества денег, чтобы обеспечить всех нуждающихся. Поэтому охват недостаточен» (пациент — участник ФГД).

«Нет денег на такое количество. И даже тем, кому требуется по показаниям вроде бы, врачи смотрят, кому еще более нужно, и назначают» (пациент — участник ФГД).

«Нет своевременных тестов не только на вирусную нагрузку, но и обычных. Периодически не работает оборудование» (пациент — участник ФГД).

«Приехал, а там что-то не работает, соответственно, не могу сделать анализ. И еще на полгода я не знаю состояние своего организма» (пациент — участник ФГД).

«Мне лично не выдавали терапию из-за того, что ее не было. Вместо трех препаратов выписывают два препарата и даже не говорят, что его нет, и все. Не предлагают даже поменять на что-то, ничего. Пока не написал на сайт. Даже врач домой на домашний позвонила, из прокуратуры письмо пришло на Минздрав, и терапия сразу появилась» (пациент — участник ФГД).

«Терапия доступна только для россиян. Граждане России получают бесплатно. Секс-работники, наркопотребители — мне кажется, это неважно. Если ты состоишь на учете, тебе все равно дадут. А вот если ты не местный, не Россия — тебе ничего не перепадет» (пациентка — участница ФГД).

«В России, если ты не имеешь регистрации, ты нигде не получишь препараты» (пациентка — участница ФГД).

Помимо объективных препятствий доступа к лечению ВИЧ-инфекции, существуют такие субъективные барьеры, как:

- стигма и дискриминация со стороны медицинских работников (предвзятое отношение к ЛУИН, разглашение конфиденциальности и т.п.);
- побочные эффекты АРТ (мифы и страх);
- неприятие необходимости лечения (из-за хорошего самочувствия, бессимптомности ВИЧ);
- личная неорганизованность пациента («забыл», сложность соблюдения правил приема препаратов);
- психологические и поведенческие особенности ЛЖВ, отсутствие у них мотивации заботиться о своем здоровье.

«Мне предлагают, а я что-то боюсь. У меня ребенок, вдруг мне плохо будет» (пациентка — участница ФГД).

«Врач предлагал начать АРТ, выписать мне препараты, но я отказался. Я не хочу: побочки там какие-то. Я себя прекрасно чувствую, поэтому не надо» (пациент — участник ФГД).

«Терапия травит организм, там глюки какие-то... Зачем раньше времени организм травить?» (пациент — участник ФГД).

«Мне не особо нравится, когда врач относится ко всем как к наркоманам, предвзято» (пациент — участник ФГД).

«Если не твой врач, то она тебя принимает так, как будто ты наркоман, и чуть ли она тебя по второму кругу сейчас к наркологу не пошлет. И послала» (пациент — участник ФГД).

Лидеры СО НКО обращают внимание на серьезные барьеры, сохраняющиеся в доступе КГН к лечению. Как свидетельствуют факты, систематизированные в Альтернативном докладе Комитету ООН против пыток (64-я сессия, Женева, 23 июля 2018 г.), нередкими являются случаи отказа в назначении АРТ и тестирования на

иммунный статус и вирусную нагрузку среди заключенных. Основная причина таких отказов — несовершенная система закупок, когда тюрьмы не получают АРТ вовремя и в количествах, необходимых для обеспечения доступа к лечению и тестированию на иммунный статус и вирусную нагрузку всех нуждающихся [8].

Остается актуальным правовое препятствие в доступе пациентов к АРТ. Ограничены права на лечение лиц, проживающих в России не по месту постоянной регистрации. В соответствии с существующими законами, АРТ назначается и выдается пациентам по месту постоянной регистрации. Это является основной причиной отказа в АРТ для ЛЖВ в местах их фактического проживания [8].

С увеличением масштабов лечения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации растет распространенность первичной резистентности ВИЧ. По данным ФБУН ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, в 2005–2009 гг. устойчивыми к применяемым лекарственным препаратам штаммами ВИЧ заражались около 3% пациентов, в 2010–2015 гг. — около 6%. В 2017 г. результаты исследования показали, что в ряде регионов страны частота выявления первичной резистентности возросла до 9,7% [2].

Внедрен Федеральный регистр лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека (далее — ФРВИЧ), который является важным инструментом не только в мониторинге эпидемической ситуации, но и в оценке качества оказания медицинской помощи, обеспечения преемственности и взаимодействия, в том числе между гражданским и пенитенциарным секторами, лекарственном менеджменте. ФРВИЧ обеспечивает персонифицированный учет пациентов, получающих АРТ.

В целях снижения импортозависимости и обеспечения безопасности государства в стране налажен выпуск 27 генерических антиретровирусных препаратов. Расширен Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов в части лечения ВИЧ-инфекции.

Основные меры по обеспечению высокого качества, безопасности и эффективности лекарственных препаратов, выпускаемых в РФ, отражены в Стратегии фармацевтической промышленности Российской Федерации на период до 2020 г.

Однако, как отмечалось ранее, пациенты, принимающие АРТ, говорят о низком качестве этих препаратов из-за большого количества побочных эффектов.

«Аритмия, тахикардия, высокое давление, понос, бессонница, нервный тик, желудок, температура, сыпь, головокружение. И это было все вместе. Мозги до того затуманенные от приема, что ничего не понимаешь» (пациент — участник ФГД).

«Я, когда начинал принимать терапию, у меня первый месяц была бессонница, головные боли до сих пор. У меня ощущение опьянения» (пациент — участник ФГД).

Положительным фактом является то, что проблема ВИЧ-инфекции в стране рассматривается как межсекторальная. В соответствии с Порядком оказания медицинской помощи взрослому населению при заболевании, вызываемом вирусом

иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 08.11.2012 № 689н, стандартами оказания медицинской помощи при заболевании, вызываемом ВИЧ, а также клиническими рекомендациями (протоколами лечения) оказывается комплекс медицинских услуг, определены ряд обязательных консультаций специалистов и исследований с целью своевременного диагностирования туберкулеза, рака шейки матки, вирусных гепатитов, ИППП и оппортунистических заболеваний у больных ВИЧ-инфекцией. В 2017 г. были обследованы на вирусный гепатит В 66% пациентов с диагнозом «ВИЧ-инфекция», состоящих под диспансерным наблюдением, на вирусный гепатит С и заболевания, передающиеся половым путем, — 58% [1].

На фоне формирования позитивной динамики заболеваемости туберкулезом в стране, с 2009 г. заболеваемость туберкулезом, сочетанным с ВИЧ, увеличилась в 1,9 раза. Учитывая то что риск заболеть туберкулезом у лиц, инфицированных ВИЧ, гораздо выше, чем у лиц с отрицательным ВИЧ-статусом, была внедрена система профилактики туберкулеза у ВИЧ-инфицированных пациентов. ВИЧ-инфицированные дважды в год проходят профилактические медицинские осмотры в целях выявления туберкулеза. Так, в 2017 г. 92,3% ВИЧ-инфицированных пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением, обследованы в целях выявления туберкулеза. Выстроена система специфической профилактики туберкулеза. В 2017 г. более 90% пациентов с ВИЧ по клиническим показаниям прошли курс химиопрофилактики туберкулеза. Профессиональным сообществом разработаны и внедрены в практику Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией. В 2017 г. впервые отмечена стабилизация (а не рост, как в предыдущие годы) показателя заболеваемости туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией на 100 тыс. постоянного населения: 2016 г. — 8,5; 2017 г. — 8,4 [1].

Проведенный анализ позволяет отметить значимый прогресс в доступе ЛЖВ к лечению, который достигнут благодаря пересмотру Клинических рекомендаций (протоколов лечения ВИЧ-инфекции) и оптимизации подходов к закупкам АРВ-препаратов. Низкий доступ к лечению, как и на момент Базовой оценки, сохраняется у лиц, находящихся в местах лишения свободы, вследствие бюджетного недофинансирования и у внутренних мигрантов из-за правовой нормы, предписывающей необходимость регистрации места проживания для получения АРТ.

3.4. ДОСТИЖЕНИЕ ВИРУСНОЙ СУПРЕССИИ

В соответствии с клиническими рекомендациями осуществляется мониторинг лечения ЛЖВ, получающих терапию. У 85% пациентов, принимавших АРТ, вирусная нагрузка при последнем исследовании была неопределяемой [1].

Значительные проблемы остаются в лечении и удержании пациентов с коинфекцией ВИЧ/ТБ: система здравоохранения ориентирована вертикально, с жесткой специализацией персонала в контексте лечения конкретных заболеваний или групп пациентов, и это препятствует лечению ЛЖВ/ТБ: в частности, врачи общей

практики не считают себя ответственными за ведение таких случаев, что не соответствует целям децентрализации услуг. Также причинами отрывов от лечения являлись побочные эффекты АРВП и перебои в их поставках, отсутствие сервисов для ЛУИН.

Барьеры доступа к АРТ и повышению ее эффективности:

- отсутствие стратегии внедрения социального сопровождения силами НКО и их ограниченная роль в предоставлении услуг по формированию и поддержке приверженности, способствующей удержанию пациентов на лечении;
- ограниченный пакет услуг для ЛУИН и других КГН для формирования и сохранения приверженности к медицинским услугам и АРТ;
- недостаточно эффективное медицинское консультирование пациентов, о чем свидетельствуют распространенные среди них мифы и предубеждения относительно АРТ, бытующие в среде ЛЖВ;
- регистрация как условие для получения АРВТ;
- перебои в поставках АРТ и тест-систем для определения ВН в местах лишения свободы.

РАЗДЕЛ 4. УЧАСТИЕ ПРОЕКТА «ПАРТНЕРСТВО» В РЕАЛИЗАЦИИ ОТВЕТА СТРАНЫ НА ЭПИДЕМИЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ/СПИДА

- В 2017–2018 гг. были приняты законодательные и нормативные акты, в разработке и адвокации которых принимали участие представители общественных организаций:
 - Государственная стратегия противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2020 года и дальнейшую перспективу (утверждена Распоряжением Правительства РФ от 20.10.2016 № 2203-р);
 - Методические рекомендации «Разработка типовой межведомственной программы по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения» (протокол № 3 Профильной комиссии Минздрава РФ по диагностике и лечению ВИЧ-инфекции от 21.09.2018);
- Проведен мониторинг и анализ государственных закупок в сфере ВИЧ за 2017–2018 гг.
- Выпущена серия брошюр для НПО по привлечению финансирования ВИЧ-сервисными организациями в России.
- Работают площадки КГН для укрепления потенциала сообществ и мобилизации.
- Проведен анализ ситуации и разработаны рекомендации для отмены нормы о депортации ВИЧ-позитивных мигрантов. Разработан план дальнейших действий

для изменения ситуации.

- Проведена итоговая общая встреча КГН проекта «#Партнерство». Подготовлена Резолюция по итогам встречи и реализации проекта.

Раздел 5. Рекомендуемые направления адвокационной деятельности

- Смягчение законодательных, организационных и финансовых барьеров в доступе КГН к ВИЧ-сервису, включая гендерно чувствительную вторичную профилактику, тестирование, лечение, уход и поддержку. Наиболее перспективными (с точки зрения эффективности ответа на эпидемию) направлениями являются:

— увеличение государственного финансирования СО НКО, предоставляющих услуги по снижению вреда среди КГН;

— расширение возможностей для тестирования КГН, включая КиТ на базе сообществ и силами сообществ;

— предоставление социальных услуг по содействию ВИЧ-позитивным лицам в постановке на диспансерный учет, формированию приверженности АРТ, оказанию паллиативной помощи.

— Внедрение действенной системы оценки результативности работы ВИЧ-сервисных НКО на всех этапах каскада.

- Декриминализация употребления наркотических и психотропных веществ, предоставления коммерческих секс-услуг, а также изменения статьи 122 УК РФ.

- Внесение изменений в протокол проведения лабораторной диагностики ВИЧ с целью упрощения алгоритма тестирования и сокращения времени получения окончательного результата.

- Внесение изменений в законодательство с целью снижения барьеров для ЛЖВ — внутренних трудовых мигрантов при постановке на учет по месту фактического проживания.

- Повышение уровня знаний о ВИЧ медицинских работников, предоставляющих помощь на первичном уровне, повышение их обеспокоенности поздним выявлением ВИЧ у пациентов, формирование у врачей, фельдшеров, медицинских сестер толерантного отношения к ЛЖВ, включая представителей КГН.

- Социальная мобилизация сообществ по борьбе с внутренней стигмой и работа по формированию приверженности ЛЖВ к медицинским услугам.

- Усовершенствование системы закупок АРТ-препаратов и расходных материалов для лабораторной диагностики ЛЖВ в соответствии с рекомендациями ВОЗ и современными стандартами, фармацевтического менеджмента АРТ с целью предотвращения перебоев в поставках, включая пенитенциарные учреждения.

- Нарращивание потенциала и развитие сотрудничества сообществ, НКО, ЛПУ для улучшения доступа к полному континууму услуг.

- Расширение доступа к амбулаторной модели лечения туберкулеза у ЛЖВ.

- Унификация национальной системы МиО с целью проведения сбора и анализа эпидемиологических данных, включая данные по охвату АРТ представителей КНГ и данные по вирусной супрессии.

ИСТОЧНИКИ

1. Страновой отчет о достигнутом прогрессе – Российская Федерация. Глобальный мониторинг эпидемии СПИДа 2018-07-11. URL: http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/RUS_2018_countryreport.pdf.
2. ВИЧ-инфекция в Российской Федерации на 31 декабря 2017 г. URL: http://xn--b1aelalagclef3d.xn--p1ai/doc/spravka-vich_2017.doc;
http://aids-centr.perm.ru/images/4/hiv_in_russia/hiv_in_rf_31.12.2017.pdf.
3. Статистические данные по ВИЧ-инфекции за 2017 год на сайте «ВИЧ-инфекция, СПИД, ЗППП». URL: <https://spid-vich-zppp.ru/statistika/epidemiya-vich-spida-v-rossii-2017.html> статистика 2017.
4. Федеральный закон от 30.12.2015 № 438-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части права иностранных граждан и лиц без гражданства, страдающих заболеванием, вызываемым вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекцией), на пребывание и проживание в Российской Федерации». URL: <http://www.garant.ru/hotlaw/federal/688383/#ixzz5MLnERR12>.
5. Постановление Конституционного суда Российской Федерации по делу о проверке конституционности подпункта 6 пункта 1 статьи 127 Семейного кодекса Российской Федерации и пункта 2 Перечня заболеваний, при наличии которых лицо не может усыновить (удочерить) ребенка, принять его под опеку (попечительство), взять в приемную или патронатную семью, в связи с жалобой гражданина К.С. и гражданки Р.С. 20 июня 2018 года. URL: <http://doc.ksrf.ru/decision/KSRFDecision338500.pdf>.
6. Статистические данные по ВИЧ-инфекции за 2016 год на сайте «ВИЧ-инфекция, СПИД, ЗППП». URL: <https://spid-vich-zppp.ru/statistika/ofitsialnaya-statistika-vich-spid-rf-2016.html> статистика 2016.
7. Веб-сайт Федерального научно-методического Центра по профилактике и борьбе со СПИДом. URL: <http://www.hivrussia.ru>.
8. Альтернативный доклад Комитету ООН против пыток, 64-я сессия, Женева. 23 июля 2018 г. URL: <https://tbinternet.ohchr.org/layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT%2fCAT%2fCSS%2fRUS%2f31613&Lang=ru>.
9. Отчет «Анализ доступа к государственному финансированию для СО НКО, работающих в сфере профилактики ВИЧ-инфекции в группах повышенного риска: успехи и вызовы». Краткая версия. Ассоциация «Е.В.А». Санкт-Петербург, 2017 г. URL: <https://www.ewna.org/countries/russia/>.

10. Клинические рекомендации «ВИЧ-инфекция у взрослых». Министерство здравоохранения РФ, 2017 г. URL: <https://arvt.ru/sites/default/files/rf-2017-protokol-vich-vzroslye.pdf>.
11. Государственная стратегия противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2020 года и дальнейшую перспективу (утв. Распоряжением Правительства РФ от 20 октября 2016 г. N 2203-п). URL: http://gov.garant.ru/SESSION/PILOT/doc/doc_print.html?print_type=1&pid=71521338&blockId=0&garantCommentsOn=1&versionCommentsOn=1.
12. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 20.04.2017 № 754-п. URL: <http://static.government.ru/media/files/QKTjakw8C8wsZkBBSL7cW3qNFYJv8Son.pdf>.
13. Кодекс об административных правонарушениях РФ (в редакции Федерального закона от 22.06.2007 № 116-ФЗ). URL: <http://ppt.ru/kodeks.phtml?kodeks=11&paper=6.11>.
14. Уголовный кодекс Российской Федерации. URL: <http://pravo.gov.ru/proxy/ips/?docbody&nd=102041891>.
15. Годовой отчет о деятельности Фонда «Открытый институт здоровья населения» за 2016 год. URL: http://www.ohi.ru/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=73&Itemid=1097&lang=ru.
16. Country factsheets. Russian Federation 2017. URL: <http://aidsinfo.unaids.org>.

РЕСПУБЛИКА УЗБЕКИСТАН

РАЗДЕЛ 1. ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Для Узбекистана характерна концентрированная стадия развития эпидемии ВИЧ-инфекции. ВИЧ в основном распространен среди КГН: ЛУИН, МСМ, СР, а также трудовых мигрантов.

В Республике Узбекистан на 01.01.2018 число лиц, живущих с ВИЧ-инфекцией, составило 37 861 чел. Всего в течение 2017 г. зарегистрированы 4 025 случаев ВИЧ-инфекции, из них мужчин — 2 293 (57%), женщин — 1 732 (43%) (в 2014 г., по данным Базовой оценки, соотношение новых случаев среди мужчин и женщин составляло 55,4% к 44,6%).

Согласно официальной статистике, по состоянию на 31.12.2017 34 017 ВИЧ-инфицированных состояли на диспансерном учете, а в течение 2017 г. 4 506 лиц взяты на диспансерный учет, все они освидетельствованы на предмет необходимости АРТ [1].

Число новых случаев ВИЧ-инфекции в 2014 г. (Базовая оценка) составляло 4 236 (13,5 на 100 тыс. населения), в 2017 г. — 4 025 [1].

В течение длительного времени доминирующим фактором развития эпидемии ВИЧ-инфекции было употребление инъекционных наркотиков. Однако в последние годы в Республике Узбекистан, как и в других странах региона ВЕЦА, наблюдается тенденция к смене путей инфицирования: начал доминировать половой путь: в 2017 г. половой путь передачи составлял 2 796 случаев (69,5%), парентеральный путь — 785 случаев (19,5%), вертикальный путь — 11 случаев (0,3%) [1]. Согласно данным Базовой оценки, в 2014 г. половой путь передачи ВИЧ составлял 64,7%, парентеральный — 24,4%.

РАЗДЕЛ 2. АНАЛИЗ КАСКАДА ВИЧ-УСЛУГ

По неопубликованным данным Республиканского центра по борьбе со СПИДом, предоставленным представителями сообщества, оценочное количество ЛЖВ в Узбекистане достигает 46 193 чел., а количество выявленных случаев ВИЧ-инфекции составляет 37 861 [8]. По официальной статистике, на 31.12.2017 на диспансерном учете с диагнозом «ВИЧ-инфекция» состояло 34 017 чел., получал АРТ 20 281 чел. [1]. По неопубликованным данным Республиканского центра по борьбе со СПИДом,

количество пациентов на АРТ с неопределяемой вирусной нагрузкой на конец 2017 г. составляло 11 945 чел. (59% ЛЖВ, принимающих АРТ, или 26% от всех ЛЖВ) [8].

Иными словами:

- знают свой ВИЧ-статус 82% от оценочного числа ЛЖВ;
- состоят на диспансерном учете 74% от оценочного числа ЛЖВ (или 90% пациентов, знающих свой ВИЧ-статус);
- получают АРТ 44% от оценочного числа ЛЖВ (59% ЛЖВ, состоящих на диспансерном учете, или 54% знающих свой ВИЧ-статус);
- неопределяемую вирусную нагрузку имеют 26% от оценочного числа ЛЖВ, или 59% ЛЖВ на АРТ (Рис. 15).

Таким образом, в континууме целей «90–90–90» Узбекистан приближается к достижению первой цели — выявлению 90% ЛЖВ (актуальный показатель — 82%). С достижением второй и третьей целей (обеспечение АРТ 90% выявленных ЛЖВ и достижение супрессии вируса у 90% ЛЖВ, принимающих АРТ) возникают определенные сложности (актуальные показатели — 54% и 59% соответственно).

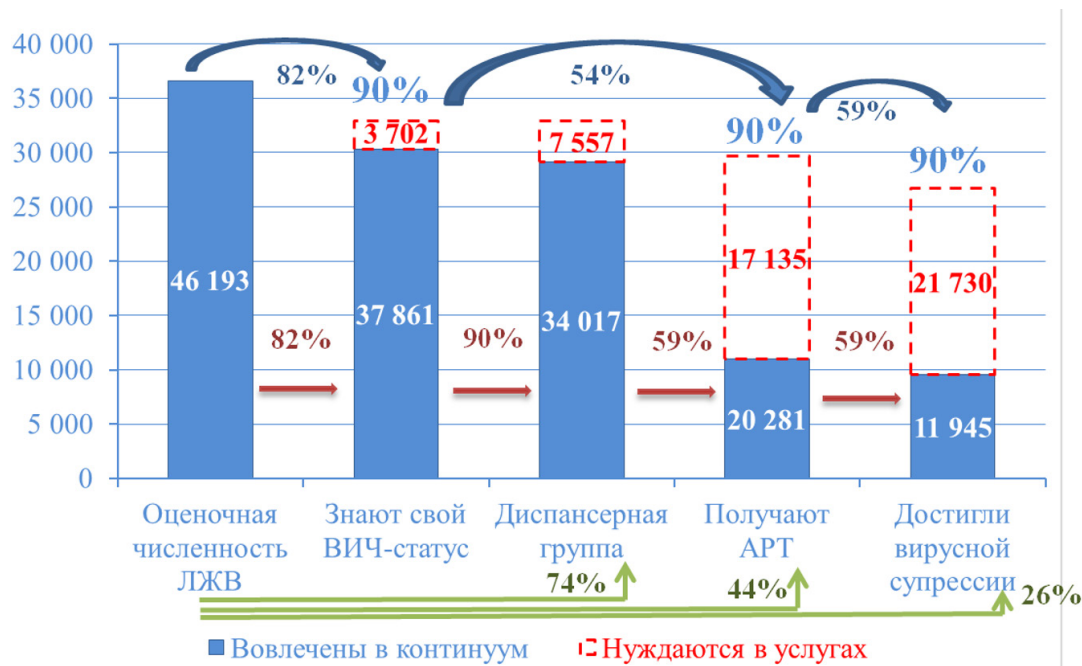


Рисунок 15. Каскад ВИЧ-услуг, Республика Узбекистан, 2017 г.

По данным Базовой оценки (2014 г.), свой ВИЧ-положительный статус знали 83%, на диспансерном учете находился 81% от оценочного числа ЛЖВ (или 96% от количества ЛЖВ, знающих свой ВИЧ-статус), АРТ принимали 30% от оценочной численности ЛЖВ (или 36% пациентов, знающих свой ВИЧ-статус), а неопределяемая вирусная нагрузка была достигнута у 87% пациентов, принимающих АРТ (или 26% от оценочной численности ЛЖВ) (Рис. 16).

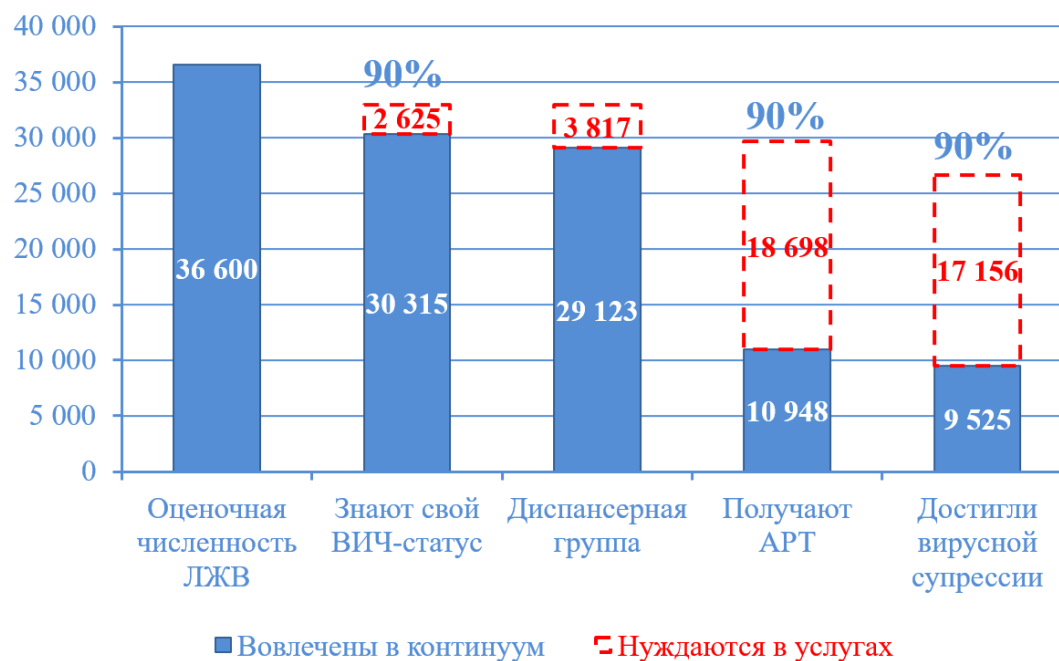


Рисунок 16. Каскад ВИЧ-услуг, Республика Узбекистан, 2014 г.

Таким образом, при сравнении данных 2014 и 2017 гг. (Рис. 17) показатель достижения первой цели «90» остается стабильно высоким; прогресс в достижении второй цели (с 36% до 54%) свидетельствует о качественном улучшении охватом АРТ. На первый взгляд, ситуация с ЛЖВ на АРТ, достигшими вирусной супрессии (третья цель «90»), ухудшилась, однако, возможно, показатель 87%, фигурировавший в Базовой оценке, был недостаточно достоверным. Об этом свидетельствуют данные представителей сообщества, согласно которым на конец 2015 г. иммунная супрессия была достигнута у 57% ЛЖВ, принимающих АРТ, на конец 2016 — у 58%. Указанные показатели близки к значению по итогам 2017 г. (59%), однако сильно отличаются от показателя 2014 г., фигурировавшего в Базовой оценке.

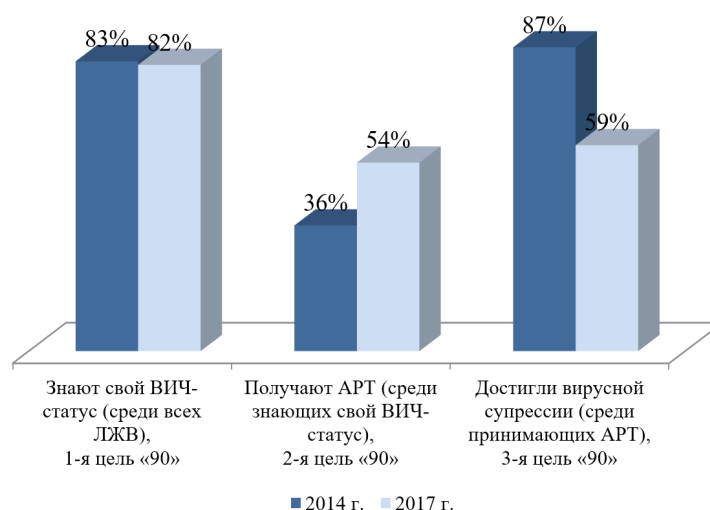


Рисунок 17. Каскад ВИЧ-услуг в соотношении с целями ЮНЭЙДС «90–90–90», Республика Узбекистан, 2014 и 2017 гг., %

РАЗДЕЛ 3. АНАЛИЗ ДОСТУПА И ОПРЕДЕЛЕНИЕ БАРЬЕРОВ К УСЛУГАМ НЕПРЕРЫВНОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ЛЖВ И КГН

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Основным документом, регулирующим правоотношения в сфере ВИЧ-инфекции, является Закон Республики Узбекистан от 23.09.2013 ЗРУ-353 «О противодействии инфекции, вызываемой вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», а также другие законы и нормативные акты, направленные на предотвращение эпидемии ВИЧ. Постановлением Президента Республики Узбекистан от 26.12.2008 ПП-1023 «О дополнительных мерах по повышению эффективности противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Республике Узбекистан» обеспечено более тесное взаимодействие государственных, общественных, международных и зарубежных организаций в сфере противодействия распространению ВИЧ-инфекции. Создана Республиканская комиссия по координации мероприятий по противодействию распространению ВИЧ-инфекции в Республике Узбекистан под председательством Премьер-министра Республики Узбекистан, в состав которой входит ряд уполномоченных министерств и ведомств. В конце 2017 г. Правительство Республики Узбекистан предприняло решительные меры по дальнейшему преодолению эпидемии ВИЧ в стране. Для последовательной реализации задач, определенных Стратегией действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан в 2017–2021 годах, принята Государственная программа на 2018 год, утвержденная Постановлением Президента Республики Узбекистан от 25.01.2018 № ПП-3493 «О мерах по дальнейшему совершенствованию системы противодействия распространению заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека, в Республике Узбекистан», а также утверждена Государственная программа на 2019–2022 гг. по дополнительным мерам противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Республике Узбекистан [3].

Социальная защита ВИЧ-инфицированных граждан гарантирована в соответствии с Законом Республики Узбекистан от 23.09.2013 № ЗРУ-353 «О противодействии распространению заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)». Так, в соответствии с Законом, ВИЧ-инфицированным предоставляется бесплатное специфическое лечение. ВИЧ-инфицированные, не достигшие восемнадцатилетнего возраста, имеют право на получение ежемесячного социального пособия независимо от стадии заболевания и льготы для детей-инвалидов, установленные законодательством. Родители ВИЧ-инфицированных детей или лица, заменяющие родителей, имеют право на совместное пребывание с детьми в лечебно-профилактическом учреждении в стационарных условиях с временным освобождением от работы и выплатой пособия по временной нетрудоспособности в порядке, установленном законодательством. В соответствии с Государственной программой по противодействию распространения ВИЧ-инфекции в Республике Узбекистан на 2018 год, утвержденной Постановлением Президента Республики Узбекистан № 3493, утвержден приказ Министерства здравоохранения по совершенствованию механизма выплаты социальных пособий детям с ВИЧ-инфекцией

до 18 лет. Кроме этого, создана рабочая группа по разработке и утверждению порядка бесперебойного обеспечения сухими молочными смесями детей в возрасте до 6 месяцев, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями [1].

В Узбекистане Распоряжением Совета Министров от 13.08.1987 № 1124 был организован Республиканский диагностический центр СПИДа в г. Ташкент. С 1989 г. центр был переименован в Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом. На сегодня центры по борьбе со СПИДом функционируют в каждой области и в Республике Каракалпакстан [4]. Финансирование программ по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции осуществляется как из государственного бюджета, так и из донорских средств. За 2017 г. в сфере противодействия эпидемии ВИЧ выделено 24,8 млн. долл. США: Государственное финансирование мероприятий в области ВИЧ-инфекции в Республике Узбекистан в 2017 г. составило более 17,4 млн. долл. США. Расходы на закупку АРВ-препаратов составили 7,4 млн. долл. США [1].

3.1. ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

По данным ЮНЭЙДС, уровень распространения ВИЧ-инфекции среди КГН составлял в 2015 г.:

- ЛУИН — 5,6% (8,5% в 2014 г.);
- СР — 2,9% (1,3% в 2014 г.);
- МСМ — 3,3% (3,2% в 2014 г.) [2].

Эти данные также подтверждают тенденцию к увеличению полового пути передачи ВИЧ.

По данным ЮНЭЙДС, оценочная численность **ЛУИН** в Узбекистане составляла 48 тыс. чел. (оценка 2012 г.), оценочная численность СР — 22 100 чел. (оценка 2012 г.), данные об оценочном количестве МСМ отсутствуют [2].

Охват ЛУИН профилактическими программами составил 63% от оценочного числа (30 081 чел.): в 2017 г. представителям этой группы были розданы 5 723 144 одноразовых шприца (190 единиц на одного ЛУИН от охвата) и 2 230 160 презервативов (74 презерватива на одного ЛУИН от охвата). По данным ЮНЭЙДС, среди представителей этой группы свой ВИЧ-статус знают 62,2%; показатель пользования презервативами составляет 45,1%, уровень безопасных инъекционных практик — 85,1% (данные 2015 г.) [2].

Совместными усилиями региональных центров по борьбе со СПИДом и НПО во всех 14 административных регионах республики осуществляются профилактические мероприятия среди лиц, предоставляющих интимные услуги за вознаграждение (СР). В 2017 г. 15 640 СР охвачены профилактическими мероприятиями, им было роздано 2 083 424 презерватива (133 единицы на одного СР от охвата); по данным ЮНЭЙДС, показатель пользования презервативами среди представителей

этой группы составляет 51,7% (оценка 2015 г.).

Профилактические мероприятия среди мужчин, имеющих интимные отношения с мужчинами (МСМ), осуществляются в пяти административных территориях республики (в Базовой оценке речь шла о трех регионах). В 2017 г. 2039 МСМ охвачены профилактическими мероприятиями, им розданы 151 918 презервативов (75 единиц на одного МСМ от охвата); по данным ЮНЭЙДС, показатель пользования презервативами среди представителей этой группы составляет 94,6% (оценка 2015 г.). Уровень охвата МСМ профилактическими программами невозможно указать по причине отсутствия в открытом доступе данных об их оценочном числе.

По мнению эксперта — представителя НПО, доступ к профилактическим услугам всех, кто в этом нуждается, за последние 2,5 года остался на прежнем уровне.

«Ничего не изменилось среди всех групп. Не было улучшения, всё так же стабильно» (эксперт — представитель НПО).

Более того, на уровень охвата ключевых групп профилактическими мероприятиями влияет законодательная база, предусматривающая для разных категорий разную ответственность: от уголовной до административной. И чтобы расширить доступ ключевых групп к профилактическим мероприятиям, по мнению эксперта — представителя НПО, «необходимо поменять законодательную базу».

«Необходимо менять законодательную базу. Потому что по МСМ предусмотрена уголовная ответственность, по ЛУИН предусмотрена статья за хранение [наркотиков], по СР — административная ответственность, по мигрантам — принято принудительное тестирование» (эксперт — представитель НПО).

По мнению остальной части экспертов, в Республике Узбекистан профилактике ВИЧ-инфекции уделяется большое внимание со стороны правительства. За последний год были приняты несколько нормативных документов, согласно которым из государственного бюджета выделены денежные средства на профилактические мероприятия, в том числе и среди КГН.

«В этом [2018] году было принято два постановления Президента: одно постановление — в январе 2018 года, которое планирует финансирование всех мероприятий, в том числе профилактических мероприятий, на 2018 год, и со стороны государственного бюджета выделяется немалая сумма на профилактические мероприятия; второе постановление — за номером 3800, которое было утверждено Президентом 22 июля 2018 года. Данная государственная программа рассчитана от 2019 года до 2022 года, где подробно расписаны финансовые расходы, выделение государственных бюджетных денег. Также выделяются деньги на профилактические мероприятия среди групп риска» (эксперт-инфекционист).

Указанная государственная программа позволит расширить штат и количество кабинетов доверия, где будут оказываться профилактические услуги представителям КГН (ЛУИН, СР, МСМ). Помимо этого, в 2021 г. планируется перевести все 180 кабинетов доверия на государственный бюджет.

«В данной государственной программе планируется утверждение штатных единиц ассистентов и аутрич-работников 40 кабинетов доверия, которые будут финансироваться за счет государственных бюджетных средств, а также профилактические мероприятия. Также могу сказать, что со второй половины 2021 года, когда заканчивается финансирование проекта Глобального фонда, кабинеты доверия будут на государственном финансировании и будут утверждены штатные единицы» (эксперт-инфекционист).

По мнению экспертов, совместное финансирование за счет государственного бюджета и средств донора позволит существенно улучшить качество профилактических мероприятий в стране.

3.2. КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ И ТЕСТИРОВАНИЕ НА ВИЧ

В настоящее время население Республики Узбекистан имеет возможность получать консультирование и тестирование на ВИЧ бесплатно на добровольной основе. Данные о количестве тестов, проведенных в стране в 2017 г., отсутствуют в открытом доступе. Однако, по словам директора Республиканского центра по борьбе со СПИДом, в стране ежегодно тестируется на ВИЧ 3,4 млн. чел. [5].

По словам экспертов, за последние 2,5 года благодаря государственной поддержке увеличилось финансирование на закупку тест-систем, что позволило расширить услуги тестирования как среди общего населения, так и среди ключевых групп.

«В основном это государственные источники, т.к. финансирование донора сокращается ежегодно, на сегодняшний день тестирование общего населения и групп риска проходит на средства государственного бюджета, но диагностика уровня клинических стадий, иммунодефицита и т.д. проводится за счет донора. Т. е. это в среднем составляет 30% на 70%» (эксперт-инфекционист).

На сегодняшний день закупаются тест-системы высокого качества, а тестирование максимально приближено к месту жительства населения.

«Тест-системы закупаются качественные, квалифицированные ВОЗ, т.к. на нашем оборудовании низкокачественные тесты нельзя использовать. Сегодня закупаются автолаборатории, которые будут спокойно ездить и тестировать горные регионы, долину и т.д. Тестирование для ключевых групп населения могут спокойно проводить в анонимных кабинетах доверия; закупаются тесты на слюне, экспресс-тестирование можно пройти в дружественных кабинетах, которые начинают функционировать со второй половины 2018 года» (эксперт-инфекционист).

Для тестирования используются тесты ИФА III и IV поколений, быстрые тесты чувствительностью не менее 99% и специфичностью 95–98%, а также иммунный блоттинг как подтверждающий тест.

Как отмечают эксперты, быстрые тесты в Узбекистане используются очень широко: в ЛПУ, кабинетах доверия, дружественных кабинетах, в центрах СПИДа для скрининга.

«Быстрые тесты у нас используются очень широко, но только для скрининга. Постановка диагноза у нас в стране пока по старым рекомендациям ВОЗ — на основании иммуноблоттинга» (эксперт-инфекционист).

Как правило, окончательные результаты теста поступают в региональный центр СПИДа в течение одной недели. Пациент может получить окончательный результат исследования в течение 2–4 недель после первого положительного результата теста.

Тестирование проводится медицинскими сестрами на базе медицинских учреждений. Алгоритм проведения тестирования зависит от вида теста и медицинского учреждения, где он предоставляется.

«Если мы проводим тестирование со службой СПИДа, обязательно участвуют медицинская сестра, врач, а консультирование проводят специалисты неправительственных организаций. Тестирование экспресс-тестами со слюной можно проводить в кабинетах доверия, где также участвуют социальные работники, аутрич-работники и специалисты медицинской службы» (эксперт-инфекционист).

Согласно положениям Закона Республики Узбекистан от 23.09.2013 № ЗРУ-353 «О противодействии инфекции, вызываемой вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», в стране проводится обязательное тестирование определенных групп населения, которые могут быть подвержены заражению при соприкосновении с группами повышенного риска инфицирования. К ним относятся: беременные женщины; дети, рожденные ВИЧ-позитивными матерями; лица, выезжавшие на длительный срок за пределы страны; доноры; лица, вступающие в брак в возрасте до 50 лет; половые партнеры ВИЧ-инфицированных; лица с клиническими признаками ИППП и иммунодефицита. Исследования среди групп населения, подлежащих обязательному тестированию, показали, что выявление ВИЧ среди них остается стабильно низким.

По мнению экспертов, за последние 2,5 года в Узбекистане среди вновь выявленных пациентов доля ЛЖВ в стадии СПИДа уменьшилась. Это произошло за счет расширения тестирования на ВИЧ практически на всех уровнях предоставления медицинской помощи, что позволяет выявить ВИЧ-инфекцию на ранней стадии.

«Если 2,5 года назад количество пациентов среди нововыявленных на IV стадии (СПИДа) составляло около 35%, то на сегодняшний день на этой стадии выявляется от 15% до 18% случаев» (эксперт-инфекционист).

Вместе с тем, особое беспокойство в аспекте раннего выявления ВИЧ вызывают мигранты, поскольку количество новых случаев ВИЧ среди них растет, а охватить их тестированием, по мнению экспертов, очень сложно.

«Мигранты, выезжающие за пределы Республики Узбекистан на очень длительный период, возвращаясь в страну, уже находятся на тяжелых стадиях, и мы не всегда успеваем охватить их тестированием на ВИЧ и своевременно выявить» (эксперт-инфекционист).

В связи с этим был принят решение о необходимости широкого привлечения мигрантов к тестированию на ВИЧ после возвращения в страну.

В 2017 г. были протестированы на ВИЧ 13 053 ЛУИН, 6 640 СР и 612 МСМ [1] (аналогичных данных за 2014 г. нет). По мнению экспертов, за последние 2,5 года доступ к тестированию на ВИЧ улучшился по каждой группе, за исключением МСМ.

«Доступ к тестированию на ВИЧ улучшился по каждой группе. Что касается МСМ — это щепетильная группа, доступ к которой, к сожалению, нам сложно найти, но единичные случаи выявления среди них есть. Охватывать стараемся благодаря эпидемиологическому надзору каждые два года эту группу риска» (эксперт-инфекционист).

Данные о количестве тестов на ВИЧ, проведенных в противотуберкулезных учреждениях для пациентов с впервые выявленным ТБ, отсутствуют в открытом доступе.

В 2014 г., согласно результатам Базовой оценки, одним из барьеров для вовлечения МСМ в тестирование на ВИЧ были названы как высокий уровень стигмы по отношению к данной группе населения, так и сохраняющаяся норма законодательства об уголовном преследовании за однополые отношения. Многие представители МСМ не упоминают принадлежность к данной группе при обращении за услугами Ки Т.

Другими препятствиями к обследованию на ВИЧ у населения являлся страх и некоторые социокультурные особенности.

По данным финального опроса, эксперты и пациенты были единодушны во мнении, что объективные барьеры, препятствующие прохождению тестирования на ВИЧ, в Республике Узбекистан практически отсутствуют.

«Препятствий со стороны государственных учреждений никаких нет: любой гражданин Узбекистана может спокойно пройти тестирование как на анонимной основе, так и официально» (эксперт-инфекционист).

Вместе с тем, прохождению тестирования на ВИЧ препятствуют субъективные факторы, такие как:

- предрассудки и предубеждения самих пациентов (например, стереотип о том, что человек, которые не принимает наркотики и не предоставляет секс-услуги, не может инфицироваться ВИЧ);
- страх перед возможным положительным результатом теста на ВИЧ и негативными последствиями, которые с ним ассоциируются (например, «узнают представители социального окружения, родственники, семья», «увольят с работы» и т.п.), самостигматизация;
- социально-психологические и поведенческие особенности пациентов, в частности ЛУИН, их нежелание заботиться о своем здоровье;
- низкий уровень информированности населения о ВИЧ;
- отсутствие информации о том, кто, где и каким образом человек может пройти тестирование.

«Страх того, что будет осуждение со стороны общества. Люди боятся, что нарушится конфиденциальность данной информации, что об этом узнают

абсолютно все, люди боятся разглашения статуса» (пациент — участник ФГД).

«Когда мы учились в школе, нам говорили о СПИДе. Но это было что-то очень страшное и что заболевает только определенная группа людей, что нас это никогда не коснется. Я даже никогда не задумывалась о том, что этот анализ необходимо сдать» (пациентка — участница ФГД).

«Люди не верят то, что они болеют, люди не понимают, что данное заболевание протекает бессимптомно, пока состояние не дойдет до критической стадии» (пациент — участник ФГД).

«Люди зачастую боятся сдавать анализы, потому что боятся, что их уволят с работы» (пациент — участник ФГД).

«На 100% доступно, ограничений не существует, единственное — люди не все знают, где можно пройти тестирование. Если брать общее население, у нас это не афишируется» (пациент — участник ФГД).

Объективные барьеры доступа к тестированию в Узбекистане со стороны государства в целом отсутствуют, и об этом говорит высокий процент выявленных ЛЖВ в сравнении с оценочной группой. Однако субъективные препятствия (стигма и дискриминация, страхи и предубеждения) существуют.

3.3. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ

В 2014 г., согласно результатам Базовой оценки, в Республике Узбекистан не было выявлено серьезных барьеров при постановке на учет для граждан страны и для иностранцев.

По состоянию на конец 2017 г. на диспансерном учете состояло 34 017 ЛЖВ (89,8% от числа ЛЖВ, знающих свой статус), что свидетельствует об отсутствии барьеров при диспансеризации ЛЖВ.

Такого же мнения придерживается и эксперт-инфекционист Центра СПИДа, по словам которого, «на сегодняшний день охват диспансеризацией составляет более 80% людей, живущих с ВИЧ».

Во время диспансеризации все медицинские услуги оказываются пациентам на бесплатной основе. Средства выделяются как из государственного бюджета, так и за счет донора. Услуги оказываются в 15 региональных центрах СПИДа, включая Республиканский центр СПИДа, службу ГУИН, а также областные инфекционные стационары, куда люди могут госпитализироваться для лечения оппортунистических заболеваний и побочных эффектов от АРТ (по данным интервью с экспертом-инфекционистом).

Вместе с тем, у части ЛЖВ непринятие диагноза, боязнь стигмы и дискриминации, в т.ч. страх быть отвергнутым (обществом, знакомыми, семьей), самостигматизация и самодискриминация, страх разглашения диагноза мешают им вставать на

диспансерный учет. Это подтвердили как эксперты, так и участники ФГД из числа представителей сообщества.

«Мне, когда в городском центре СПИДа сказали о диагнозе, я не поверил и поехал в республиканский центр. После этого сдавал анализы ещё в двух частных клиниках. Анализы сдавал анонимно, и везде результат вышел положительный. На сегодняшний день я не верю и хочу еще раз пройти обследование. Мне тяжело принять этот факт» (пациент — участник ФГД).

«У меня был страх. Я являюсь наркоманом, в наркологии никогда не состоял на учете. Будучи наркоманом, я знал, что это очень плохо, если я буду стоять на учете, что это отразится на моей жизнедеятельности. Такое же мнение у меня было о СПИД-центре, поэтому я не стремился вставать на учёт до тех пор, пока я полностью не выяснил всю информацию» (пациент — участник ФГД).

«Я считаю, что это связано с тем, что при постановке на учет и посещая другие медицинские учреждения, люди сталкиваются с предвзятым отношением врачей. Это отталкивает, это барьер на пути к лечению» (пациентка — участница ФГД).

Надо отметить, что представители сообщества особо отмечали наличие стигмы и дискриминации по отношению к ЛЖВ со стороны медицинского персонала районных поликлиник.

«Инфекционист терял мою анкету четыре раза: анкета передвигается по всей поликлинике, и вся поликлиника знает о моем статусе» (пациент — участник ФГД).

«В моём случае информация дошла до врача поликлиники, и участковый врач отправил медсестру к нам домой. Вся моя семья была в курсе и попросила врача не распространять данную информацию. Но врач убеждал в том, что об этом должен знать участковый и махаллинский комитет [территориальное объединение граждан]» (пациент — участник ФГД).

В Республике Узбекистан работа по преодолению стигмы и дискриминации со стороны медицинских работников первичного уровня здравоохранения (поликлиники) на сегодняшний день находится на начальном этапе. Поэтому эта проблема все еще остается актуальной.

«Сейчас мы стараемся делать акцент и проводить мероприятия в области первичного уровня здравоохранения, где нужно готовить этих специалистов. Врачи должны быть подготовлены для того, чтобы проводить консультирование, тестирование, также проведение АРТ. Пока это наше слабое звено, работа только начинается на первичном уровне» (эксперт-инфекционист).

По мнению представителей сообщества (участников ФГД и представителя НПО), для преодоления стигмы и дискриминации необходимо взаимодействовать со средствами массовой информации, чтобы формировать общественное мнение, а также изменить законодательную базу с акцентом на усиление/ужесточение ответственности за разглашение конфиденциальной информации о пациенте.

«Нужно перестать выпускать ужасающие ролики. Снять доброжелательный ролик, чтобы это не воспринималось как чума XXI века, чтобы люди не думали, что это так страшно. Чтобы люди не боялись идти в медицинские учреждения и не доводили себя до тяжелого состояния. В больницах и в поликлиниках на стенах страшные плакаты, черепа со шприцами, и у всех складывается мнение, что это заболевание проституток и наркоманов. Необходимо избавить общество от этого мнения. Чтобы было понимание, что обычный человек, даже медицинский персонал, может инфицироваться и никто не застрахован. Работа нужна как с медицинским персоналом, так и с общим населением, нужна профилактика в сфере стигмы и дискриминации» (пациент — участник ФГД).

По данным Базовой оценки, в 2014 г. 98% ЛЖВ, состоящих на диспансерном учете, прошли обследование на туберкулез, из них ТБ был обнаружен у 780 чел.; лечение изониазидом получили 2438 ЛЖВ, состоящие на диспансерном учете по поводу ТБ. Данные за 2017 г. были получены в ходе глубинного интервью с экспертом-фтизиатром.

Так, профилактика ТБ среди ВИЧ-инфицированных в Узбекистане регламентируется Приказом МЗРУз от 24.10.2014 № 383 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Республике Узбекистан», мероприятия по борьбе с ТБ/ВИЧ проводятся в соответствии с рекомендациями ВОЗ. В частности, в них закреплена норма о назначении профилактики изониазидом пациентам, у которых впервые выявлена ВИЧ-инфекция, на срок шесть месяцев. Как показывает практика, в среднем около 70% пациентов доводят лечение до конца.

«Не все ВИЧ-инфицированные проходят 6-месячный курс. Больные устают, им очень тяжело в течение такого длительного принимать этот препарат» (эксперт-фтизиатр).

Раз в год на базе семейных поликлиник проводится флюорографическое или рентгенологическое обследование ВИЧ-инфицированных пациентов, что способствует предупреждению и раннему выявлению туберкулеза среди ЛЖВ.

«Конечно, у нас есть положительные результаты: у нас ведется профилактика на ранних стадиях, и заболеваемость резко упала именно среди ВИЧ-инфицированных. Среди ВИЧ-инфицированных почти не наблюдаем запущенные случаи. Совместно со СПИД-центром вовремя выявляем, т.к. у нас на базе городского СПИД-центра так же установлен «Джин Эксперт». Т.е. они у всех больных, подозрительных на туберкулез, проводят забор и обследуют мокроту, где выявляют не только устойчивую бактерию туберкулеза, но и устойчивость к основному препарату — рифампицину» (эксперт-фтизиатр).

По мнению экспертов, услуги по диагностике коинфекции ВИЧ/ТБ абсолютно доступны для всех пациентов, которые в них нуждаются.

«Все больные, которые приходят в поликлинику, им безотказно проводятся все методы обследования: микроскопические, рентгенологические и другие. У нас идет 100% доступность» (эксперт-фтизиатр).

Основная проблема при этом заключается в том, что пациенты вовремя не обращаются в семейные поликлиники, противотуберкулезные диспансеры и городские специализированные центры, прежде всего из-за стигмы.

«Надо усилить санитарно-просветительную работу среди населения и проводить работу по стигме. Это основное, от чего мы страдаем» (эксперт-фтизиатр).

Объективные барьеры при постановке на диспансерный учет в Узбекистане в целом отсутствуют. Однако существуют субъективные причины, препятствующие диспансеризации ЛЖВ. Прежде всего, это стигма и дискриминация со стороны медицинских работников районных поликлиник, страх разглашения информации о ВИЧ-статусе и связанных с ним негативных социальных последствий, а также самостигматизация.

3.4. АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ

В Республике Узбекистан назначение АРТ осуществляют 15 центров по борьбе со СПИДом, а медицинскую помощь оказывают также отделение при НИИ вирусологии и специализированная клиника на 60 коек, инфекционные стационары. Предоставление АРТ осуществляется сетью кабинетов инфекционных заболеваний, функционирующих на уровне районов.

По результатам Базовой оценки в качестве одного из барьеров доступа ЛЖВ к АРТ указывалось то, что «протоколы лечения предусматривают назначение АРТ при уровне CD4 <350 кл./мкл, что ограничивает доступ к лечению для ЛЖВ».

На данный момент этот барьер снят. В 2018 г. приказом Министерства здравоохранения Республики Узбекистан от 13.07.2018 № 277 «О внедрении в практику национальных клинических протоколов по ВИЧ-инфекции» был утвержден Сводный национальный клинический протокол «Использование АРВ-препаратов для лечения и профилактики ВИЧ инфекции», согласно которому рекомендуется назначать АРТ «всем пациентам с ВИЧ-инфекцией независимо от клинической стадии заболевания, при любом количестве клеток CD4» [9]. По словам экспертов, в 2018 г. антиретровирусной терапией без учета CD4 или клинической стадии охватывались пациенты в возрасте до 18 лет. В целом планируется, что до 2020 г. на лечение будут брать всех пациентов независимо от возраста.

По словам экспертов, такое постепенное расширение охвата АРТ прежде всего связано с необходимостью качественной подготовки пациентов к началу терапии, закреплению у них приверженности лечению, а также с недостатком персонала (утвержденных штатных единиц).

«Мы работаем на основании последних рекомендаций ВОЗ, в 2018 году был принят клинический протокол Министерства здравоохранения № 277, согласно которому в 2018 году охватываем АРТ всех пациентов до 18 лет без учета CD4 или клинической стадии. Со следующего года планируем до 30 лет

охватывать всех: как только выявили — сразу брать на лечение, и в 2020 году всех брать на лечение. Это связано со штатами, т.е. количество пациентов увеличивается, а штаты пока не позволяют так качественно работать и охватывать пациентов терапией. Поэтому с этого [2018] года мы усилили работу на уровне первичного звена здравоохранения. Усиленно занимаемся децентрализацией услуг по АРТ» (эксперт-инфекционист).

Улучшилась ситуация по охвату АРТ пациентов, знающих свой ВИЧ-статус. Так, на 31.12.2017 АРТ получали 54% ЛЖВ, знающих свой ВИЧ-статус (или 59% от всех ЛЖВ, состоящих на диспансерном учете). По результатам Базовой оценки, АРТ получали 38% пациентов, состоящих на диспансерном учете (или 30% от оценочной численности ЛЖВ). Прирост по этому показателю достигает 16%. Из 20 281 пациента на АРТ 10 400 чел. (51,2%) составляли женщины, 9 881 чел. (48,8%) — мужчины; 27% из числа всех получавших АРТ (5 536 чел.) — дети в возрасте до 15 лет [1].

По словам экспертов, «на 1 октября 2018 года на АРТ находится более 23 000 пациентов».

Закупка АРВ-препаратов проводится как за счет средств госбюджета, так и за счет Глобального фонда (50/50%).

«Могу привести пример: если в 2018 году донор выделил нам \$2 370 000 на покупаемые препараты, то государство выделило \$2 380 000. При этом Глобальный фонд обеспечивает только 12 500 пациентов терапией и профилактику передачи ВИЧ от матери к ребёнку для 600 пациентов, а все остальные пациенты ЛЖВ, постконтактная и доконтактная профилактика обеспечиваются за счет государственного бюджета» (эксперт-инфекционист).

С 2017 г. страна также начала закупать препараты «Долутегравир» и «Дарунавир». По словам экспертов, пациентам стараются назначать оптимальные схемы лечения с комбинированными препаратами, такими как «Тенофовир», «Ламивудин», «Эфавиренз». С 2019 г. планируется около 10% пациентов перевести (или инициировать) на схему с препаратом «Долутегравир».

«Каждые два года мы оптимизируем схемы лечения совместно с международными консультантами, которые нам помогают: Глобальный фонд, UNDP, ВОЗ. Стараемся назначать пациентам оптимальные схемы лечения с комбинированными препаратами. У нас около 60% пациентов на препарате «3 в 1» — это «Тенофовир», «Ламивудин», «Эфавиренз» (эксперт-инфекционист).

Данные по количеству ЛЖВ, состоящих на диспансерном учете с активной формой ТБ, на 31.12.2017 отсутствуют. В то же время, согласно данным ЮНЭЙДС, по состоянию на конец 2016 г. было выявлено 758 ЛЖВ, коинфицированных ТБ, что составляет 4% от общего числа впервые выявленных за год случаев ТБ. 496 из них (65%) находились на АРТ. Все 100% ЛЖВ, не коинфицированные ТБ, получили профилактику туберкулеза [6].

Согласно оценке эксперта-фтизиатра, за последнее время в Республике Узбекистан идет стабилизация процесса заболеваемости туберкулезом среди ВИЧ-инфицированных. Это происходит за счет профилактики и раннего выявления ТБ.

«У нас ведется профилактика на ранних стадиях, и заболеваемость резко упала именно среди ВИЧ-инфицированных. Мы совместно с эпидемиологами в семейных поликлиниках проводим профилактическую работу среди ВИЧ-инфицированных. В год один раз мы проводим флюорографическое или рентгенологическое обследование. В связи с этим мы предупреждаем и выявляем туберкулез на ранних стадиях именно среди ВИЧ-инфицированных» (эксперт-фтизиатр).

В зависимости от показаний, пациенту назначается стационарное либо амбулаторное лечение ТБ. Все препараты для лечения ТБ являются бесплатными для пациента.

«Все наши пациенты 100% охвачены лечением. Препаратов у нас достаточно как первого ряда, так и второго ряда; у нас [пациенты] на 100% обеспечены. Каждый пациент выбирает, где ему лечиться: в амбулаторных условиях либо стационарных условиях» (эксперт-фтизиатр).

По мнению эксперта-фтизиатра, объективных препятствий для диагностики и лечения ТБ, в стране не существует, но есть субъективные факторы, которые мешают своевременной диагностике и лечению пациентов с коинфекцией, а именно:

- самостигматизация пациентов и стигма со стороны медицинских работников;
- побочные эффекты от принимаемых препаратов.

«По диагностике у нас единственное препятствие — это то, что больные вовремя не обращаются в семейные поликлиники, противотуберкулезные диспансеры и городские специализированные центры. До сегодняшнего дня у пациентов есть самостигма» (эксперт-фтизиатр).

«Как таковых препятствий своевременному лечению пациента с коинфекцией нет. Единственное — наши пациенты боятся из-за побочных действий. Из-за боязни побочного действия многие больные приостанавливают лечение, но при купировании, при своевременном выявлении этих побочных явлений наши пациенты с удовольствием продолжают лечение» (эксперт-фтизиатр).

По словам эксперта-фтизиатра, в настоящее время проблема с приверженностью к противотуберкулезному лечению в стране практически отсутствует. С пациентами работают психологи, которые предоставляют индивидуальное консультирование и поддержку пациентам, которые в этом нуждаются.

«В настоящее время очень мало больных, которые отрываются от лечения, только если из-за побочных явлений. Мы работаем с каждым больным, у нас также подключен психолог, который работает с каждым пациентом, поэтому у нас сейчас очень мало тех, кто отрывается от лечения» (эксперт-фтизиатр).

Одним из важных рычагов влияния на пациентов для обеспечения приверженности является ежемесячная социальная помощь, которая выплачивается в течение 6 месяцев всем пациентам с ТБ за счет средств махаллинского комитета (террито-

риального объединения граждан). Помимо этого, для пациентов, которые отрывались от лечения, организовываются группы поддержки по принципу «равный–равному», которые в значительной мере мотивируют пациентов пройти весь курс лечения без отрыва (по данным интервью с экспертом-фтизиатром).

Также в стране отсутствуют финансовые барьеры в сфере диагностики и лечения коинфекции ВИЧ/ТБ. Источником финансирования является как государство, так и Глобальный фонд.

«Источником является Министерство здравоохранения. Финансирования хватает, бюджет выделяется. Глобальный фонд выделяет нам реактивы, необходимое оборудование для лаборатории, закупает очень дорогие препараты (первый ряд, второй ряд сейчас у нас есть), выделяет респираторы. Проблем вообще нет. Имеются все реактивы, цифровой рентген без пленок, все хорошо работает. Имеется мобильная машина, которая выезжает для работы с ВИЧ-инфицированными. «Джин Эксперт» хорошо работает, картриджей достаточно. В диагностике проблем нет» (эксперт-фтизиатр).

В Республике Узбекистан в 2009 г. были закрыты программы ОЗТ, и это оказывает негативное влияние на охват ЛУИН/ЛЖВ антиретровирусным лечением и формирование приверженности.

В 2014 г., по результатам Базовой оценки, в Узбекистане были названы следующие барьеры доступа к АРТ:

- отсутствие знаний у пациентов о возможности получения лечения;
- мифы и самостигматизация среди пациентов.

По данным фокус-групповых дискуссий и глубинных интервью с экспертами, проведенных в 2018 г., за последние 2,5 года ситуация улучшилась. И пациенты, и эксперты единодушны во мнении, что на сегодняшний день в Узбекистане АРТ полностью доступна всем, кто в ней нуждается.

«Если я получаю терапию в поликлинике, то я знаю график работы своего инфекциониста, и по графику в любой день я могу прийти и получить терапию. Если врача на месте нет, она оставляет свой контактный номер, по которому можно с ней связаться» (пациент — участник ФГД).

«У меня нет проблем. Я получаю терапию в филиале, при этом я не завишу от инфекциониста, мне необходимо присутствие медсестры. Получить можно в любой день до 14:00, кроме воскресенья» (пациент — участник ФГД).

Благодаря работе междисциплинарной команды (МДК) информацию о возможности получения АРТ предоставляют медицинские работники центра СПИДа, социальные работники, консультанты «равный–равному», психологи.

«Информацию я получала от консультантов «равный–равному» и от медицинских работников СПИД-центра, они предоставляют одинаковую информацию. Мне все сказали и объяснили, какая бывает АРТ, как она работает, как действует. Они достаточно открыты» (пациентка — участница ФГД).

«Достаточно информации; при назначении АРТ выдается список питания и диеты» (пациент — участник ФГД).

По мнению экспертов, улучшение ситуации с доступностью АРТ для ЛЖВ в Республике Узбекистан в первую очередь произошло из-за либерализации клинического протокола, согласно которому рекомендуется назначать АРТ всем пациентам с ВИЧ-инфекцией независимо от клинической стадии заболевания, при любом количестве клеток CD4, как следствие — отсутствие листа ожидания на АРТ для пациента.

«Нет очереди на АРТ. Если пациент подготовлен и у него есть желание, мы даже не смотрим на уровень CD4, мы можем назначить ему АРТ» (эксперт-инфекционист).

Также немаловажным фактором, влияющим на доступность АРТ, является своевременная закупка препаратов.

«Последние 8 лет перебоев с АРВ-препаратами не было. Мы стараемся заранее закупать препараты с буфером на 3–6 месяцев» (эксперт-инфекционист).

Кроме того, в стране с высокой долей миграции, которая является объективной причиной, мешающей пациентам получать АРТ, «приняты определённые нормативные документы, которые позволяют мигрантам на шесть месяцев забирать с собой АРВП» и тем самым снимают этот барьер (эксперт-инфекционист).

Несмотря на предпринятые меры, в стране все еще существуют субъективные препятствия к получению АРТ, такие как:

- психологическая неготовность пациентов к приему АРТ (неприятие диагноза, боязнь зависимости от таблеток, непонимание необходимости принимать препараты при хорошем самочувствии);
- страх перед побочными эффектами от приема АРТ;
- страх, недоверие к медицинским и социальным работникам;
- мифы и самостигматизация среди пациентов;
- боязнь стигмы и дискриминации со стороны социального окружения в случае, если кто-то узнает о ВИЧ-статусе пациента;
- преувеличение «организационных» сложностей, связанных с приемом АРТ (напр., необходимость ежемесячно ездить за препаратами и ежедневно их принимать).

«Мне предлагали 6 месяцев назад. До сегодняшнего дня я не принял такое решение, потому что хорошо себя чувствую. По показаниям анализов мне нужно принимать терапию и врачи советуют. Но на сегодня я не готов» (пациент — участник ФГД).

«Вот если бы не было побочных эффектов, может быть, я бы решился. Понимание того, что я должен пить таблетки, для меня очень сложно. Либо если бы взамен таблеток был сироп, было бы легче» (пациент — участник ФГД).

«Неудобно перед родственниками, близкими. [Пациенты] не хотят, чтобы кто-то узнал об этом, потому что возникнут лишние вопросы. Мысли о том, что он должен подчиняться этой таблетке и обязан принимать ее каждый день» (пациентка — участница ФГД).

«Если я сейчас начну принимать АРТ, значит, мне ежемесячно нужно приезжать в центр за таблетками. Это [отнимает] время, также количество приема препарата в день, побочные эффекты после приёма, некоторым становится еще хуже. Если бы можно было один раз в месяц приезжать, получать один укол и больше не задумываться об этом, тогда бы я согласилась» (пациентка — участница ФГД).

«У любых медикаментов имеются побочные эффекты. Зачем начинать их принимать без надобности, усугублять свое здоровье? Я жду того момента, когда вирус начнет мешать мне жить, тогда я начну мешать жить ему» (пациент — участник ФГД).

Объективные барьеры доступа к АРТ в Узбекистане практически отсутствуют. Внедрение междисциплинарной команды, в состав которой входят медицинские работники, консультанты «равный–равному», социальный работник, психолог, позволило снять такое ограничение в доступе АРТ, как отсутствие информации. Также было снято ограничение в доступе к АРТ в зависимости от количества CD4-клеток у пациента. Предпринимаются определенные шаги для решения проблемы лечения мигрантов. Также нет объективных препятствий для диагностики и лечения ТБ, в т.ч. практически отсутствует проблема приверженности к лечению ТБ.

Но все еще остаются неизменными такие субъективные препятствия, как:

- мифы и страхи, распространенные среди пациентов;
- стигма/самостигматизация;
- побочные эффекты АРТ;
- социально-психологические и поведенческие особенности ЛЖВ, особенно из числа КГН.

3.5. ДОСТИЖЕНИЕ ВИРУСНОЙ СУПРЕССИИ

По данным представителей сообщества, на конец 2018 г. супрессия вируса была достигнута у 59% пациентов, принимающих АРТ (11 945 из 20 281 чел.) [8].

С 2013 г. в стране начали деятельность мультидисциплинарные команды (МДК), работу которых инициировали совместно НПО «Ишонч ва Хаёт», Противораковое общество и центры по борьбе со СПИДом. Мультидисциплинарные команды оказывают социально-психологическую поддержку при входе в программу диспансерного наблюдения и при инициировании (назначении) АРТ, а также помощь по социально-бытовым вопросам. МДК являются связующим звеном между ВИЧ-сер-

висными организациями и учреждениями общей сети здравоохранения [1].

В 2017 г. 83,4% ЛЖВ продолжали получать АРТ через 12 месяцев после ее начала; в 2014 г., по данным Базовой оценки, на АРТ через 12 месяцев после ее начала удерживалось 89,4%, через 24 месяца — 82,2% ЛЖВ.

«Могу сказать, что по статистике, которую мы собираем ежегодно, более 80% взрослых привержены терапии в течение 12 месяцев. Среди детей это 93–97%» (эксперт-инфекционист).

В 2014 г., по результатам Базовой оценки, одной из причин отрывов от лечения были названы побочные эффекты АРТ. По результатам финальной оценки 2018 г., побочные эффекты, как и прежде, остаются одной из основных причин прерывания АРТ.

«В основном бросают терапию те лица, которые на фоне терапии плохо себя чувствуют из-за побочных эффектов. Побочные эффекты — это высыпания на теле, тошнота, рвота» (эксперт-инфекционист).

«Я слышал о том, что людям надоедает пить терапию из-за побочных эффектов. Поэтому они бросают» (пациент — участник ФГД).

Помимо этого, перечень факторов, вследствие которых пациенты прерывают прием препаратов, включает в себя:

- улучшение самочувствия;
- личная неорганизованность пациента («забыл»), «организационные» сложности с приемом препаратов (необходимость пить их ежедневно в одно и то же время, регулярно ездить за лекарствами в центр СПИДа и т.п.);
- психологические и поведенческие особенности ЛЖВ из числа ЛУИН, отсутствие у них мотивации заботиться о своем здоровье;
- незнание/отсутствие информации о правилах приема АРТ.

«Если человек работающий, если ему неудобно принимать в рабочее время препараты, то он, конечно, не принимает» (эксперт-инфекционист).

«Слышала о том, что мама перестала давать своему ребёнку терапию потому, что не была информирована о том, что терапию нужно пить пожизненно вне зависимости от количества клеток. Вирусная нагрузка у ребенка стала неопределяемая, и мама решила, что больше терапию давать ребёнку не надо» (пациентка — участница ФГД).

«Из-за высокого иммунитета. Я знаю людей, у которых иммунитет повышается до 900–1 000 клеток. Они считают, что у них все хорошо, и бросают терапию до тех пор, пока им не станет хуже» (пациент — участник ФГД).

По словам пациентов — участников ФГД, перебоев с АРВ-препаратами не бывает. Поэтому врачи если и меняют пациентам схему лечения, то это связано в первую очередь с медицинскими показаниями (например, с побочными эффектами).

О случае замены схемы без медицинских показаний (а именно из-за того, что определенный препарат перестали закупать), который имел место в 2017 г., сообщил только один из 10 участников ФГД.

«С АРТ проблем нет, перебоев нет, всегда вовремя получаю» (пациент — участник ФГД).

«В моём случае мне поменяли в связи с тем, что предыдущий препарат больше не поставляли. Побочных эффектов у меня не было. Это был 2017 год» (пациент — участник ФГД).

Однако пациенты сообщили, что за последний год они сталкивались с проблемами в доступе к необходимым диагностическим услугам, включая анализы на CD4 и вирусную нагрузку. При этом некоторые пациенты отмечали «искусственно» созданную проблему с отсутствием реактивов.

«Было бы хорошо, если бы результаты были быстрее и не было бы перебоев с реактивами. На моем примере: я уже два года не проходил обследование на вирусную нагрузку, потому что нет реактивов. Медсестра подтвердила, что есть реактивы, но инфекционист сказала, что реактивы есть, но только для экстренных случаев, для тех, кто начинает терапию, и по показаниям. У меня в анкете прописано, что последний раз я сдавал на вирусную нагрузку два года назад, — врачи на это никак не отреагировали» (пациент — участник ФГД).

«Несколько раз отказывали в сдаче анализов на вирусную нагрузку, ссылаясь на то, что нет реактивов. Когда я попала на лечение с ВГС, тогда мне уже всё предоставили бесплатно при поддержке «Врачей без границ» (пациентка — участница ФГД).

«В прошлом году сдавал анализ на CD4 и вирусную нагрузку, в этом году мне сказали, что реактивов нет, я взял направление в республиканский центр, единственное, что там месяц надо ждать результат» (пациент — участник ФГД).

Отношение врачей-инфекционистов в центрах СПИДа участники ФГД характеризовали в целом как «хорошее» / «очень хорошее», чего нельзя сказать о младшем медицинском персонале этих центров.

«В городском центре устраивает всё, кроме младшего медицинского персонала. Не нравится момент с анкетами, когда на весь холл кричат моё имя и фамилию, переспрашивают — это очень сильно настораживает» (пациент — участник ФГД).

Преимущественное большинство участников ФГД негативно относятся к поликлиникам. Такая реакция вызвана прежде всего безразличным отношением медперсонала поликлиник к пациентам, а также несоблюдением конфиденциальности, что делает пациентов еще более уязвимыми и препятствует им в получении услуг профилактики и лечения ВИЧ.

«Разница в отношении: в СПИД-центрах специалисты грамотные, обученные и не боятся общения с ВИЧ-пациентами; в поликлинике я чувствую безразличие и предвзятое отношение: моему инфекционисту всё равно, как я себя чувствую, я для него очередной пациент для галочки, с которым он вынужден работать» (пациент — участник ФГД).

«В поликлинику я не могу обратиться, не раскрывая свой статус, потому что к врачу в кабинет может зайти любой посторонний человек, и, не смущаясь этого постороннего человека, врачи свободно говорят о моём заболевании, о моих проблемах, а это может быть мой сосед или знакомый. Конфиденциальность в поликлинике не соблюдается» (пациент — участник ФГД).

Объективные барьеры к достижению вирусной супрессии в Республике Узбекистан незначительны, о чем свидетельствует высокий процент ЛЖВ на АРТ с подавленной вирусной нагрузкой. Прежде всего они касаются доступности обследований на CD4 и вирусную нагрузку, тогда как с доступностью препаратов проблем практически нет.

Вместе с тем, перечень субъективных причин прерывания АРТ остался таким же, как и по результатам Базовой оценки, и включает в себя:

- побочные эффекты;
- улучшение самочувствия;
- личную неорганизованность пациента («забыл», сложность соблюдения правил приема препаратов);
- психологические и поведенческие особенности ЛЖВ-ЛУИН, отсутствие у них мотивации заботиться о своем здоровье;
- незнание/отсутствие информации о правилах приема АРТ.

РАЗДЕЛ 4. УЧАСТИЕ ПРОЕКТА «ПАРТНЕРСТВО» В РЕАЛИЗАЦИИ ОТВЕТА СТРАНЫ НА ЭПИДЕМИЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ/СПИДА

- В 2017–2018 гг. были приняты законодательные и нормативные акты, в разработке и адвокации которых принимали участие организации — члены консорциума:
- приказ Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан за № 277 МЗ РУз от 30.04.2018 «О внедрении в практику национальных клинических протоколов по ВИЧ-инфекции⁹» (Приложение № 15 — о мультидисциплинарной команде, оказывающей услуги людям, живущим с ВИЧ, и членам их семей, и Приложение № 16 — о Дружественных кабинетах);

⁹ URL: <http://www.minzdrav.uz/documentation/detail.php?ID=55031>.

- Стратегия по вовлечению неправительственных некоммерческих организаций и других институтов гражданского общества в борьбу с туберкулезом в Республике Узбекистан;
- разработаны и переданы на согласование и утверждение в Министерство Здравоохранения:
- стандарты услуг для ЛЖВ/ОЗГН;
- стандарты по экспресс-тестированию;
- с целью консолидации усилий сообществ на всех этапах принятия и реализации политики в сфере противодействия ВИЧ-инфекции/СПИДу приняты:
- Национальные планы действий сообществ,
- Стратегический план и Операционный план ННО «Ишонч ва Хаёт» Объединения ЛЖВ/ОЗГН,
- Национальный план по преодолению стигмы, дискриминации и выработке толерантного отношения к ЛЖВ/ОЗГН.

РАЗДЕЛ 5. РЕКОМЕНДУЕМЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ АДВОКАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- Либерализация законодательства в отношении отдельных КГН (в частности, СР и МСМ) и недопущения уголовного наказания за гомосексуальные отношения.
- Формирование толерантного отношения к ЛЖВ в Республике Узбекистан.
- Создание пунктов интегрированной помощи ЛЖВ с сопутствующими патологиями (такими как, например, туберкулез, гепатиты, опиоидная зависимость) и распространение опыта их функционирования.
- Мобилизация сообществ с целью борьбы со стигматизацией и самостигматизацией ЛЖВ по причине ВИЧ-позитивного статуса.
- Предупреждение случаев стигмы и дискриминации со стороны медработников, нарушения конфиденциальности информации о ВИЧ-статусе, в частности в медучреждениях первичного звена.

ИСТОЧНИКИ

1. Country progress report – Uzbekistan. Global AIDS Monitoring, 2018. URL: http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/UZB_2018_countryreport.pdf.
2. Country factsheets. Uzbekistan 2017. URL: <http://aidsinfo.unaids.org/>.
3. Постановление Президента Республики Узбекистан «О мерах по дальнейшему совершенствованию системы противодействия распространению заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека, в республике Узбекистан» и Государственная программа по противодействию распространения ВИЧ-инфекции в Республике Узбекистан. URL: <http://lex.uz/docs/3523144>.
4. Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом. URL: <http://www.spid.uz>.
5. Интервью Директора Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИДом. URL: <https://repost.uz/hiv-uzbekistan#>.
6. Uzbekistan. Tuberculosis profile. URL: https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO_HQ_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FTB_CountryProfile&ISO2=uz&LAN=EN&outtype=html.
7. Eurasian Women’s Network on AIDS. URL: <http://www.ewna.org>.
8. Оперативная информация Центра СПИДа (неопубликованные данные).
9. Приказ Министерства здравоохранения Республики Узбекистан от 13.07.2018 № 277 «О внедрении в практику национальных клинических протоколов по ВИЧ-инфекции». URL: <http://www.minzdrav.uz/documentation/detail.php?ID=55031>.

ЭСТОНСКАЯ РЕСПУБЛИКА

РАЗДЕЛ 1. ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В ЭСТОНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

По состоянию на 31.12.2017 в Эстонии кумулятивно были зарегистрированы 9492 случая ВИЧ-инфекции. Согласно последней оценке с применением модели Spectrum, общее число ЛЖВ, проживающих в Эстонии по состоянию на конец 2016 г., составляло 7739 чел. [1]. Таким образом, распространенность ВИЧ-инфекции в стране можно определить на уровне 0,6% от общего количества населения, или 589,7 случая на 100 тыс. населения.

Количество вновь зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции имеет тенденцию к снижению: с 22,1 случая на 100 тыс. населения в 2014 г. (всего 286 новых случаев) до 16,6 случая в 2017 г. (всего 219 новых случаев) [1, 2].

Большинство случаев ВИЧ-инфекции в Эстонии были зарегистрированы в двух регионах с самым высоким уровнем распространенности употребления инъекционных наркотиков — в уезде Ида-Вирумаа (Северо-Восточная Эстония) и в г. Таллинн с прилегающим к нему уездом Харьюмаа. Так, в течение 2016 г. количество новых случаев ВИЧ-инфекции на 100 тыс. населения составило 61 в уезде Ида-Вирумаа и 26 в г. Таллинн (против 4 случаев на 100 тыс. в остальных регионах страны) [1].

Более двух третей всех зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции приходятся на мужчин. Однако в последние годы доля женщин среди новых случаев ВИЧ-инфекции несколько увеличилась и с 2013 г. стабилизировалась на уровне около 40%. В частности, согласно официальной статистике, по состоянию на 31.12.2016 количество вновь выявленных случаев ВИЧ-инфекции в возрастной группе 15–49 лет составило 33 случая на 100 тыс. населения: 40 случаев на 100 тыс. среди мужчин и 26 случаев на 100 тыс. среди женщин. В течение 2017 г. в Эстонии были зарегистрированы 219 новых случаев ВИЧ-инфекции (146 случаев среди мужчин и 73 случая среди женщин) [1, 2].

Средний возраст пациентов, у которых была диагностирована ВИЧ-инфекция, постепенно увеличивается: с 31,6 года в 2010 г. до 37,6 года в 2016 г. [1].

В 2000-х годах доминирующим путем передачи ВИЧ в Эстонии был инъекционный. Начиная с 2009 г., доля полового пути передачи ВИЧ (включая гетеро- и гомосексуальный пути) постепенно увеличивалась. Среди случаев ВИЧ-инфекции, зарегистрированных в течение 2016 г., 12% приходится на инфицирование при употреблении инъекционных наркотиков, 49% — на гетеросексуальный путь передачи ВИЧ и 4% — на гомосексуальный. В 35% случаев путь инфицирования определить не удалось [1].

РАЗДЕЛ 2. АНАЛИЗ КАСКАДА ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

По данным ЮНЭЙДС, оценочное число ЛЖВ в Эстонии в 2016 г. составляло 11 000 чел., а количество ЛЖВ, знающих свой ВИЧ-статус, — 9 300 чел. [3]. Согласно официальной статистике, по состоянию на 31.12.2016 общее число ЛЖВ на диспансерном учете составляло 5 354 чел., АРТ получали 3 863 чел. [1], вирусной супрессии достигли 3 090 чел. [4] (Рис. 18).

Иными словами:

- знают свой ВИЧ-статус 85% от оценочного числа ЛЖВ;
- состоят на диспансерном учете 49% от оценочного числа ЛЖВ (или 58% пациентов, знающих свой ВИЧ-статус);
- получают АРТ 35% от оценочного числа ЛЖВ, или 72% ЛЖВ, состоящих на диспансерном учете, или 42% знающих свой ВИЧ-статус;
- неопределяемую вирусную нагрузку имеют 28% от оценочного числа ЛЖВ, или 80% ЛЖВ на АРТ.

Таким образом, страна вплотную приблизилась к достижению первой цели («90% ЛЖВ знают свой ВИЧ-статус»; актуальный показатель — 85%), однако с диспансеризацией ВИЧ-позитивных пациентов и назначением им АРТ (вторая цель «90»; актуальный показатель ЛЖВ, знающих свой статус и получающих АРТ, — 42%) пока еще возникают проблемы. Доля пациентов с иммунной супрессией среди тех, кто принимает АРТ (третья цель «90»), достаточно высока (актуальный показатель — 80%), однако следует учитывать то, что многие ЛЖВ не состоят на диспансерном учете и не принимают АРТ.

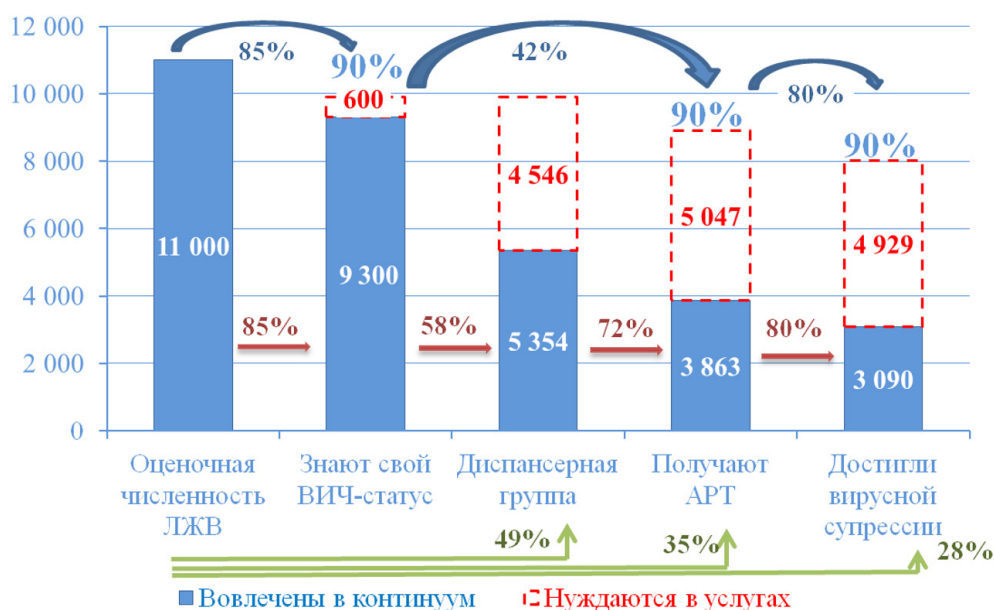


Рисунок 18. Каскад ВИЧ-услуг, Эстонская Республика, 2016 г.

По данным Базовой оценки (2014 г.), количество ЛЖВ в стране было на 2 500 чел. больше; знали свой ВИЧ-статус 87% от оценочной численности ЛЖВ, на диспансерном учете в лечебных учреждениях состояли 45% от оценочной численности ЛЖВ (или 51% от числа знающих свой статус). АРТ получали 48% пациентов из числа диспансерной группы (или 22% от оценочной численности ЛЖВ), вирусной супрессии достигли 25% пациентов, принимающих АРТ (5% от оценочной численности ЛЖВ) (Рис. 19).

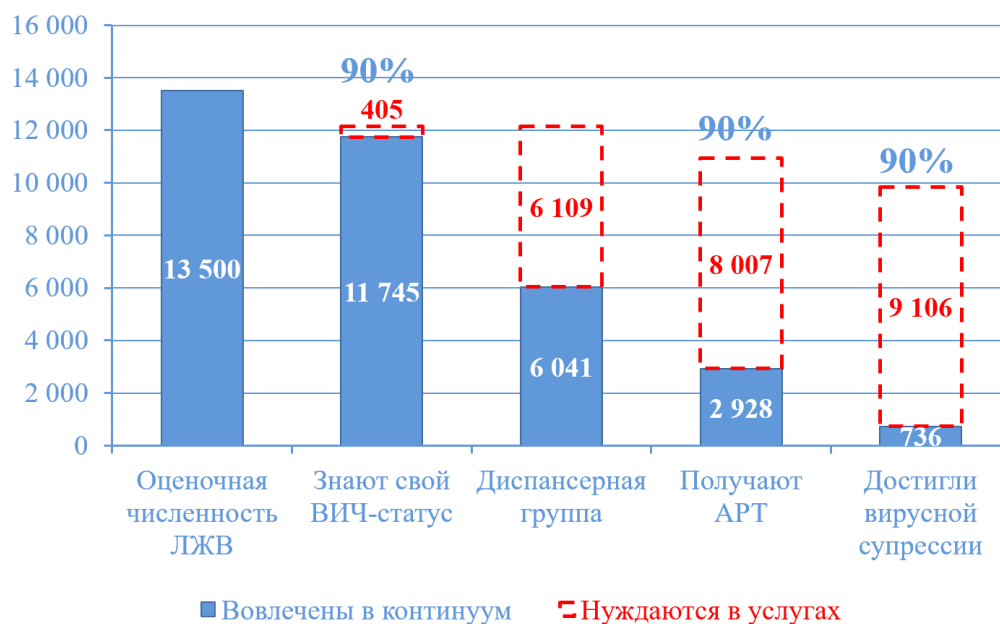


Рисунок 19. Каскад ВИЧ-услуг, Эстонская Республика, 2014 г.

Таким образом, по результатам финальной оценки, в Эстонии незначительно улучшился показатель диспансеризации ЛЖВ. Значительно (в 1,5 раза) вырос охват АРТ пациентов из числа диспансерной группы. Однако наиболее впечатляющие позитивные изменения произошли в плане достижения вирусной супрессии пациентами, принимающими АРТ (Рис. 20).

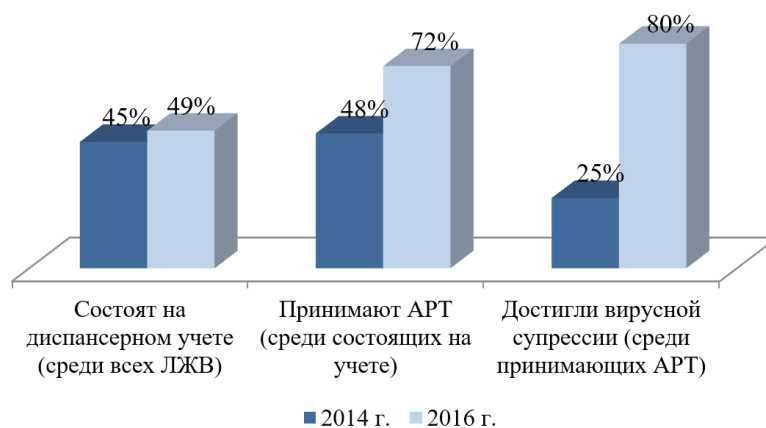


Рисунок 20. Каскад ВИЧ-услуг в динамике, Эстонская Республика, 2014 и 2016 гг., %

РАЗДЕЛ 3. АНАЛИЗ ДОСТУПА И ОПРЕДЕЛЕНИЕ БАРЬЕРОВ К УСЛУГАМ НЕПРЕРЫВНОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ЛЖВ И КГН

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

В течение 1992–2006 гг. в Эстонии были реализованы три национальные программы по противодействию ВИЧ-инфекции, а в 2006–2015 гг. выполнялась Национальная стратегия по ВИЧ/СПИДу. Сейчас принята и реализуется Государственная программа по ВИЧ на 2017–2025 гг., подготовленная Министерством социальных дел и Национальным институтом развития здоровья. Программа охватывает четыре основных направления: тестирование, лечение, профилактику и мониторинг. В программу включены мероприятия, за реализацию которых отвечают Министерство социальных дел, Министерство юстиции, Министерство обороны и Министерство внутренних дел.

Государственная программа по ВИЧ обеспечена соответствующим финансированием. На данный момент утверждена Государственная бюджетная стратегия на 2019–2022 гг. (утверждена Правительством Республики 26.04.2018). По сравнению с предыдущей, в новой стратегии бюджет на услуги и лечение в контексте ВИЧ вынесен в отдельную строку финансирования. На период 2019–2022 гг. для достижения целей, намеченных в Государственной программе по ВИЧ на 2017–2025 гг., выделено дополнительно 5 млн. евро на лечение и 0,5 млн. евро на услуги (в основном — на услуги по снижению вреда).

Деятельность системы здравоохранения в Эстонии координируется Министерством социальных дел. В стране функционирует система страховой медицины, построенной на принципах солидарного страхования. Большинство медицинских услуг для застрахованных граждан (около 94% населения) оплачивается Эстонским фондом медицинского страхования, который наполняется за счет целевого налога на заработную плату. Исключения составляют: неотложная помощь, затраты на которую покрываются напрямую Министерством социальных дел (за счет государственного бюджета), и медицинская помощь в тюрьмах, которая координируется и финансируется Министерством юстиции (за счет государственного бюджета) [1].

В Эстонской Республике, в отличие от большинства стран ВЕЦА, нет специализированной службы профилактики и борьбы со СПИДом. Диагностика ВИЧ-инфекции обеспечивается 33 скрининговыми лабораториями, которые находятся на базе больших учреждений здравоохранения, и национальной референс-лабораторией (г. Таллинн). Услуги, связанные с медицинским наблюдением за ВИЧ-положительными пациентами, а также их лечением (включая назначение и выдачу АРТ), предоставляются специализированными инфекционными отделениями, которые функционируют в составе клиник, находящихся в пяти больших городах.

Таким образом, законодательство Эстонской Республики в сфере противодействия эпидемии в целом соответствует международным нормам и рекомендациям ЮНЭЙДС. Серьезные барьеры нормативно-правового характера в доступе к континууму ВИЧ-услуг отсутствуют.

3.1. ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

По данным официальной статистики, биоповеденческих исследований и дозорного эпидмониторинга, уровень распространения ВИЧ-инфекции среди КГН составляет:

- ЛУИН — около 50% в Таллинне и около 60% в Северо-Восточной Эстонии (данные на начало 2017 г. [1]);
- СР — 13%;
- MSM — 2–4%.

Согласно оценочным данным, в 2016 г. число **ЛУИН** в Эстонии достигало 9 000 чел. [3].

Профилактические услуги для ЛУИН в основном предоставляются в Таллинне и прилегающих районах, а также в Северо-Восточной Эстонии — в регионах, где в наибольшей степени распространено наркопотребление. По состоянию на 31.12.2016 в стране работали 9 организаций, функционировало 15 стационарных и 23 мобильных ПОШ. В течение 2016 г. ПОШ посетило около 5 700 клиентов-ЛУИН. Среди них были бесплатно распространены около 2 млн. шприцев и игл (примерно 230 игл и шприцев на 1 ЛУИН в год) и более 255 тыс. презервативов. Приблизительно раз в неделю на сайтах уменьшения вреда совместно с медицинскими учреждениями проводится быстрое тестирование на ВИЧ.

Программы снижения вреда для ЛУИН, как и услуги по опиоидной заместительной терапии (ОЗТ) финансируются Национальным институтом развития здоровья (НИРЗ) за счет государственного бюджета.

По состоянию на 31.12.2016 **ОЗТ** предоставлялась 7 лечебными учреждениями в 9 локациях (преимущественно в Таллинне и Северо-Восточной Эстонии), а количество пациентов на ОЗТ достигало 893 чел. Охват ОЗТ, согласно официальным данным, достигает 11% [3].

В частности, ОЗТ обеспечивалась во всех тюрьмах и в самом большом следственном изоляторе. Причем, начиная с 2016 г., есть возможность начать поддерживающее лечение в тюрьме, а не только продолжить его для тех, кто получал ОЗТ до заключения. В 2016 г. ОЗТ начали 118 осужденных. ОЗТ финансируется Национальным институтом развития здоровья за счет государственного бюджета.

Несмотря на отсутствие финансовых барьеров, уровень охвата ОЗТ целевой группы составляет около 20%, что в два раза ниже показателя, рекомендуемого ВОЗ. По мнению национального эксперта, основными ограничениями в доступе к ОЗТ большого числа пациентов, которые нуждаются в медикаментозном лечении, являются недостаточная территориальная доступность сайтов, незначительный срок выдачи препаратов на руки (2–5 дней). Из-за бюджетных ограничений значительному числу нуждающихся врачи не назначают более дорогие по сравнению с метадонотом препараты, такие как бупренорфин с налоксоном или субуксоном.

«В основном эти программы у нас сегодня в столичном регионе и на Северо-Востоке, где исторически больше пациентов. Охвачена не вся территория страны. Есть места, где нет программ (эксперт — представитель НИРЗ).

На сайтах ОЗТ отсутствуют гендерно-чувствительные услуги. Актуальной проблемой остается самостигматизация и самодискриминация женщин, употребляющих инъекционные наркотики. Из-за распространенного страха лишения родительских прав вследствие употребления наркотиков немало женщин-ЛУИН, имеющих несовершеннолетних детей, не обращаются за услугами ОЗТ или отказываются от их получения.

«Исходя из негативного опыта, который имел место в Эстонии (более 10 лет назад наркозависимых родителей лишали родительских прав), женщины боятся, что если «защита детей» узнает, что они наркопотребители, то могут возникнуть проблемы с правами на ребёнка, и поэтому боятся обратиться за лечением» (эксперт — представитель НИРЗ).

В данный момент готовятся рекомендации для обновления клинического протокола по заместительной терапии. По инициативе организации LUNEST в регионе Ида-Вирумаа был проведён мониторинг предоставляемых услуг снижения вреда, выявивший их несоответствие потребностям целевой группы. По свидетельству эксперта, ведется также работа по поиску возможностей для расширения доступа к ОЗТ, в т.ч. путем «подключения» к поставщикам этой услуги сети аптек.

«Для этого нужны изменения в законодательстве, потому что сегодня аптеки не могут самостоятельно предлагать медицинские услуги. Но надеемся, что использование аптечной сети в привязке к больницам позволит обеспечить доступ к ОЗТ и в маленьких городах» (эксперт — представитель НИРЗ).

Секс-работники в Эстонии сосредоточены, в основном, в г. Таллинне. Абсолютное большинство из них — женщины. Как правило, они работают на квартирах индивидуально или совместно с другими СР. Организованный секс-бизнес в стране практически отсутствует, поскольку за посредничество (сутенерство) в предоставлении секс-услуг или организацию их предоставления предусмотрена криминальная ответственность. В силу этого СР являются достаточно закрытой группой, что затрудняет их количественную оценку. Однако, по мнению экспертов, в 2016 г. оценочное число СР в Эстонии составляло около 700–1 000 чел. По данным биоповеденческого исследования, проведенного в 2016 г. в трех городах (Таллинне, Йыхви и Тарту) при участии 151 женщины-СР, уровень распространенности ВИЧ-инфекции среди СР составил 13% [1].

Согласно оценочным данным, количество **МСМ** в Эстонии достигает 9 000 чел., а уровень распространения ВИЧ-инфекции среди них — около 2–4% [1]. Тестирование на ВИЧ и оппортунистические инфекции, а также медицинская помощь по лечению ВИЧ-инфекции и сопутствующих заболеваний предоставляются МСМ на той же основе, что и населению в целом.

Специального информационного центра для представителей ЛГБТ-сообщества в Эстонии на данный момент нет. Эту функцию последние три года выполняет организация «Ээсти ЛГБТ», в которой можно получить профилактическую информацию, а также презервативы и лубриканты, однако организация является больше правозащитной, чем сервисной. Информацию по ВИЧ можно также получить в Эстонской сети ЛЖВ или в некоммерческой организации «ВЕК ЛГБТ», там же

можно получить услугу равного консультирования, презервативы и лубриканты. Все эти услуги финансирует Национальный институт развития здоровья. Указанные организации расположены в трёх городах: Йыхви, Нарве и Таллинне. До конца 2017 г. Эстонская сеть ЛЖВ (ЕНРВ) при финансировании Национального института развития здоровья проводила акции по быстрому тестированию в гей-клубах Таллинна. С 2018 г. данную услугу оказывает организация «Позитивное здоровье», которая получила соответствующий грант.

Помимо работы с ключевыми группами, в Эстонии проводится достаточно активная профилактическая работа среди общего населения. В частности, вопросы ВИЧ-инфекции и безопасного полового поведения включены в школьную программу, проводятся соответствующие тренинги для учителей, готовятся обучающие материалы. Национальным институтом развития здоровья были подготовлены соответствующие программы для молодежи с особыми потребностями и для молодежи из числа КГН, которые внедряются несколькими НПО. Достаточно регулярно проводятся медиакампании по вопросам безопасного полового поведения и тестирования на ВИЧ, ориентированные на общее население и молодежь.

В стране функционирует сеть молодежных консультационных центров (по состоянию на 31.12.2016 их было 18 — как минимум по одному центру в каждом уезде). Такие центры финансируются Эстонским фондом медицинского страхования и за счет бюджетных средств. Они предоставляют бесплатные медицинские услуги для молодежи в возрасте до 24 лет, включая консультирование по вопросам ВИЧ и ИППП, услуги по их диагностике и лечению, консультирование по вопросам безопасного полового поведения и планирования семьи.

Вместе с тем, по мнению опрошенного эксперта, объем и интенсивность информирования общего населения по вопросам ВИЧ являются недостаточными, что приводит к недооценке гражданами риска ВИЧ-инфицирования половым путем, недостаточную результативность национального ответа на эпидемию.

«Долгие годы ударение в работе по вопросам ВИЧ делалось на группы риска. У общего населения возникло чувство необоснованной защищённости, т.е. «если я наркотики никогда не употреблял и не пользовался услугами коммерческих секс-работников, то и бояться мне нечего». Такое ложное чувство безопасности очень сильно влияет на поведение» (эксперт — представитель НИРЗ).

3.2. КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ И ТЕСТИРОВАНИЕ НА ВИЧ

Начиная с 2016 г., услуги по КиТ на ВИЧ предоставляются бесплатно для всех пациентов, включая тех, у кого нет медицинской страховки (в таких случаях затраты покрываются напрямую из государственного бюджета). КиТ является добровольным и может проводиться только при условии, что пациент дал информированное согласие (необязательно в письменном виде) на его проведение [1].

Забор крови и тестирование на ВИЧ, в том числе с использованием быстрых те-

стов, проводятся только медицинскими учреждениями (включая центры семейной медицины). Немедицинский персонал не имеет права проводить тестирование, однако он может привлекаться к консультированию.

КиТ на ВИЧ проводится 33 скрининговыми лабораториями, которые работают на базе больших учреждений здравоохранения, и национальной референс-лабораторией (г. Таллинн).

Рекомендовать тестирование может любой врач (как специалист общей практики, так и врач узкой специализации) по клиническим показаниям, на основании оценки рисков или по требованию пациента.

Согласно Руководству по тестированию на ВИЧ и направлению ВИЧ-положительных людей на лечение (утвержденного Министерством социальных дел в 2012 г.), тестирование рекомендуется для представителей следующих групп населения:

- беременные женщины;
- осужденные;
- люди с ВИЧ-индикативными заболеваниями и состояниями (ИППП, туберкулез, вирусные гепатиты, лимфома и т.п.);
- лица, имеющие профессиональный риск, опыт употребления инъекционных наркотиков или рискованного полового поведения (включая наличие множественных половых партнеров или партнеров, имеющих опыт инъекционного употребления наркотиков);
- в регионах с высоким уровнем распространения ВИЧ-инфекции (г. Таллинн и прилегающий к нему уезд Харьюма, а также Северо-Восточная Эстония) тестирование на ВИЧ рекомендуется всем пациентам в возрасте 16–49 лет.

Тестирование на ВИЧ является обязательным только для доноров крови и органов.

Быстрые тесты используются на анонимных сайтах КиТ и в молодежных консультационных центрах. Кроме этого, быстрое тестирование проводится (в сотрудничестве с медицинскими учреждениями) в пунктах обмена игл и шприцев. С конца 2016 г. в аптеках доступны быстрые тесты для домашнего использования. В медицинских учреждениях общего профиля быстрые тесты используются редко [1].

Охват тестированием как рутинно тестируемых групп, так и КГН увеличивается, однако количество выявленных случаев уменьшается. Это может быть связано с тем, что тестирование довольно часто остается недостаточно направленным. Так, в 2012–2015 гг. только треть пациентов с инфекционным мононуклеозом и около 15% пациентов с ИППП были протестированы на ВИЧ [1].

В течение 2016 г. на ВИЧ были протестированы 157 тыс. граждан (12% населения или 119 случаев на 1 тыс. населения). Данные по охвату тестированием КГН недоступны.

Всем пациентам с ТБ рекомендуется пройти тестирование на ВИЧ, причем во многих случаях КиТ на ВИЧ проводится на начальной стадии диагностического

процесса, еще до подтверждения диагноза «туберкулез». Данные реестра пациентов с ТБ свидетельствуют о высоком охвате таких пациентов КиТ на ВИЧ (96% в 2016 году). Пациентам с ВИЧ-инфекцией рекомендуется проходить скрининг на ТБ (рентгенограмму) ежегодно, а также в случае симптомов, которые могут свидетельствовать о ТБ, или в случае контакта с пациентом с диагнозом «туберкулез». Данные о количестве ЛЖВ, которые проходят скрининг на ТБ, не собираются.

По мнению опрошенных экспертов, значимых препятствий для прохождения КиТ всеми заинтересованными гражданами нет.

«Единственное, что может создавать препятствия, — это часы приема, поскольку всё работает только в рабочее время. Надо пересмотреть график работы пунктов тестирования» (эксперт-инфекционист).

Представители ЛЖВ-сообщества во время фокус-групповых дискуссий в целом соглашались с тем, что в настоящее время в Эстонии нет финансовых или организационных барьеров для прохождения тестирования. Обсуждая этот вопрос, пациенты указывали на существование анонимных кабинетов, работу мобильных палаток в центре города, где проводится экспресс-тестирование во время массовых мероприятий, возможность пройти бесплатное тестирование у семейного врача и продажу быстрых тестов для самотестирования.

«А вообще кто хочет, тот найдёт место, где сможет протестироваться» (пациент — участник ФГД).

Однако по результатам дискуссии пациенты, как и во время базовой оценки, в качестве барьеров отметили страх и самостигматизацию, особенно среди жителей малых населенных пунктов, а также недооценку собственных рисков.

«А не хотят, потому что боятся огласки, хотят гарантий анонимности и конфиденциальности. Каждый по-своему чего-то боится» (пациент — участник ФГД).

«Даже у семейного врача висят плакаты, что доступно бесплатное тестирование. Но есть страх» (пациентка — участница ФГД).

«Люди не хотят идти к врачу: боятся, чтобы их никто не увидел там, в коридоре, например. Страх всё-таки есть: лишь бы никто не узнал. Потому что наше общество до сих пор не приняло это» (пациентка — участница ФГД).

«Не идут тестироваться, т.к. думают, что они здоровы, уверены, что нет никакой болезни. Палатки ведь стоят не каждый день, а только, скажем, по праздникам, например, в День города, а куда-то идти в анонимный кабинет никому и в голову не придет. Например, в больницу я бы никогда не пошла» (пациентка — участница ФГД).

Барьеры для доступа к тестированию объективного характера в Эстонии практически отсутствуют, процент ЛЖВ, которые знают свой статус, составляет 85% от их оценочной численности. Субъективные барьеры остаются достаточно сильными, особенно у граждан среднего и старшего возраста.

3.3. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ

Медицинские услуги, связанные с диагностикой и лечением ВИЧ-инфекции (включая диспансеризацию и АРТ), предоставляются специализированными инфекционными отделениями, которые функционируют в составе клиник, находящихся в пяти больших городах Эстонии. Все эти услуги доступны также в тюрьмах благодаря взаимодействию с местными клиниками. Пациенты с позитивным результатом теста на ВИЧ перенаправляются к инфекционисту для дальнейшего медицинского наблюдения и лечения. Для обращения к инфекционисту, в отличие от других врачей-специалистов, не требуется официальное направление от семейного врача. Пациенты, не получающие АРТ, как правило, посещают клинику 1–2 раза в год для регулярного обследования. Медицинские услуги, связанные с ВИЧ-инфекцией, бесплатны для всех пациентов.

По состоянию на 31.12.2016 на диспансерном учете состояло 5 354 ЛЖВ (49% от оценочной численности ЛЖВ, или 58% от количества людей, знающих свой ВИЧ-статус). При этом 79% из них (4218 чел.) посещали врача хотя бы один раз в течение последних 12 месяцев.

По результатам базовой оценки, в качестве серьезного барьера для постановки на учет пациентов с диагнозом «ВИЧ-инфекция», особенно из числа ЛУИН, указывалась необходимость оплачивать первое посещение врача (стоимость около 5 евро), а также наличие определенных формальностей: например, необходимость записываться на прием заранее. Результаты финальной оценки свидетельствуют, что указанные барьеры в целом сохранились. Так, по словам представителей сообщества, плата за первый визит к врачу взимается с каждого пациента независимо от наличия у него медстраховки. Период ожидания визита к врачу отличается в разных городах, однако в некоторых случаях может достигать двух недель и более (например, в Нарве, где один врач-инфекционист ведет прием в городской больнице и один — в частной клинике один день в неделю). Вместе с тем, по словам участников ФГД, если у пациента нет возможности оплатить визит, врач все равно его примет, назначит обследование и лечение.

Среди пациентов со значительным стажем жизни с ВИЧ (10 и более лет) была возможность сравнить отношение медицинских работников к пациентам в динамике. По мнению большинства участников дискуссии, отношение врачей-инфекционистов и среднего медицинского персонала в Эстонии не может быть сегодня серьезным барьером для прохождения диспансеризации и наблюдения у врача. Все опрошенные пациенты отмечают изменения к лучшему.

«Отношение персонала в 2001 году было ужасное. На тот момент была волна заражений, и все относились очень брезгливо. Сравнивая мои роды тогда (первого ребенка) и в 2016 году (второго), будто день и ночь. В 2016 году была моральная поддержка, медики относились с пониманием, но это было в Таллинне, не в Нарве. Там я себя чувствовала королевой» (пациентка — участница ФГД).

Вместе с тем, части пациентов было недостаточно полученной психологической поддержки, они высказали потребность в большем объеме социальных и психоло-

гических услуг, поддерживающего консультирования и социального сопровождения для того, чтобы регулярно посещать врача и выполнять его назначения. Особое внимание при этом следует уделять преодолению страхов, мифов и внутренней стигмы среди таких пациентов во время послетестового консультирования.

«Я знаю, что у меня есть ВИЧ, но не хочу идти ни в какую больницу. Я не состою на учете у врача. Я не хочу, чтобы мои данные где-то фигурировали. Я считаю, что у нас все системы взаимосвязаны, и если в одном месте меня зарегистрируют, все врачи и другие люди будут знать о моем диагнозе. Я не хочу, чтобы все всё знали. Тем более у нас город маленький, все друг друга знают, я не хочу никакой огласки, чтобы на меня смотрели косо, обсуждали меня» (пациентка — участница ФГД).

«Сначала у меня было неприятие болезни, потому что муж у меня здоровый, значит, там ошиблись, и я хотела в это верить. Теперь мне уже страшно идти. Какое у врача будет отношение ко мне? Я врача не посещаю уже три года (пациентка — участница ФГД).

Барьеры при постановке на диспансерный учет:

- недостаточное социальное сопровождение для КГН на этапе постановки на учет;
- необходимость оплачивать первый визит к врачу пациентам, не имеющим медицинского страхования;
- период ожидания визита к врачу, который в некоторых случаях достигает двух недель и более;
- необходимость ездить в другой город для посещения врача, сдачи анализов;
- необходимость оплачивать расходы на дополнительное обследование для лиц, не имеющих медицинского страхования.

Таким образом, по результатам финальной оценки перечень барьеров при постановке на диспансерный учет ВИЧ-положительных пациентов в Эстонии остался таким же, как и по результатам базовой оценки, хотя, по мнению представителей сообщества, указанные барьеры не являются критичными.

3.4. АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ

АРТ в Эстонии предоставляется специализированными инфекционными отделениями, которые функционируют в составе клиник, находящихся в пяти больших городах. Кроме этого, АРТ доступна в тюрьмах благодаря взаимодействию с местными клиниками.

Пациенты, принимающие АРТ, как правило, посещают клинику раз в месяц для получения препаратов. В самом большом инфекционном отделении клиники в Таллине функционирует программа, которая обеспечивает комбинированное лечение, включающее ОЗТ и АРТ для ЛУИН [1].

Медицинские услуги, связанные с лечением ВИЧ и туберкулеза (включая АРТ и лекарства от ТБ), бесплатны для всех, в том числе для тех, кто не имеет медицинской страховки. АРВ-препараты и противотуберкулезные препараты закупаются непосредственно Министерством социальных дел. Эстонский фонд медицинского страхования покрывает расходы на медицинскую помощь для застрахованных пациентов, а затраты на услуги для лиц, не имеющих медицинской страховки, покрываются из государственного бюджета. Например, ДОТ-лечение туберкулеза, анонимное консультирование и тестирование на ВИЧ, заместительная терапия и услуги по диагностике и лечению ИППП для уязвимых групп населения финансируются из государственного бюджета [1].

В клиниках работают психологи и социальные работники, которые консультируют ЛЖВ. Несколько НПО предоставляют услуги по консультированию ЛЖВ и их ближайшего социального окружения (социальная и психологическая поддержка, правовые вопросы, приверженность лечению, профилактика ВИЧ-инфицирования и т.п.). Все указанные услуги предоставляются анонимно и бесплатно и финансируются Национальным институтом развития здоровья.

Социальные льготы и услуги социальной поддержки, предоставляемые на национальном и местном уровнях, ориентированы на всех людей, нуждающихся в помощи. Особых льгот для ЛЖВ нет.

АРТ в Эстонии назначается всем пациентам с момента постановки на учет при условии согласия пациента ее принимать. Количество пациентов на АРТ стабильно растет. Так, в 2014 г. оно составляло 2 998, в 2015 г. — 3 494, в 2016 г. — 3 863 чел (72% от количества ЛЖВ, состоящих на диспансерном учете, или 35% от всех ЛЖВ). В течение 2016 г. начали принимать АРТ 582 чел.

Однако для Эстонии характерна проблема позднего выявления ВИЧ-инфекции. Так, 71% пациентов, начавших прием АРТ в течение 2016 г., имели показатель CD4-клеток на уровне менее 350 кл./мл [1]. За последние два года, по мнению экспертов, наблюдается положительная тенденция к сокращению числа пациентов, выявленных на III–IV стадиях ВИЧ-инфекции.

Услуги по диагностике и лечению туберкулеза также бесплатны для всех, включая тех, у кого нет медстраховки. Если человек подозревает наличие у себя ТБ, для обращения к пульмонологу ему не требуется направление семейного врача.

В 2016 г. в Эстонии был выявлен 21 пациент с коинфекцией ВИЧ/ТБ, что составило 11,7% от общего числа случаев туберкулеза. Всего в Эстонии были кумулятивно зарегистрированы 466 случаев коинфекции ВИЧ/ТБ, начиная с первого случая в 1997 г. В последние годы количество случаев коинфекции уменьшается (41–42 случая в 2011–2012 гг., 31 — в 2013 г., 21 — в 2016 г.) [1]. К сожалению, данные по охвату АРТ пациентов с коинфекцией ВИЧ/ТБ недоступны. По мнению национальных экспертов, значимых барьеров в диагностике и лечении ТБ, в т.ч. ВИЧ/ТБ, нет. Противодействие эпидемии ТБ — одна из самых эффективных медицинских программ в Эстонии.

По результатам базовой оценки, в качестве причин позднего начала лечения и не-

достаточно высокого охвата АРТ всех, кто в ней нуждается, указывались: низкая мотивация к лечению среди ЛЖВ-ЛУИН, боязнь побочных эффектов и мифы о негативном влиянии АРТ, отсутствие медицинского страхования у части пациентов. За анализируемый период эксперты и пациенты отмечают тенденции изменений к лучшему. Речь, в частности, идет о сокращении числа пациентов, не имеющих медицинской страховки, достаточно гибком и толерантном отношении медицинских работников к пациентам, заинтересованным в лечении.

«Если ты хочешь получить услугу, то ты ее получишь. Если ты нуждаешься в каких-то определённых условиях и будешь себя хорошо вести, то эти условия создадут, как например, выдача таблеток в нерабочее время. В случае психологического барьера есть равные консультанты, психологи, социальные работники и т.д.» (эксперт-инфекционист).

Из указанных во время базовой оценки барьеров наиболее значимыми, по мнению экспертов и пациентов, в настоящее время остаются: недостаточная мотивация пациентов к сохранению здоровья, в т.ч. низкая готовность ходить/ездить в лечебное учреждение для получения препаратов, распространенные страхи и мифы об АРТ.

«Я слышала, что если начнешь пить таблетки, то организм начинает привыкать к этим таблеткам. И когда в будущем придумают лекарство от ВИЧ, то из-за этого мой организм уже не будет возможности спасти. Я жду, когда придумают лекарство от ВИЧ, мой организм излечится, поэтому к врачам я сейчас не пойду» (пациентка — участница ФГД).

3.5. ДОСТИЖЕНИЕ ВИРУСНОЙ СУПРЕССИИ

По результатам финальной оценки, ситуация с достижением вирусной супрессии значительно улучшилась по сравнению с данными базовой оценки. Так, в 2016 г. неопределяемая вирусная нагрузка была зафиксирована у 80% пациентов на АРТ, тогда как в 2014 г. этот показатель составлял только 25%.

Эксперты также отмечают положительные тенденции в лечении ВИЧ-инфекции.

«Препараты у нас улучшились, стали более современные, меньше «побочки», удобнее стал режим приема. Если раньше приходилось принимать четыре таблетки в день, теперь всего лишь одну» (эксперт-инфекционист).

Однако определенные проблемы в этой сфере остаются. В частности, для Эстонии характерна значительная доля отрывов от лечения. Так, в течение 2016 г. АРТ начали принимать 582 чел, а оторвались от АРТ за тот же период 484 чел. (в том числе 36 чел. из числа вновь начавших прием АРТ) [1].

По результатам Базовой оценки в качестве ключевых барьеров для достижения вирусной супрессии указывались:

- плохая приверженность к лечению, особенно ЛЖВ-ЛУИН и лиц, злоупотребляющих алкоголем;

- отсутствие системы сопровождения равными консультантами и отслеживания визитов к инфекционисту;
- наличие мифов о лечении (например, о том, что риск резистентности возникает только при длительных перерывах в лечении — на месяц или несколько месяцев, а отрывы на несколько дней безопасны).

В настоящее время остается часть пациентов, не принимающих по разным причинам АРТ. Некоторые из них во время ФГД ссылались на побочные реакции, ухудшение общего самочувствия и отказ врачей в изменении схем лечения. Причем все опрошенные пациенты прервали лечение уже несколько лет назад, до появления нового поколения препаратов.

«После отказа от приема АРТ у меня больше нет проблем с головокружением и головной болью, но зато я теперь ощущаю очень сильную слабость. Я понимаю, что мне нужно лечение, но я не знаю, что я лечу, а что я калечу. Я бы хотела снова вернуться к терапии, но я больше не хочу испытывать головные боли и головокружения. Нужно, чтобы доктор подбирал что-то другое для меня» (пациентка — участница ФГД).

Также среди причин отказа от лечения пациенты называют плохую информированность об АРТ, вследствие чего возникает много мифов о «вреде» АРТ или ее несовместимости с употреблением алкоголя или наркотических препаратов. Причем указанные мифы распространены в том числе среди пациентов, принимающих ОЗТ, посещающих врача-инфекциониста, других пациентов, имеющих возможность получить консультацию врача, психолога, социального работника. Но распространенной практикой является обсуждение этих вопросов со своими знакомыми, не имеющими отношения к ВИЧ-сервису, или чтение материалов в Интернете.

«Мне люди сказали, что это несовместимо, ты только себе хуже сделаешь. И я на это всё повелся. Перестал принимать таблетки. Когда я перестал принимать наркотики, мне сказали, что таблетки с алкоголем несовместимы. К врачу я хожу, но таблетки не принимаю» (пациент — участник ФГД).

Часть пациентов, которым назначена АРТ, прибегают к хитростям, пытаются скрыть от врача отказ от приема препаратов. Они регулярно посещают инфекциониста и получают АРВ-препараты, но их не принимают. Таким образом они пытаются выгладеть в глазах врача добросовестными пациентами. Это связано с распространенным среди части пациентов мнением о том, что при полном отрыве от лечения они могут лишиться пенсии или пособия по безработице, т.к. у врача есть возможность информировать органы социального обеспечения о таких случаях. Это не отвечает реальной ситуации и приводит к негативным последствиям, в т.ч. к неэффективному использованию ресурсов, выделяемых на лечение.

«Если мы таблетки не получаем, то она сообщает об этом твоему лечащему врачу. И он уже может тебе снять с пенсии» (пациентка — участница ФГД).

Актуальным барьером для обеспечения приверженности лечению части пациентов, прежде всего из числа ЛУИН, является отсутствие системы сопровождения равными консультантами и отслеживания визитов к инфекционисту. Такие паци-

енты очень редко по своей инициативе обращаются за консультированием и социальной поддержкой, хотя и остро нуждаются в таких услугах.

«Может быть, если бы я тогда, три года назад, поговорила с психологом, принимала бы сейчас до сих пор терапию» (пациентка — участница ФГД).

«Если бы за мной постоянно кто-то ухаживал и разговаривал, я бы тоже, наверное, пила таблетки» (пациентка — участница ФГД).

Таким образом, по результатам финальной оценки, как и по результатам базового исследования, барьеры к достижению вирусной супрессии в Эстонии основном ограничиваются субъективными факторами.

РАЗДЕЛ 4. УЧАСТИЕ ПРОЕКТА «ПАРТНЕРСТВО» В РЕАЛИЗАЦИИ ОТВЕТА СТРАНЫ НА ЭПИДЕМИЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ/СПИДА

В 2017–2018 гг. организации — члены консорциума принимали участие в:

- подготовке отчета и рекомендаций о существующих и недостающих стандартах по оказанию услуг в связи с ВИЧ в Эстонии;
- разработке рекомендаций по изменению нормативной базы, которые позволят НКО оказывать широкий спектр услуг (демедицинализация, тестирование на базе сообществ);
- проведении международной школы лидеров консорциумов.

РАЗДЕЛ 5. РЕКОМЕНДУЕМЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ АДВОКАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- Формирование эффективной системы социального сопровождения «сложных» пациентов на всех этапах получения услуг в связи с ВИЧ-инфекцией с целью минимизации отрывов пациентов на всех этапах оказания помощи.
- Дальнейшее расширения доступа к ОЗТ как методу поддержания приверженности АРТ.
- Мобилизация сообществ с целью повышения эффективности борьбы со стигмой и самостигмой, а также для мотивации пациентов к получению медицинских услуг в связи с ВИЧ-инфекцией.
- Социальная мобилизация сообществ, партнерских НПО с целью максимального вовлечения ЛЖВ в медицинский уход, формирования их приверженности АРТ, удержания пациентов на АРТ, борьбы с мифами об АРТ среди ЛЖВ, организации адресного мотивирующего консультирования и сопровождения равными консультантами.

ИСТОЧНИКИ

1. HIV in Estonia. Narrative report for Global AIDS monitoring 2017. URL: http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/EST_2017_countryreport.pdf.
2. ANDMEBAAS. Health statistics and Health Research Database. URL: http://pxweb.tai.ee/PXWeb2015/index_en.html.
3. Country factsheets: Estonia 2017. URL: <http://aidsinfo.unaids.org>.
4. Riiklik HIV tegevuskava aastateks 2017–2025 (Национальный план действий по ВИЧ на 2017–2025 годы), документ, предоставленный представителями сообщества.



ГЛАВА 2.

КРАТКИЙ АНАЛИЗ ДОСТУПА
К КАСКАДУ ВИЧ-УСЛУГ
В АРМЕНИИ, БЕЛАРУСИ,
ГРУЗИИ, ЛАТВИИ, ЛИТВЕ,
МОЛДОВЕ, ТАДЖИКИСТАНЕ,
УКРАИНЕ

В этой главе содержится информация о доступе к каскаду ВИЧ-услуг в восьми странах региона ВЕЦА. В отличие от стран, представленных в Главе 1, в этих странах не проводился социологический компонент исследования, то есть фокус-групповые дискуссии и интервью с экспертами. Выводы о барьерах в доступе к услугам сформулированы на основе отчетов и исследований.

Из стран, вошедших в эту главу, только в Беларуси Базовая оценка включала социологический компонент. Материалы других семи стран представляют собой краткие информационные сводки, которые, впрочем, позволяют проанализировать ситуацию 2014 (2015) и 2016 (2017) годов в динамике.

РЕСПУБЛИКА АРМЕНИЯ

РАЗДЕЛ 1. ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В РЕСПУБЛИКЕ АРМЕНИЯ

Армения относится к странам с низкой распространенностью ВИЧ-инфекции. В 2017 г. численность ЛЖВ оценивалась в 3400 чел. [1]. Распространенность ВИЧ-инфекции на 100 тыс. населения в возрастной группе 15–49 лет составляет 0,2% (0,1–0,2) [1].

В 2016 г. Армения (а также Беларусь) получила валидацию ВОЗ об элиминации передачи ВИЧ от матери к ребенку

По данным Республиканского центра профилактики СПИДа, с 1988 г. по 31.12.2017 в стране были кумулятивно зарегистрированы 2908 случаев ВИЧ-инфекции среди граждан Республики Армения. За 2017 г. были зарегистрированы 358 новых случаев ВИЧ-инфекции. В общей структуре зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции преобладают лица мужского пола (2020 случаев, или 70%), среди лиц женского пола зарегистрировано 888 случаев (30%). 51 случай (1,7%) ВИЧ-инфекции зарегистрирован среди детей. Диагноз «СПИД» поставлен 1477 ВИЧ-инфицированным (в том числе 371 женщине и 29 детям). С начала эпидемии зарегистрировано 657 случаев смертей среди ВИЧ-инфицированных пациентов, что составляет 22,6% от общего количества зарегистрированных случаев. Среди умерших — 112 женщин и 10 детей [2].

При сравнении этих статистических данных с данными за 2014 г., приведенными в Базовой оценке (1006 случаев СПИДа, 417 смертей от СПИДа), а также с данными за 2015 г. (1167 случаев СПИДа, 500 смертей от СПИДа) [3] очевидным является факт позднего выявления в Армении ВИЧ-инфекции и смертности по причине ВИЧ-инфекции, что, в свою очередь, может свидетельствовать о недостаточно качественном тестировании представителей ключевых групп населения или их ограниченной доступности.

Наибольшее число случаев ВИЧ-инфекции (901) зарегистрировано среди жителей г. Еревана, что составляет 31% от общего числа всех зарегистрированных случаев. Марз (административная единица уровня области) Ширак занимает второе место по числу зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции (11,1%), после которого следуют марзы Лори, Гегаркуник и Арарат [2].

В Армении основными путями передачи ВИЧ являются гетеросексуальные контакты (68%) и потребление инъекционных наркотиков (21%). Случаи передачи ВИЧ через гомосексуальные контакты, от матери ребенку и через кровь в сумме составляют 4,9%. Почти все инфицированные, заразившиеся при инъекционном потре-

блении наркотиков (99%), были мужчинами, а почти все женщины заразились гетеросексуальным путем (97%) [2].

РАЗДЕЛ 2. АНАЛИЗ КАСКАДА ВИЧ-УСЛУГ

В 2017 г. в Армении оценочное количество ЛЖВ составляло 3 400 чел., свой ВИЧ-статус знали 2 265 ЛЖВ, на диспансерном учете состояло 2 067 чел., АРТ получали 1 530 чел., неопределяемая вирусная нагрузка была у 1 304 чел. [11].

Иными словами:

- знают свой ВИЧ-статус 67% от оценочного числа ЛЖВ;
- состоят на диспансерном учете 61% от оценочного числа ЛЖВ (или 91% пациентов, знающих свой ВИЧ-статус);
- получают АРТ 45% от оценочного числа ЛЖВ, или 67% ЛЖВ, знающих свой ВИЧ-статус;
- неопределяемую вирусную нагрузку имеют 38% от оценочного числа ЛЖВ, или 85% ЛЖВ на АРТ (Рис. 21).

Таким образом, в континууме целей «90–90–90» Армения приближается к достижению третьей цели — неопределяемой вирусной нагрузке у 90% ЛЖВ на АРТ (актуальный показатель — 85%), однако с достижением первой и второй целей (90% ЛЖВ знают свой ВИЧ-статус и 90% ЛЖВ, знающих свой ВИЧ-статус, получают АРТ) возникают определенные сложности (актуальные показатели — 67% и 67% соответственно).

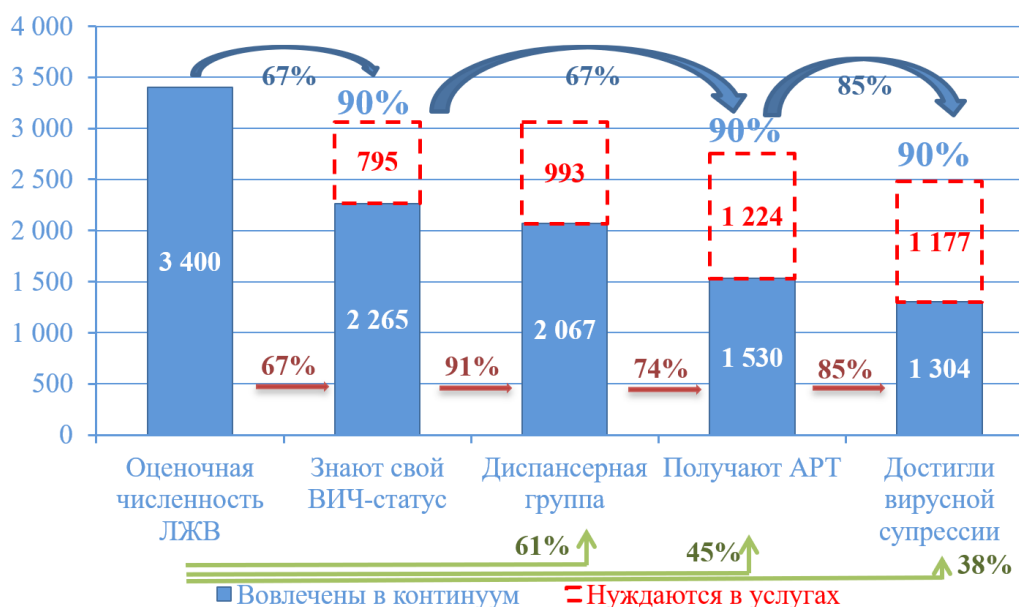


Рисунок 21. Каскад ВИЧ-услуг, Республика Армения, 2017 г.

По данным Базовой оценки, в Армении в 2014 г. знали свой ВИЧ-статус 38% от оценочной численности ЛЖВ, на диспансерном учете состояли 33% от оценочного числа ЛЖВ (или 87% от количества ЛЖВ, знающих свой ВИЧ-статус), АРТ получали 19% от оценочного числа ЛЖВ (или 48% пациентов, знающих свой ВИЧ-статус), а неопределяемая вирусная нагрузка была достигнута у 16% от оценочной численности ЛЖВ (или у 86% пациентов, принимающих АРТ) (Рис. 22).

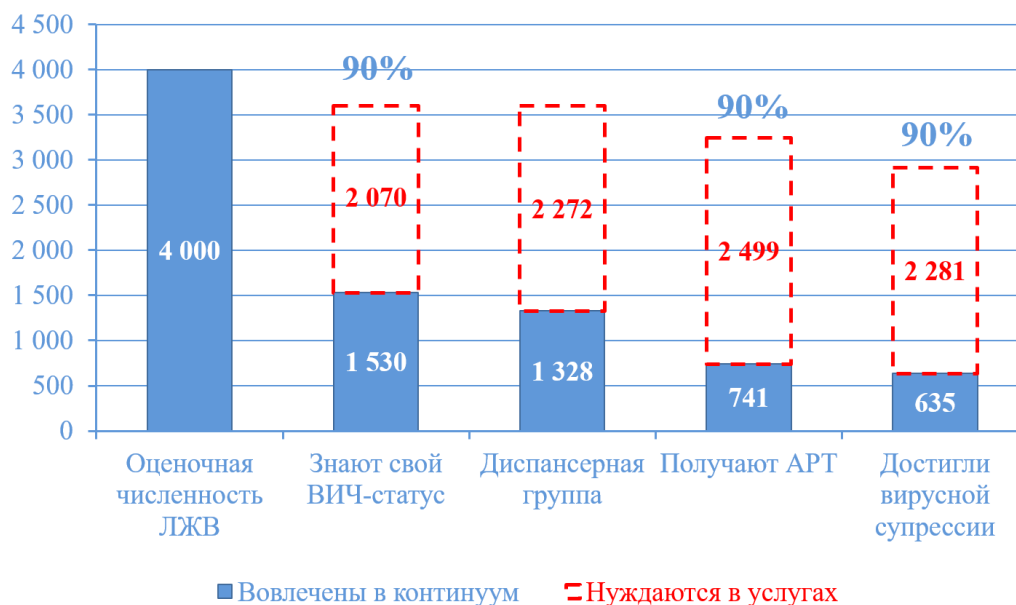


Рисунок 22. Каскад лечения ВИЧ-услуг, Республика Армения, 2014 г.

Сравнение абсолютных и относительных показателей за 2014 и 2017 гг. свидетельствует о том, что при снижении оценочного числа ЛЖВ на 15% (с 4 000 до 3 400 чел., то есть на 600 чел.) количество ЛЖВ, знающих свой ВИЧ-статус, увеличилось на 48% (с 1 530 до 2 265 чел., или на 735 чел.), количество ЛЖВ на диспансерном учете — на 56% (с 1 328 до 2 067 чел., или на 739 чел.), а показатели количества принимающих АРТ и лиц с вирусной супрессией возросли более чем в два раза (с 741 до 1 530 чел. и с 635 до 1 304 чел. соответственно).

При сравнении данных 2017 и 2014 гг. наблюдается прогресс в достижении первой и второй целей ЮНЭЙДС «90–90–90» и стабильно высокий показатель достижения третьей цели «90» (Рис. 23).

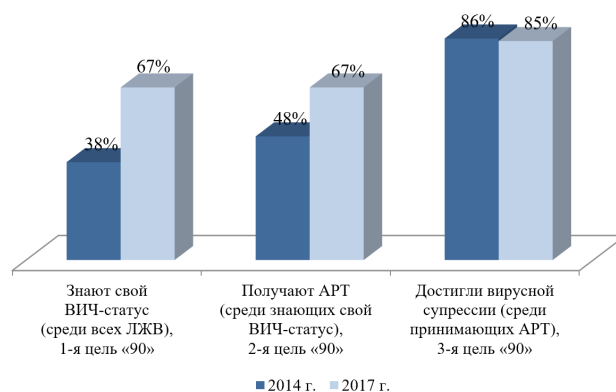


Рисунок 23. Каскад ВИЧ-услуг в соотнесении с целями ЮНЭЙДС «90–90–90», Республика Армения, 2014 и 2017 гг., %

РАЗДЕЛ 3. АНАЛИЗ ДОСТУПА И ОПРЕДЕЛЕНИЕ БАРЬЕРОВ К УСЛУГАМ НЕПРЕРЫВНОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ЛЖВ И КГН

3.1. ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

По данным ЮНЭЙДС, оценочная численность **ЛУИН** в Армении составляет 9 400 чел., **МСМ** — 12 500 чел., **СР** — 5 600 чел.

В 2016 г. распространенность ВИЧ-инфекции среди **МСМ** (0,8%) и **ЛУИН** (0,5%) превышала средний по стране (0,2%), а показатель распространенности ВИЧ среди **СР** (0,1%) был ниже среднего по стране.

Охват **СР** профилактическими программами составляет 71,3% (данные 2017 г.), уровень пользования презервативами — 99% (данные 2016 г.), количество презервативов, распространенных в рамках профилактических программ, составляет 259 единиц (данные 2017 г.) [1].

Среди **МСМ** знают свой ВИЧ-статус 36%, уровень пользования презервативами составляет 80,4%, количество презервативов, распространенных в рамках профилактических программ, составляет 77 единиц (данные 2017 г.).

В группе **ЛУИН** профилактическими программами охвачены 51,8% (данные 2017 г.), уровень пользования презервативами составляет 54,9% (данные 2016 г.), уровень безопасных инъекционных практик — 96,9% (данные 2014 г.), количество чистых игл и шприцев, распространенных среди **ЛУИН**, составляло 76 единиц на человека [1].

В 2017 г. программами ЗПТ был охвачен 501 **ЛУИН** (2014 г. — 430 **ЛУИН**); уровень охвата — 5,3% (данные ЮНЭЙДС), из них 160 чел. — заключенные (2014 г. — 131 чел.). Среди клиентов программ ЗПТ 22 человека были ВИЧ-позитивными (2014 г. — 26 чел.) [11].

Исследование проявлений дискриминации, проведенное среди 300 представителей ЛЖВ, ЛГБТ и **ЛУИН** в 2018 г., показало, что основными факторами формирования дискриминационного отношения являются консервативное мышление, недостаток информации и знаний, внутренние страхи или стереотипы, а также отсутствие антидискриминационных юридических и культурных практик [13].

Намного более острой является ситуация в группе мигрантов. За последние пять лет более чем половина (58%) зарегистрированных пациентов инфицировались за пределами Армении, еще 12% случаев ВИЧ-инфекции составляют половые партнеры мигрантов. Таким образом, с проблемой миграции связаны 70% случаев ВИЧ-инфекции, тогда как на долю ключевых групп (**МСМ**, **СР** и **ЛУИН**) приходится около 17% [11].

По данным биоповеденческого исследования 2017 г. среди сезонных трудовых мигрантов-мужчин [12], распространенность ВИЧ в этой группе составляла 1,2%. Факторами риска в дальнейшем распространении ВИЧ могут быть половые связи со случайными партнерами, непостоянное пользование презервативами, незнание

путей передачи ВИЧ и неверие мигрантов в то, что они подвергаются риску инфицирования.

Особенностью Армении является то, что все профилактические услуги для КГН предоставляются за счет средств Глобального фонда, бюджетное финансирование на указанные услуги не выделяется.

3.2. КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ И ТЕСТИРОВАНИЕ НА ВИЧ

Лабораторная постановка диагноза ВИЧ-инфекции осуществляется только в Республиканском центре СПИДа, где работает единственная в стране референс-лаборатория. Услуги по тестированию на ВИЧ предоставляют 32 лаборатории в Ереване и 24 лаборатории в марзах [11].

В 2017 г. было проведено 136 488 тестирований на ВИЧ, в т.ч. были охвачены 1381 ЛУИН, 1280 гомо- и бисексуалов, 2017 СР, 7 214 мигрантов [11].

В 2017 г. 70,4% новых случаев ВИЧ-инфекции были выявлены по результатам тестирования по инициативе провайдера услуг, 15,9% вернулись в Армению с поставленным диагнозом, 4,8% выявлены в рамках профилактических программ НПО среди ЛУИН (0,6%), МСМ (2,5%) и СР (1,7%); 4,7% выявлены в рамках профилактических программ среди мигрантов, 3,1% — в результате тестирования по инициативе клиента, по 0,3% — в рамках общественных мероприятий и путем самотестирования.

Консультирование и тестирование по инициативе провайдера услуг было интегрировано в систему женских консультаций в Армении, что позволяет предоставлять эти услуги более чем 95% беременных и способствует улучшению выявляемости ВИЧ-инфекции среди них: в 2017 г. среди 44 262 протестированных беременных были выявлены 19 случаев ВИЧ-инфекции, 42% из которых составляют партнеры мигрантов.

Для преодоления этого барьера на средства Глобального фонда в августе 2017 г. в стране было начато тестирование КГН силами неправительственных организаций (НПО) с использованием слюновых тестов. Пилотный проект показал, что полевое тестирование со стороны НПО с помощью слюновых тестов на ВИЧ привлекает наиболее труднодоступных представителей КГН в проекты профилактики ВИЧ. Дальнейшее расширение полевого тестирования с использованием слюновых тестов было включено страновыми партнерами в страновую заявку ГФ как мера повышения выявляемости случаев ВИЧ среди КГН [9].

3.3. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ

Все услуги в связи с ВИЧ в Армении предоставляются централизованно — только на базе Республиканского центра профилактики СПИДа: все ЛЖВ состоят на учете только в данном медучреждении, и на данный момент только на его базе доступны все дополнительные методы обследования.

Данные об уровне CD4 на момент диагностики ВИЧ указывают на серьезные проблемы с поздним выявлением и поздним началом лечения. По данным Базовой оценки, в 2014 г. 55% впервые выявленных пациентов имели уровень CD4 <350 кл./мкл, 37% из них — CD4 <200 кл./мкл. В 2016 г. эта тенденция сохранилась: у 37% ЛЖВ, выявленных в результате тестирования, уровень клеток CD4 был менее 200 кл./мкл [5].

3.4. АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ

АРТ проводится только специалистами республиканского центра СПИДа, поэтому пациенты вынуждены приезжать в Ереван каждые три месяца и чаще. Протокол по лечению ВИЧ был пересмотрен в августе 2017 г. Основные нововведения в этом протоколе внесены в соответствии с рекомендациями ВОЗ относительно необходимости начинать лечение ВИЧ-инфекции (назначать АРТ) всем пациентам с диагнозом «ВИЧ-инфекция» независимо от количества CD4-клеток [6].

В 2017 г. были зарегистрированы 57 случаев коинфекции ВИЧ/ТБ (в 2014 г. — 86 случаев) и 47 случаев коинфекции ВИЧ/гепатиты, в т.ч. ВИЧ/ВГС (37 случаев), ВИЧ/ВГВ (8 случаев) и ВИЧ/ВГС/ВГВ (2 случая); в 2014 г. соответственно — 52 случая коинфекции ВИЧ/гепатиты (44 — ВИЧ/ВГС, 7 — ВИЧ/ВГВ, 1 — ВИЧ/ВГС/ВГВ) [11].

Комбинированное лечение ВИЧ и ВГВ получали 100 коинфицированных; 5,7% людей, коинфицированных ВИЧ и ВГС, начали лечение ВГС. В 2017 г. из числа ЛЖВ, вовлеченных в уход по поводу ВИЧ-инфекции, 13,2% имели активный ТБ; 6,3% начали профилактическое лечение ТБ [11].

По данным ЮНЭЙДС, процент удержания на АРТ в Армении достаточно высок: через 12 месяцев после начала АРТ продолжают ее принимать 88% всех ЛЖВ, в том числе более 95% детей и 88% взрослых [1].

РАЗДЕЛ 4. КЛЮЧЕВЫЕ БАРЬЕРЫ ДОСТУПА К УСЛУГАМ

- Стигматизация и дискриминация в отношении КГН и ВИЧ-позитивных людей, а также социально-экономическая ситуация в стране являются двумя ключевыми барьерами доступа к континууму услуг, связанных с ВИЧ.
- В стране существует проблема незнания ЛЖВ своего ВИЧ-статуса (более 20%), что связано как с высоким уровнем трудовой миграции (22–40% всего населения), так и с ограниченным доступом к услугам КиТ для всех слоев населения, включая КГН.
- Услуги тестирования на ВИЧ, в том числе с использованием быстрых тестов, предоставляются преимущественно на базе республиканского центра СПИДа, что ограничивает доступ к услугам для представителей КГН и жителей отдаленных районов, хотя в последние годы появились НПО, которые тоже используют их

в своей практике.

- Поздняя диагностика ВИЧ-инфекции снижает шансы пациентов на успех лечения, значительно повышает стоимость лечения оппортунистических инфекций и приводит к смертности среди пациентов, которые получают медицинские услуги.
- Для пациентов, состоящих на учете, серьезным барьером доступа к услугам является централизация всех услуг (от подтверждающих исследований до получения АРТ) исключительно на базе республиканского центра СПИДа.

ИСТОЧНИКИ

1. Country factsheets. Armenia 2017. URL: <http://aidsinfo.unaids.org>.
2. Республиканский центр по профилактике СПИДа. URL: http://www.armaims.am/ru/statistics/stat_2018/january_stat_2018.html.
3. AIDS response progress report. Republic of Armenia. Reporting period: January–December 2015. URL: http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/ARM_narrative_report_2016.pdf.
4. HIV treatment and care. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2017 progress report. URL: <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/HIV%20treatment%20and%20care.pdf>.
5. HIV/AIDS surveillance in Europe 2017 – 2016 data. URL: https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/20171127-Annual_HIV_Report_Cover%2BInner.pdf.
6. Клинический протокол по лечению ВИЧ-инфекции в Армении. URL: http://www.armaims.am/images/pdf/ART_Guide_2017.pdf.
7. HIV care in Central and Eastern Europe: How close are we to the target? International Journal of Infectious Diseases. URL: [https://www.ijidonline.com/article/S1201-9712\(18\)30066-3/pdf](https://www.ijidonline.com/article/S1201-9712(18)30066-3/pdf).
8. Armenia. Tuberculosis profile. URL: https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO_HQ_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FTB_CountryProfile&ISO2=AM&LAN=EN&outtype=html.
9. Краткая справка о ВИЧ среди МСМ и транслюдей в Армении. 2018. URL: http://ecom.ngo/wp-content/uploads/2018/06/Armenia_ru.pdf.
10. Eurasian Women's Network on AIDS. URL: <http://www.ewna.org>.
11. HIV epidemiological surveillance in the Republic of Armenia. 2017 Annual Report. URL: http://http://www.armaims.am/images/pdf/hetazotutyunner/Annual_report_HIV_epidemiological_surveillance_in_the_Republic_of_Armenia_2017.pdf.

12. Biological and Behavioral Surveillance Survey on Armenian, Male, Seasonal Labor Migrants in Urban Communities in Armenia 2018. URL: http://www.armaids.am/images/pdf/hetazotutyunner/Biological_and_Behavioral_Surveillance_Survey_on_Armenian_Male_Seasonal_Labor_Migrants_in_Urban_Communities_in_Armenia_2018.pdf.
13. A study of the manifestation of discrimination against people living with HIV/AIDS, LGBT individuals and intravenous drug users in various spheres of society. Report. August 2018.
14. Miles to go – The response to HIV in eastern Europe and central Asia. Global Aids Update 2018. URL: <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2018/miles-to-go-eastern-europe-and-central-asia>.

РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ

РАЗДЕЛ 1. ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Развитие эпидемического процесса ВИЧ-инфекции на территории Республики Беларусь находится в концентрированной стадии. Распространенность ВИЧ-инфекции по состоянию на 31.12.2017 составляет 0,27 случая на 100 тыс. населения [2].

Кумулятивно на 01.02.2018 в Беларуси был зарегистрирован 24871 случай заболевания. В общей структуре зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции преобладают лица мужского пола (14935 случаев, или 60%), среди лиц женского пола зарегистрированы 9936 случаев (40%). 327 случаев (0,01%) ВИЧ-инфекции зарегистрированы среди детей и подростков в возрасте 0–14 лет.

Диагноз «СПИД» поставлен 6132 ВИЧ-инфицированным. С начала эпидемии зарегистрированы 5509 случаев смерти среди ВИЧ-инфицированных пациентов, из них в стадии СПИДа — 3119 чел. [2].

Одним из наиболее значимых успехов Беларуси является предотвращение вертикальной передачи ВИЧ от матери ребенку. С 2000 по 2015 гг. риск передачи ВИЧ от матери к ребенку снижен в 15 раз — с 27% до 1,8%. На заседании Генеральной Ассамблеи ООН в Нью-Йорке 7 июня 2016 г. Беларусь получила сертификат ВОЗ, подтверждающий элиминацию вертикальной передачи ВИЧ и сифилиса от матери ребенку [12].

Половой путь передачи ВИЧ является преобладающим как в стране в целом, так и во всех регионах, за исключением г. Минска: из 2468 случаев ВИЧ-инфекции, выявленных в 2017 г., на его долю приходилось 78,6%, доля парентерального пути передачи составляла 19,7% (485 случаев). В г. Минске половой и инъекционный пути передачи ВИЧ имеют практически равное значение: 52,2% (325 чел.) и 46,7% (291 чел.) соответственно [12].

Основными тенденциями в развитии современной эпидемической ситуации в Беларуси являются:

- сохранение концентрированной стадии эпидемии ВИЧ-инфекции с увеличением распространенности ВИЧ среди всего населения и сохранением высоких темпов роста среди представителей уязвимых групп;
- преобладание гетеросексуального пути распространения ВИЧ;
- рост вовлеченности в эпидемический процесс женщин, в том числе в возрастной группе до 30 лет;

- значительные различия в географическом распределении эпидемии ВИЧ-инфекции по регионам [7].

Наибольшее число случаев ВИЧ-инфекции (10 450) зарегистрировано среди жителей Гомельской области, что составляет 42% от общего числа всех зарегистрированных случаев. Минск, столица Республики Беларусь, занимает второе место — 4 771 случай (19%) [2].

РАЗДЕЛ 2. АНАЛИЗ КАСКАДА ВИЧ-УСЛУГ

В 2017 г. оценочная численность ЛЖВ в Беларуси, по расчетам с использованием модели Spectrum, составляла 25 370 чел. [7]; свой ВИЧ-статус знали 18 438 чел., на диспансерном учете состояли 17 782 чел. [12], АРТ принимали 9 990 чел., иммунной супрессии достигли 5 778 чел. [7] (Рис. 24).

Иными словами:

- знают свой ВИЧ-статус 73% от оценочного числа ЛЖВ;
- на диспансерном учете состоят 70% от оценочного числа ЛЖВ, или 96% ЛЖВ, знающих свой статус;
- получают АРТ 56% от оценочного числа ЛЖВ, или 54% знающих свой ВИЧ-статус;
- неопределяемую вирусную нагрузку имеют 23% от оценочного числа ЛЖВ, или 58% ЛЖВ на АРТ.

Таким образом, в континууме целей «90–90–90» самый высокий показатель Беларуси (73%) относится к первой цели — выявлению 90% ЛЖВ, однако с достижением второй и третьей целей (обеспечение АРТ 90% выявленных ЛЖВ и достижение вирусной супрессии у 90% пациентов, принимающих АРТ) возникают определенные сложности (актуальные показатели — 54% и 58% соответственно).

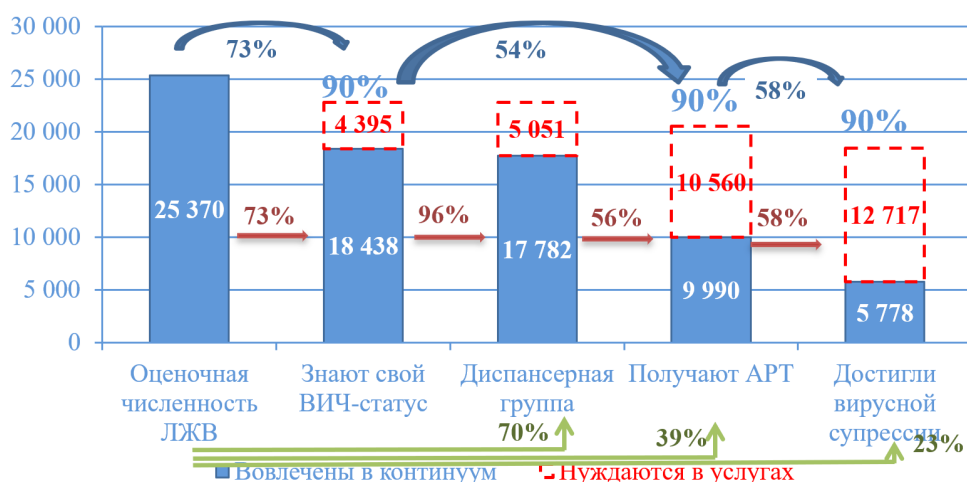


Рисунок 24. Каскад ВИЧ-услуг, Республика Беларусь, 2017 г.

Согласно данным Базовой оценки (2014 г.), 66% от оценочной численности ЛЖВ знали свой ВИЧ-статус, на диспансерном учете находились 39% от числа ЛЖВ (или 59% от числа знающих свой ВИЧ-статус), АРТ получали 22% от оценочного числа ЛЖВ (или 33% пациентов, знающих свой ВИЧ-статус), а неопределяемая вирусная нагрузка была достигнута у 12% от оценочной численности ЛЖВ (или у 57% пациентов, принимающих АРТ) (Рис. 25).

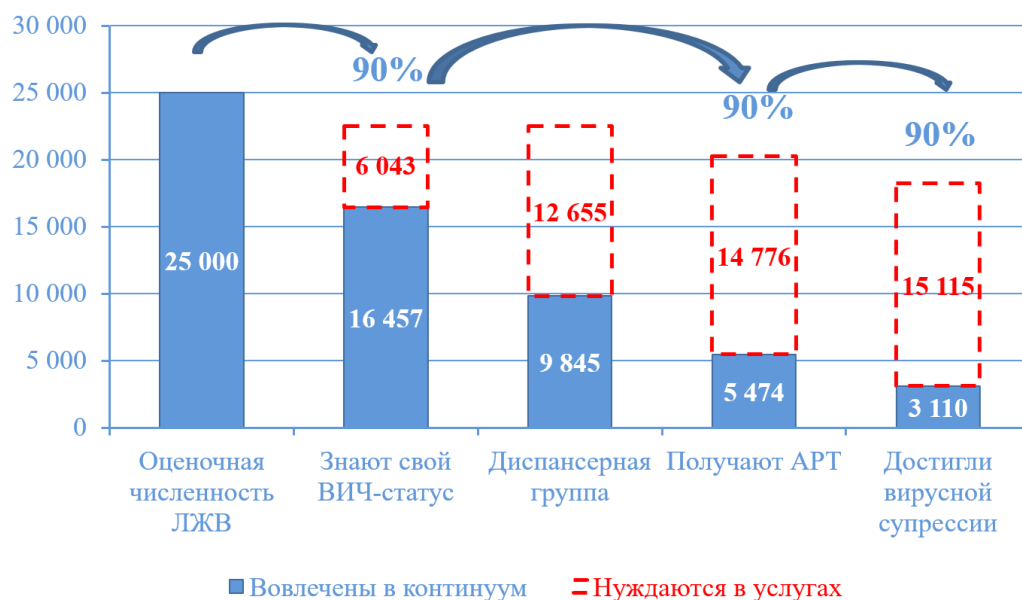


Рисунок 25. Каскад ВИЧ-услуг, Республика Беларусь, 2014 г

Таким образом, при сравнении данных 2014 и 2017 гг. наблюдается прогресс в достижении первой и второй целей ЮНЭЙДС «90–90–90» и относительно стабильный показатель выполнения третьей цели «90» (Рис. 26).

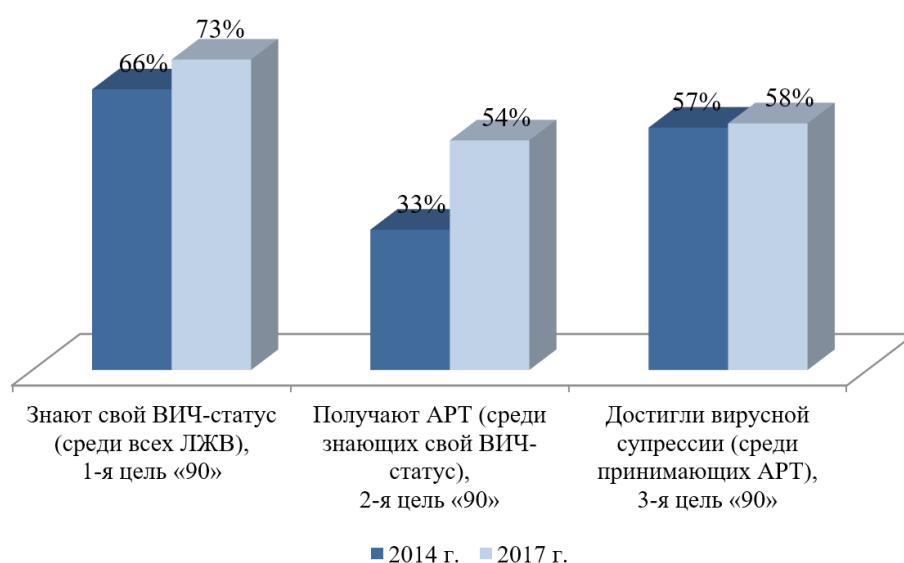


Рисунок 26 Каскад ВИЧ-услуг в соотношении с целями ЮНЭЙДС «90–90–90», Республика Беларусь, 2014 и 2017 гг., %

РАЗДЕЛ 3. АНАЛИЗ ДОСТУПА И ОПРЕДЕЛЕНИЕ БАРЬЕРОВ К УСЛУГАМ НЕПРЕРЫВНОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ЛЖВ И КГН

В Беларуси заражение вирусом иммунодефицита человека является уголовно наказуемым. Статья 157 Уголовного кодекса Республики Беларусь предусматривает наказание за 1) заведомое поставление другого лица в опасность заражения вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекцией); 2) заражение другого лица по легкомыслию или с косвенным умыслом; 3) действие, предусмотренное ч. 2 настоящей статьи, совершенное в отношении двух или более лиц, либо заведомо несовершеннолетнего, либо с прямым умыслом [13]. Статья была включена в УК в 1999 г. и с тех пор не пересматривалась. Это создает угрозу уголовного преследования не только для ЛЖВ и ключевых групп, но и для дискордантных пар [10].

Вместе с документом, подтверждающим элиминацию вертикальной передачи ВИЧ и сифилиса, в 2016 г. Беларусь получила рекомендации от Глобального валидационного комитета, которые необходимо выполнить для ежегодного подтверждения валидации. Одна из рекомендаций гласит: «Пересмотреть статьи 157 и 158 Уголовного кодекса в отношении криминализации передачи и поставления другого лица в опасность заражения ВИЧ и ИППП с тем, чтобы уточнить формулировки и исключить их двусмысленное толкование».

По данным НПО, в 2018 г. количество уголовных дел, возбуждённых по ст. 157, снизилось по сравнению с 2017 г. на 30%, что может быть результатом как изменений в обществе в отношении данной проблемы, так и адвокационной деятельности НПО. Ожидается, что в конце 2018 года поправка к ст. 157 будет рассматриваться Палатой представителей Национального собрания Республики Беларусь.

3.1. ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

В обновленных данных ЮНЭЙДС [1] оценочная численность ЛУИН и МСМ уменьшилась по сравнению с данными, приведенными в Базовой оценке: ЛУИН — с 75 000 чел. до 66 500 чел. (данные 2016 г.), МСМ — с 60 000 чел. до 59 500 чел. (данные 2016 г.): оценочное количество СР не изменилось — 22 000 чел.

Уровень инфицированности ВИЧ среди ЛУИН, по данным ДЭН 2013 г., приведенным в Базовой оценке, варьировал от 2,3% до 43,7%, а в 2017 г. (данные ЮНЭЙДС, 2017 г.) составлял 30,8%; среди МСМ этот показатель вырос с 2,9% до 9,8%, среди СР — с 3,9% до 7%.

Среди ЛУИН, по данным ЮНЭЙДС, знают свой ВИЧ-статус 59,7%, профилактическими программами охвачены 67,1%, уровень пользования презервативами составляет 51,5%, уровень безопасных инъекционных практик — 87,9%, количество чистых игл и шприцев, распространенных на одного ЛУИН, составляет 70 единиц (все данные за 2017 г.).

В 2014 г., по данным Базовой оценки, услуги ОЗТ предоставлялись на 19 сайтах и охватывали 1 066 чел. В 2017 г., по данным ЮНЭЙДС, ОЗТ получали 4,2% от оценочного числа ЛУИН [1] (т.е. ориентировочно 2 793 чел.).

Среди МСМ знают свой ВИЧ-статус 68,6%, профилактическими программами охвачены 69,4%, уровень пользования презервативами составляет 73,8%, в рамках профилактических программ распространено 16 презервативов на одного МСМ (все данные за 2017 г.).

Показатели СР, касающиеся знания ВИЧ-статуса, охвата профилактикой и пользования презервативами, выше, чем у ЛУИН и МСМ: знают свой ВИЧ-статус 71,8%, охвачены профилактическими программами 84%, уровень пользования презервативами составляет 85%; в рамках профилактических программ распространено 63 презерватива на одного СР (все данные ЮНЭЙДС, 2017 г.).

Вместе с тем, показатели охвата КГН минимальным пакетом профилактических услуг на анонимных пунктах профилактики на базе НКО несколько иные, чем указаны ЮНЭЙДС: среди ЛУИН охвачено 55 598 чел. (или 84% от оценочного числа), среди МСМ — 11 724 чел. (или 19,7% от оценочного числа), среди СР (ЖСБ) — 8 882 чел., или 40,3% от оценочного числа [12].

3.2. КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ И ТЕСТИРОВАНИЕ НА ВИЧ

В Беларуси ежегодно проводится около 1 млн. тестов на ВИЧ (притом что население страны составляет около 9,5 млн. чел.). В 2017 г. этот показатель составил 1,5 млн. чел., или 16% всего населения (в 2010 г. тестирование прошли около 9% населения) [12].

Большинство обследованных на ВИЧ составляют беременные, доноры крови и военнослужащие.

Тестирование на ВИЧ в Республике Беларусь в большинстве случаев проводится добровольно и чаще всего — по инициативе медицинских работников. Согласно национальному законодательству, имеется ряд категорий населения, для которых тестирование на ВИЧ является обязательным (беременные, больные туберкулезом, пациенты с клиническими проявлениями ВИЧ-инфекции, заключенные, ЛУИН, представители отдельных профессий).

Тестирование на ВИЧ клиентов НПО проводится медицинскими работниками в мобильных пунктах с использованием быстрых тестов либо путем направления представителей КГН на тестирование в государственные клиники. Слабым звеном программ тестирования на базе мобильных амбулаторий является обеспечение связи с программами лечения и ухода после получения положительного результата тестирования. Алгоритм тестирования на ВИЧ имеет несколько этапов, получение окончательного результата может занять несколько недель.

В 2017 г. утвержден Клинический протокол по диагностике и лечению пациентов с ВИЧ-инфекцией, который полностью учитывает рекомендации ВОЗ. В частности, экспресс-тест по крови включен в качестве скринингового теста в алгоритм диагностики ВИЧ-инфекции. Для расширения охвата и повышения выявляемости проводится тестирование половых партнеров беременных женщин, а также рас-

ширенный скрининг населения в регионах с высокой степенью распространения ВИЧ-инфекции (в Гомельской обл.— с 2013 г., в Минской обл.— с 2016 г.) [12]. Внесены коррективы в сроки проведения ПЦР-диагностики ВИЧ-инфекции у новорожденных детей, рожденных ВИЧ-позитивными матерями: 2–5 дней, 8–10 недель и 4 месяца; отменены исследования в ИФА в 9, 12 и 15 месяцев. В большинстве регионов страны внедрено самотестирование [12].

В 2017 г. тестирование прошли 16 030 ЛУИН (или 24% от оценочного числа ЛУИН), из них получили впервые положительный результат теста 1 011 чел. (выявляемость — 6,3% от числа протестированных). В 2014 г., по данным Базовой оценки, тестирование прошли 8 480 ЛУИН (или 11% от оценочного числа).

Среди МСМ в 2017 протестированы 7 217 чел. (12% от оценочного числа; в 2014 г. этот показатель составлял 46,2%), из них 188 чел. получили положительный результат впервые (выявляемость — 2,6%).

Среди ЖСБ тестированием было охвачено 3 568 чел. (16% от оценочного числа СР; в 2014 г. этот показатель составлял 63,4%), из них впервые получили положительный результат 57 чел. (выявляемость — 1,6%).

В охвате КГН услугами тестирования на ВИЧ одной из задач является доведение клиентов НПО, получивших положительный результат экспресс-теста, до медицинского учреждения для подтверждения диагноза и дальнейшей постановки на диспансерный учет. Так, в 2017 г. среди впервые выявленных ВИЧ-позитивных ЛУИН тестирование методом ИФА прошли 192 из 1 011 чел., МСМ — 54 из 188 чел., ЖСБ — 15 из 57 чел.

3.3. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ

В Республике Беларусь оказание медицинских услуг в связи с ВИЧ-инфекцией осуществляется по месту регистрации.

Сравнение приведенных в Разделе 2 каскадов 2014 и 2017 гг. свидетельствует о том, что наибольший прогресс (в абсолютных и относительных числах) связан с резким увеличением количества взятых на диспансерный учет. Так, при приблизительно одинаковом оценочном числе ЛЖВ (увеличение на 370 чел. в 2017 г.) и небольшом росте (почти на 2 тыс. чел., или с 66% до 73% от соответствующего числа ЛЖВ) знающих свой статус, диспансерная группа увеличилась почти на 8 тыс. чел. (или с 59% до 96% от соответствующего числа знающих свой статус), что могло быть в числе предпосылок к увеличению показателей количества и процента ЛЖВ на АРТ и ЛЖВ с вирусной супрессией.

Данные об уровне CD4 на момент диагностики ВИЧ указывают на то, что позднее выявление ВИЧ-инфекции не является острой проблемой. Так, в 2016 г. из 2 391 вновь выявленного случая уровень CD4 <350 кл./мкл имел 81 чел. (0,03%), из них у 65 чел. (80%) уровень CD4 был <200 кл./мкл.

3.4. АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ

Протоколы по лечению ВИЧ были пересмотрены в 2017 г. Согласно этим клиническим протоколам, АРТ назначается всем ЛЖВ независимо от количества CD4, а при невозможности предоставить лечение всем приоритет отдается детям, беременным, ЛЖВ с уровнем CD4 ниже 350 кл./мкл, ЛЖВ с коинфекциями и ЛЖВ с III–IV стадиями заболевания [4].

В 2018 г. запланировано охватить АРВ-терапией, закупаемой за государственные средства, 22 тыс. пациентов [9] (на 01.01.2018 АРТ получали 9990 чел.).

В 2016 г. было выявлено 275 пациентов с коинфекцией ВИЧ/ТБ, что составляет 9% от общего количества выявленных случаев ТБ. Антиретровирусную терапию начали получать 229 пациентов (83% от числа выявленных). Менее 1% ЛЖВ получали профилактику ТБ [5].

По состоянию на 2017 г., из числа ВИЧ-инфицированных пациентов, состоящих на диспансерном учете, коинфекцию имеют около 42% (7 474 чел.), из них ВИЧ/ВГС — 32,5% (5 778 чел.), ВИЧ/ТБ — 6,3% (1 113 чел.), ВИЧ/ВГВ — 1,9% (338 чел.), ВИЧ/ВГВ/ВГС — 4% (245 чел.) [11].

Беларусь входит в число 18 высокоприоритетных стран по борьбе с туберкулезом в Европейском регионе ВОЗ, а также в тридцатку стран мира с самым высоким бременем мультирезистентного ТБ. В 2016 г. смертность от туберкулеза в стране составила 3,4 на 100 тыс. населения, а заболеваемость туберкулезом — 27,6 на 100 тыс. населения. Улучшение мер инфекционного контроля, расширение масштабов активного скрининга и снижение показателей госпитализации являются одними из основных задач для решения проблемы мультирезистентного ТБ [8].

РАЗДЕЛ 4. КЛЮЧЕВЫЕ БАРЬЕРЫ ДОСТУПА К УСЛУГАМ

- Уголовная ответственность за заражение ВИЧ, предусмотренная статьей 157 Уголовного кодекса Республики Беларусь.
- Задержки в получении подтверждающих результатов тестирования.
- Недостаток сервисов для пациентов с двойной проблемой — ВИЧ/ТБ, ЛЖВ/ЛУИН.
- Страхи, дефицит знаний об АРТ, недостаточный уровень мотивации, самостигматизация среди ЛЖВ.

ИСТОЧНИКИ

1. Country factsheets. Belarus 2017 URL: <http://aidsinfo.unaids.org>.
2. Эпидситуация по ВИЧ-инфекции в Республике Беларусь на 1 февраля 2018 года. URL: <http://ivc.by/main/289-epidsituaciya-po-vich-infekcii-v-respublike-belarus-na-1-fevralya-2018-goda.html>.
3. HIV/AIDS surveillance in Europe 2017 – 2016 data. URL: https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/20171127-Annual_HIV_Report_Cover%2BInner.pdf.
4. Клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов с ВИЧ-инфекцией». URL: <https://www.vstrecha.by/images/2017/Docs/Belarus-Protokol-2017.pdf>.
5. Belarus. Tuberculosis profile. URL: https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO_HQ_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FTB_CountryProfile&ISO2=by&LAN=EN&outtype=html.
6. Eurasian Women's Network on AIDS. URL: <http://www.ewna.org>.
7. Голобородько Н.В., Скрипко О.А., Статкевич И.Е. Обеспечение антиретровирусными лекарственными средствами в Беларуси и возможности его оптимизации. Международная коалиция по готовности к лечению в Восточной Европе и Центральной Азии (ITPCru). Минск, 2018. 77 с.
8. Переход к модели противотуберкулезной помощи, ориентированной на потребности людей, в Беларуси. URL: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/381950/brochure-tb-belarus-rus.pdf?ua=1.
9. Belarus. URL: <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/belarus/>.
10. URL: <http://ecuo.org/belarus-nuzhdaetsya-v-dekriminalizatsii-vich/>.
11. Адвокационные действия по отмене уголовного преследования за постановление под угрозу заражения ВИЧ-инфекцией. URL: <https://www.belaid.net/advokacionnye-dejstviya-po-otmene-ugolovnogo-presledovaniya-za-postanovlenie-pod-ugrozu-zarazheniya-vich-infekciej/>.
12. Глинская И.Н., Гасич Е.Л. Обзор ситуации по ВИЧ-инфекции: достижения и перспективы / Материалы республиканской научно-практической конференции, посвященной 50-летию образования ГУ «Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья». URL: <http://www.rcheph.by/50-let-gu-respublikanskiy-tsentr-gigieny-epidemiologii-i-obshchestvennogo-zdorovya/>.
13. Статья 157. Уголовного кодекса РБ. Заражение вирусом иммунодефицита человека. URL: http://bel-kodeksy.com/uk_rb/157.htm

ГРУЗИЯ

РАЗДЕЛ 1. ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В ГРУЗИИ

Грузия относится к странам с низкой распространенностью ВИЧ-инфекции. В 2017 г. численность ЛЖВ оценивалась в 10 500 чел. [6]. Распространенность ВИЧ-инфекции на 100 тыс. населения составляет 0,51 случая (0,32–0,68) в возрастной группе 15–49 лет и 0,28 случая (0,18–0,38) среди всех возрастов [1].

На данный момент эпидемия ВИЧ-инфекции в Грузии носит концентрированный характер, сосредотачиваясь в ключевых группах населения: ЛУИН, СР, МСМ и осужденных.

По данным Научно-практического центра Грузии по инфекционным патологиям, СПИДу и клинической иммунологии, кумулятивно в Грузии по состоянию на 01.08.2018 зарегистрированы 7 159 случаев ВИЧ-инфекции. В течение 2017 г. был зарегистрирован 631 новый случай ВИЧ-инфекции. В общей структуре зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции преобладают лица мужского пола (5 355 случаев, или 75%), среди лиц женского пола зарегистрированы 1 804 случая (25%). Диагноз «СПИД» поставлен 3 782 ВИЧ-инфицированным. С начала эпидемии зарегистрированы 1 460 случаев смертей среди ВИЧ-инфицированных пациентов [2].

Показатель новых диагностированных случаев СПИДа снизился с 2011 г., однако остается одним из самых высоких в Европейском регионе ВОЗ, намного превышая среднее значение по региону. Наибольшее количество случаев ВИЧ-инфекции зарегистрировано в г. Тбилиси (2 519 чел., или 35% от общего числа всех зарегистрированных случаев), в регионе Семегрело (909 чел., или 13%), в регионе Имерети (894 чел., или 12,5%) и Абхазии (809 чел., или 11%) [2].

Начиная с 2011 г., в Грузии преобладает половой путь передачи ВИЧ: по состоянию на 01.08.2018 он составил почти 46%, парентеральный — 41%.

РАЗДЕЛ 2. АНАЛИЗ КАСКАДА ВИЧ-УСЛУГ

По данным документа «HIV Situation Analyses, service barriers», предоставленном представителями сообщества, оценочная численность ЛЖВ в Грузии в 2017 г. составляла 10 500 чел (по данным ЮНЭЙДС, — 11 000 чел.); свой ВИЧ-статус знали 5 090 чел., АРТ получали 4 144 чел., вирусной супрессии достигли 3 703 пациента [6].

Иными словами:

- знают свой ВИЧ-статус 48% от оценочного числа ЛЖВ;
- получают АРТ 39% от оценочного числа ЛЖВ, или 81% ЛЖВ, знающих свой ВИЧ-статус;
- неопределяемую вирусную нагрузку имеют 35% от оценочного числа ЛЖВ, или 89% ЛЖВ на АРТ.

Таким образом, в континууме целей «90–90–90» Грузия приближается к достижению второй и третьей целей (обеспечение АРТ 90% выявленных ЛЖВ и достижение вирусной супрессии у 90% пациентов, принимающих АРТ) с актуальными показателями 81% и 89% соответственно; однако с достижением первой цели (выявление 90% ЛЖВ) возникают определенные сложности (актуальный показатель — 48%) (Рис. 27).

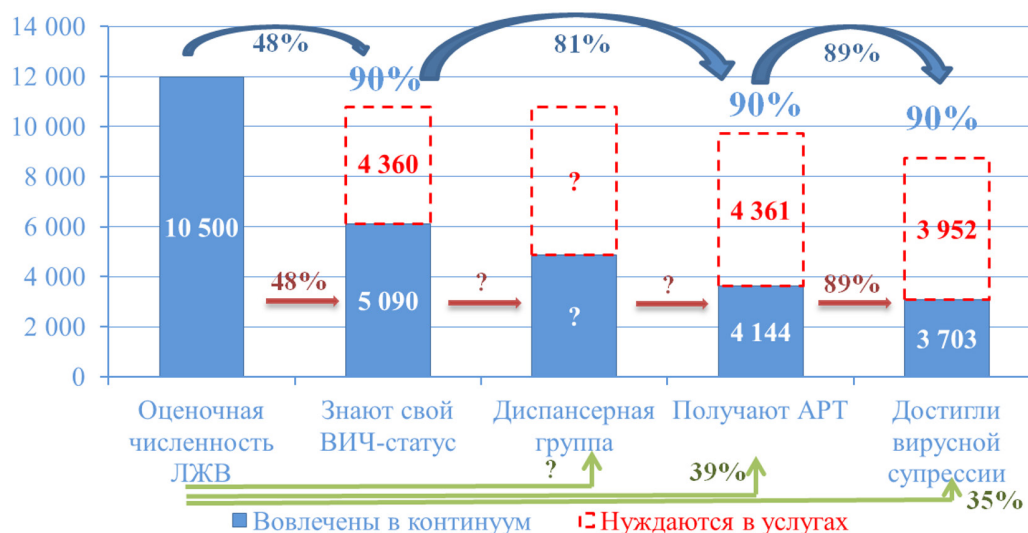


Рисунок 27. Каскад ВИЧ-услуг, Грузия, 2017 г.

По данным Базовой оценки, в 2014 г. в Грузии было 6 800 ЛЖВ (по уточненным данным ЮНЭЙДС, 8 800 чел.), знали свой ВИЧ-статус 55% от оценочного числа ЛЖВ, на диспансерном учете состояло 40% от оценочного числа, или 74% от количества ЛЖВ, знающих свой статус; АРТ получали 37% от оценочного числа, или 68% ЛЖВ, знающих свой статус, или 93% ЛЖВ, состоящих на учете, а вирусной супрессии достигли 27% от оценочного числа, или 72% от числа получающих АРТ (Рис. 28).

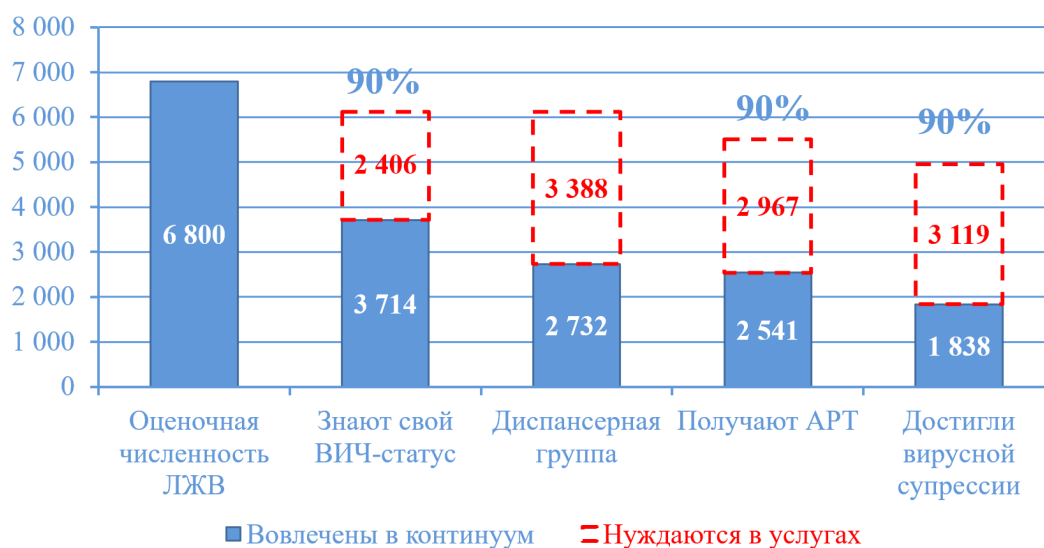


Рисунок 28. Каскад ВИЧ-услуг, Грузия, 2014 г.

Сравнительный анализ данных 2014 и 2017 гг. свидетельствует о значительном прогрессе по таким показателям, как охват АРТ (68% и 81% соответственно) и достижение вирусной супрессии (72% и 89% соответственно) (Рис. 29).

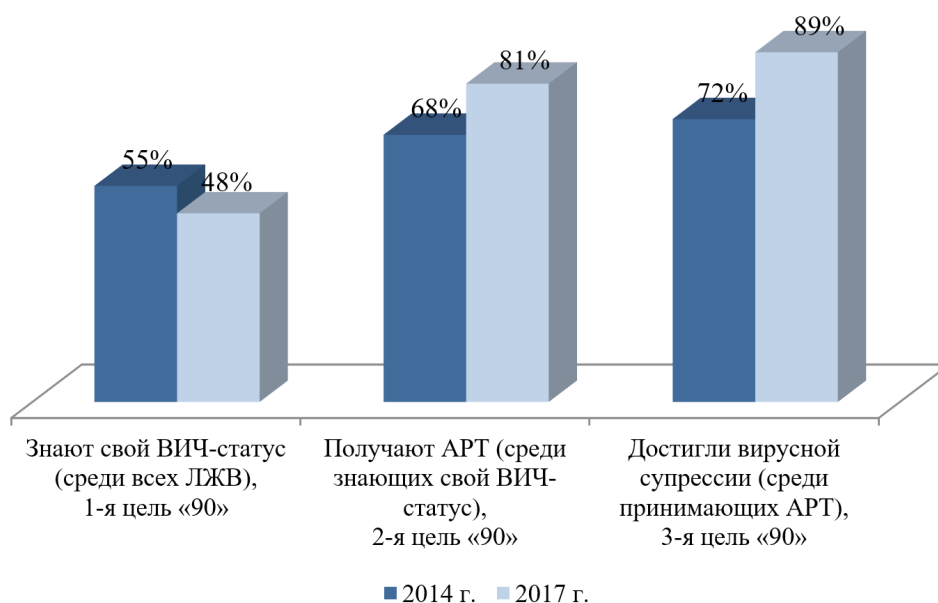


Рисунок 29. Каскад ВИЧ-услуг в соотнесении с целями ЮНЭЙДС «90–90–90», Грузия, 2014 и 2017 гг., %

Как в 2014, так и в 2017 г. основные потери происходят на этапе выявления ЛЖВ, что может быть связано с ненадлежащим охватом тестированием представителей КГН, а также с высоким уровнем стигмы и дискриминации в обществе, по причине которых люди не очень хотят знать свой ВИЧ-статус.

Однако при анализе прогресса в достижении первой цели «90» следует учесть то, что оценочное количество ЛЖВ увеличилось в 2017 г. на 54% по сравнению с 2014 г.

(с 6 800 до 10 500 чел.). Если бы эффективность выявления ВИЧ-позитивных людей оставалась на уровне 2014 г., можно было бы ожидать соответствующего уменьшения этого показателя на 54%, однако он уменьшился на 7% при абсолютном увеличении ЛЖВ, знающих свой статус, на 1 376 чел., или на 23% от соответствующего оценочного числа ЛЖВ (с 58% до 81%). Кроме того, хотя прогресс в достижении второй и третьей целей «90», рассчитанный от оценочного числа ЛЖВ, составляет несколько процентов (с 37% до 39% и с 27% до 35% соответственно), увеличение оценочного числа ЛЖВ придает им дополнительный вес, а абсолютные числа при этом увеличились для ЛЖВ на АРТ почти в два раза, с 2 541 до 4 144 чел.) и для ЛЖВ с вирусной супрессией — более чем в два раза, с 1 838 до 3 703 чел.

РАЗДЕЛ 3. АНАЛИЗ ДОСТУПА И ОПРЕДЕЛЕНИЕ БАРЬЕРОВ К УСЛУГАМ НЕПРЕРЫВНОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ЛЖВ И КГН

Несмотря на наличие антидискриминационной нормативно-правовой базы, в Грузии сохраняется достаточно высокий уровень стигмы в отношении ЛЖВ и представителей КГН, особенно МСМ.

В стране приняты антидискриминационные законодательные акты: в частности, закон 2014 г. запрещает любые формы дискриминации по таким признакам, как этническая или религиозная принадлежность, сексуальное поведение. Стратегия преодоления насилия ориентирована в основном на домашнее насилие, однако в ней есть раздел по предупреждению насилия в отношении людей с зависимостями. Некоторые эксперты и представители НПО критикуют определенные формулировки и механизмы, прописанные в указанных документах. Кроме того, в Грузии достаточно сильны позиции Грузинской Православной Церкви, которая не одобряет такие модели поведения, как употребление инъекционных наркотиков, гомосексуальные отношения и т.п., и формирует в среде верующих негативное отношение к ним [6].

3.1. ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

По данным ЮНЭЙДС, оценочная численность ЛУИН в Грузии составила 52 500 чел. (оценка 2017 г.), МСМ — 17 200 чел. (оценка 2014 г., охват — Тбилиси и Батуми), СР — 6 525 чел. (оценка 2014 г.) [1].

По данным ЮНЭЙДС, распространенность ВИЧ-инфекции составила:

— среди ЛУИН — 2,3% (данные 2017 г.), однако существенно увеличилась оценочная численность данной группы (с 45 000 чел. в 2011 г. до 52 500 чел. в 2017 г.), которая сейчас составляет 2,24% от взрослого населения, что является вторым по величине показателем в регионе ВЕЦА после [6];

— среди МСМ — 20,7%; данные 2015 г. (против 3,7% в 2007 г. [6]);

— среди СР — 0,9% (данные 2017 г.) [1].

Национальным стратегическим планом по ВИЧ/СПИДу на 2016–2018 гг. предусмотрено до конца 2018 г. снизить распространенность ВИЧ среди ЛУИН, СР и заключенных до уровня меньше 5% для каждой группы, среди МСМ — до уровня меньше 15%. [7].

Среди **ЛУИН** показатель пользования презервативами составил 36,5% (данные ЮНЭЙДС, 2017 г.), среди **МСМ** — 69,9% (данные 2015 г.).

Внедрение профилактических программ для **ЖСБ** позволило повысить показатель пользования презервативами в этой группе до 93,4% (данные 2017 г.) [1].

Профилактика ВИЧ-инфицирования среди ЛУИН, включая внедрение услуг по снижению вреда, а также программы ОЗТ, считается в Грузии одним из приоритетов государственной политики в сфере противодействия ВИЧ-инфекции [6].

Согласно данным ЮНЭЙДС, по состоянию на конец 2015 г. около 21,5% пациентов от оценочной численности ЛУИН получали ОЗТ, по данным оценки 2017 г. — 32% [1]. В 2014 г. в Грузии функционировали 22 сайта ОЗТ, из них 2 — в тюрьмах [7].

Благодаря активной профилактической работе среди ЛУИН уровень безопасных инъекционных практик в этой группе достиг 90,4% (данные ЮНЭЙДС, 2017 г.), количество распространенных чистых игл и шприцев на одного ЛУИН составило 72,5 единицы [1].

Однако достаточно репрессивная политика в сфере противодействия наркопотреблению является препятствием для профилактических мероприятий среди ЛУИН. Так, на данный момент в стране отсутствует какой-либо нормативно-правовой документ, который легализовал бы программы обмена игл и шприцев. Соответственно, Грузинская сеть уменьшения вреда реализует эти программы без соответствующего нормативно-правового обеспечения. Эта проблема не была решена даже несмотря на создание межсекторальной комиссии, возглавляемой Министром юстиции [6].

3.2. КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ И ТЕСТИРОВАНИЕ НА ВИЧ

Услуги по тестированию на ВИЧ предоставляются в «кабинетах здоровья», а также мобильными амбулаториями во время аутрич-работы [7].

В 2016 г. в Грузии были проведены 119 868 тестирований на ВИЧ, в результате выявлены 715 новых случаев ВИЧ-инфекции [4] (выявляемость — 0,6%). Столь невысокий показатель выявляемости может свидетельствовать о том, что представители КГН (а также их партнеры) не тестируются целенаправленно, а в составе общего населения.

Сейчас на государственном уровне есть понимание проблемы несвоевременного выявления ВИЧ-инфекции и предпринимаются определенные попытки ее решения. В новом Национальном стратегическом плане по ВИЧ/СПИДу предусмотрен ряд мероприятий, ориентированных на обеспечение своевременного выявления

ЛЖВ и привлечения их к лечению. Документом поставлена цель снизить к концу 2018 г. показатель позднего выявления ВИЧ с 62% до 32% [7].

3.3. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ И ОБЕСПЕЧЕНИЕ АРТ

Клинические услуги, связанные с ВИЧ, предоставляет Национальный центр СПИДа (Центр исследований инфекционных заболеваний, СПИДа и клинической иммунологии), на базе которого осуществляется диагностика, лечение и уход. Отдельные услуги по лечению предоставляются в инфекционных отделениях больниц в Тбилиси, Кутаиси, Батуми, Зугдиди и Сухуми [7].

Данные об уровне CD4 на момент диагностики ВИЧ-инфекции указывают на серьезность проблемы позднего выявления и позднего начала лечения: в 2016 г. у 36% ЛЖВ, выявленных в результате тестирования, уровень клеток CD4 был менее 200 кл./мкл [4].

Начиная с 2015 г., Грузия начала внедрять стратегию «Тестируй и лечи», соответственно, АРТ назначается всем пациентам сразу после постановки диагноза «ВИЧ-инфекция» независимо от стадии заболевания и количества CD4-клеток [5, 6].

Показатель охвата АРТ в 2014 г. составлял 93% от диспансерной группы, или 95% от числа нуждающихся в АРТ (по критериям назначения АРТ, действовавшим на тот период). По данным ЮНЭЙДС, приведенным в Национальном стратегическом плане по ВИЧ/СПИДУ на 2016–2018 гг., в Грузии отмечался самый высокий в регионе ВЕЦА показатель охвата АРТ среди ЛЖВ, которые нуждаются в АРТ: в 2011–2014 гг. он составлял соответственно 96%, 94%, 91% и 95% [7].

Услуги, ориентированные на формирование приверженности пациентов к АРТ, предоставляются как на базе медицинских учреждений, предоставляющих АРТ, так и мобильными бригадами, посещающими пациентов на дому [6].

В 2016 г. был выявлен 61 пациент с коинфекцией ВИЧ/ТБ, что составляет 2% от общего количества выявленных случаев ТБ. Антиретровирусную терапию получали 56 из них (92% от числа выявленных случаев коинфицирования ТБ). 20% ЛЖВ получали профилактику ТБ. По данным 2017 г., 93% пациентов с диагнозом «туберкулез» прошли тестирование на ВИЧ в течение последних двух лет [6].

Грузия является первой страной в регионе, в которой обеспечен доступ к бесплатному лечению гепатита С для пациентов с коинфекцией ВИЧ/гепатит С. В 2011–2015 гг. в стране действовала соответствующая программа, которая финансировалась Глобальным фондом, а с 2015 года эта деятельность финансируется в рамках Национальной программы по гепатиту С [6]. В 2017 г., по данным ЮНЭЙДС, тестирование на ВГС прошли 96% ВИЧ-инфицированных, на ВГС — 94%; начали лечение гепатита С 96,2% ЛЖВ с коинфекцией ВИЧ/ВГС, получали лечение гепатита С 93,2% ЛЖВ с коинфекцией ВИЧ/ВГС [1].

РАЗДЕЛ 4. КЛЮЧЕВЫЕ БАРЬЕРЫ ДОСТУПА К УСЛУГАМ

- Высокий уровень стигмы по отношению к КГН среди общего населения, в медицинских учреждениях и силовых структурах [7].
- Репрессивная наркополитика является одним из барьеров для профилактической работы с ЛУИН и их дальнейшего вовлечения в континуум ВИЧ-услуг.
- Ограниченный доступ к ОЗТ как фактору обеспечения приверженности к АРТ для ЛУИН.

ИСТОЧНИКИ

1. Country factsheets. Georgia 2017. URL: <http://aidsinfo.unaids.org/>.
2. HIV/AIDS epidemiology in Georgia. URL: http://aidscenter.ge/epidsituation_eng.html.
3. AIDS response progress report. Georgia, 2017. URL: http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/GEO_2017_countryreport.pdf.
4. HIV/AIDS surveillance in Europe 2017 – 2016 data. URL: https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/20171127-Annual_HIV_Report_Cover%2BInner.pdf.
5. The official web-site of Georgian AIDS and Clinical Immunology Research Center. URL: http://aidscenter.ge/index_eng.html.
6. HIV Situation Analyses, service barriers (документ предоставлен представителями сообщества).
7. The Georgian National HIV/AIDS Strategic Plan for 2016–2018. URL: <http://www.georgia-ccm.ge/wp-content/uploads/HIV-NSP-2016-20181.pdf>.
8. Грузия. Характеристики здоровья и благополучия населения. ВОЗ, 2017. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/353025/20171030-Georgia-Profile-of-Health_Russian.pdf?ua=1.

ЛАТВИЙСКАЯ РЕСПУБЛИКА

РАЗДЕЛ 1. ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В ЛАТВИЙСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Латвия занимает первое место среди стран Евросоюза по распространенности ВИЧ-инфекции. В 2016 г. численность ЛЖВ оценивалась в 5 296 чел. [1]. Распространенность ВИЧ-инфекции на 100 тыс. населения составляет 35,1 случая в возрастной группе 15–49 лет и 0,23 случая (0,23–0,25) среди всех возрастов [1].

По данным Центра профилактики и контроля заболеваний, на 01.01.2017 в Латвии кумулятивно были зарегистрированы 6 972 случая ВИЧ-инфекции (эти данные также включают количество умерших пациентов с ВИЧ) [2]. За 2017 г. в Латвии зарегистрирован 371 новый случай инфицирования ВИЧ, а на конец 2017 г. число выявленных случаев ВИЧ-инфекции кумулятивно составляло 7 343 [3]. В общей структуре зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции преобладают лица мужского пола (4 773 случая, или 65%), среди лиц женского пола зарегистрированы 2 570 случаев (35%). В 2016 г. 230 из 365 случаев составляли мужчины и 135 — женщины [4]. Более 70 случаев ВИЧ-инфекции (т.е. около 1% от всех выявленных случаев) зарегистрированы кумулятивно среди детей [6]. Диагноз «СПИД» поставлен 1 735 пациентам с ВИЧ-инфекцией (или 36% от общего числа зарегистрированных случаев) уже на этапе выявления ВИЧ-статуса [4]. На конец 2016 г. в Латвии кумулятивно зарегистрирован 1031 случай смерти от ВИЧ-инфекции и 825 случаев смерти от СПИДа [5]. Однако по статистике ЮНЭЙДС количество смертей от СПИДа на конец 2016 г. не превышало 500 [1]. Данные по регионам, где выявлено наибольшее число случаев ВИЧ-инфекции, приведены в таблице.

Регион	Количество случаев		На 100 тыс. населения	
	2017 год	2016 год	2017 год	2016 год
Rīga/ Рига	211	206	32,9	32,2
Pierīga/ Рижский округ	64	56	17,5	15,3
Vidzeme/ Видземе	11	14	5,7	7,1
Kurzeme/ Курземе	37	32	15,0	12,7
Zemgale/ Земгале	26	30	11,0	12,5
Latgale/ Латгале	22	27	8,1	9,8

В Латвии в 2016 г. основными путями передачи ВИЧ-инфекции являлись гетеросексуальные контакты (38%, или 138 чел.) и потребление инъекционных наркотиков (17%, или 62 чел.). В 2014 г. (Базовая оценка) соотношение полового и парентерального путей передачи ВИЧ составляло 38% и 21,3%. Также зарегистрированы случаи передачи ВИЧ через гомосексуальные контакты (24 случая в 2016 г.) и от матери ребенку (6 случаев). Отличительной чертой Латвии является высокий процент неустановленного пути передачи ВИЧ-инфекции — 37%, или 135 случаев [4]; по данным Базовой оценки (2014 г.) — 31,4%.

РАЗДЕЛ 2. АНАЛИЗ КАСКАДА ВИЧ-УСЛУГ

По оценочным данным, количество ВИЧ-инфицированных в Латвии составляет 7 400 чел. По состоянию на конец 2017 г. свой ВИЧ-статус знали 5 487 чел., по данным Центра контроля и профилактики заболеваний Латвии, диспансерная группа составляла 5 689 чел., по данным Латвийского центра инфектологии, АРТ получали 2 332 чел. (Рис. 24).

Данные о количестве ЛЖВ с неопределяемой вирусной нагрузкой отсутствуют, однако с 2019 года будет введен новый реестр ВИЧ-инфицированных людей, который решит эту проблему.

Иными словами:

- знают свой ВИЧ-статус 74% от оценочного числа ЛЖВ;
- состоят на диспансерном учете 77% от оценочного числа ЛЖВ (или 104% пациентов, знающих свой ВИЧ-статус; некоторая разница цифр может быть связана с разными источниками данных и разными методами учета);
- получают АРТ 32% от оценочного числа ЛЖВ, или 41% ЛЖВ, состоящих на диспансерном учете, или 43% знающих свой ВИЧ-статус.

Таким образом, в континууме целей «90–90–90» Латвия приближается к достижению первой цели — выявлению 90% ЛЖВ (актуальный показатель — 74%), однако с достижением второй цели (обеспечение АРТ 90% выявленных ЛЖВ) возникают определенные сложности (актуальный показатель — 43%); прогресс относительно третьей цели «90» (достижение вирусной супрессии у 90% пациентов, получающих АРТ) можно будет определить после внедрения учета ЛЖВ с неопределяемой вирусной нагрузкой.

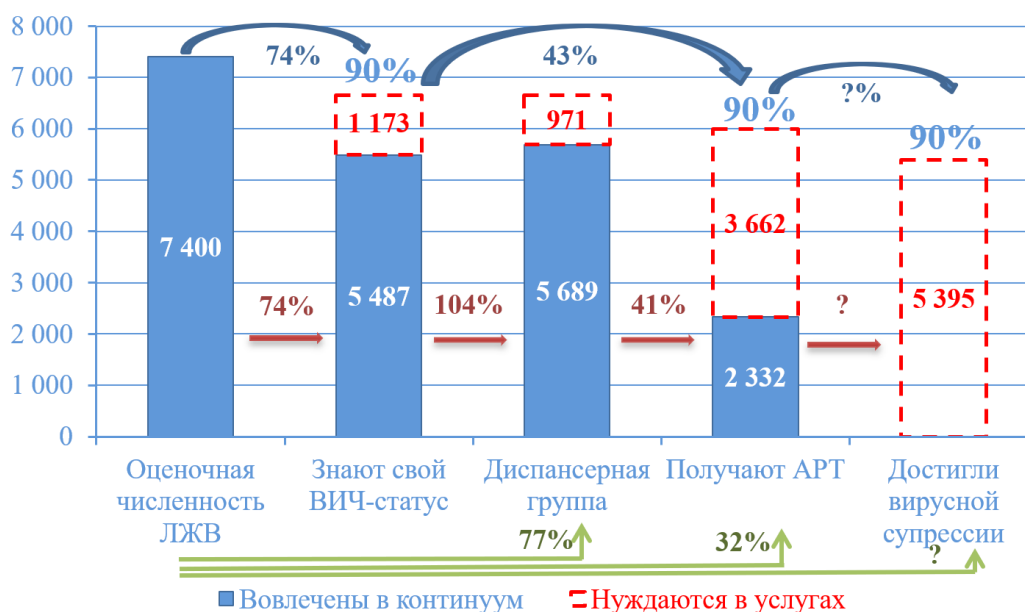


Рисунок 30. Каскад ВИЧ-услуг, Латвийская Республика, 2017 г.

Аналогичные показатели за 2014 г. были следующими (данные о неопределяемой вирусной нагрузке недоступны):

- оценочное число ЛЖВ — 6 214 чел.;
- свой ВИЧ-статус знали 4 863 чел. (или 78% от оценочного числа ЛЖВ);
- на диспансерном учете состоял 5 021 чел. (81% от оценочного числа ЛЖВ, или 103% знающих свой ВИЧ-статус);
- АРТ получали 1 288 чел. (21% от оценочного числа ЛЖВ, или 26% от числа знающих свой ВИЧ-статус) (Рис. 25).

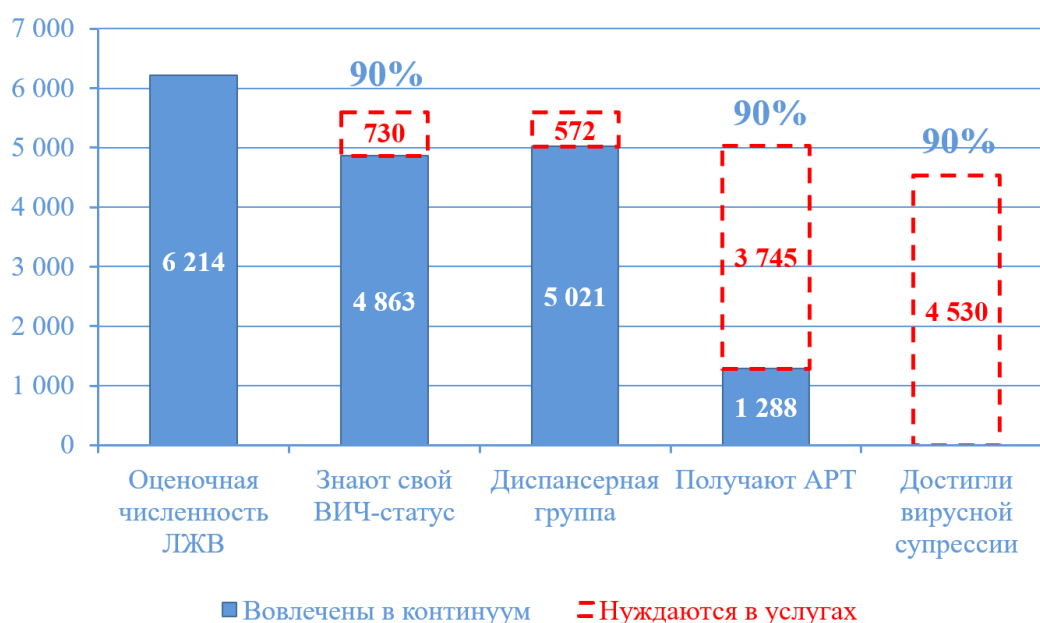


Рисунок 31. Каскад ВИЧ-услуг, Латвийская Республика, 2014 г.

Сравнение данных 2014 гг. и 2017 о достижении Латвией целей ЮНЭЙДС «90–90–90» свидетельствует о том, что показатель ЛЖВ, знающих свой статус, уменьшился (с 78% до 74%), а показатель ЛЖВ, знающих свой статус и получающих АРТ, увеличился более чем в полтора раза (с 26% до 43%) (Рис. 26). Такие цифры могут отражать не только реальную эпидемическую ситуацию, но и разные подходы к ее мониторингу.

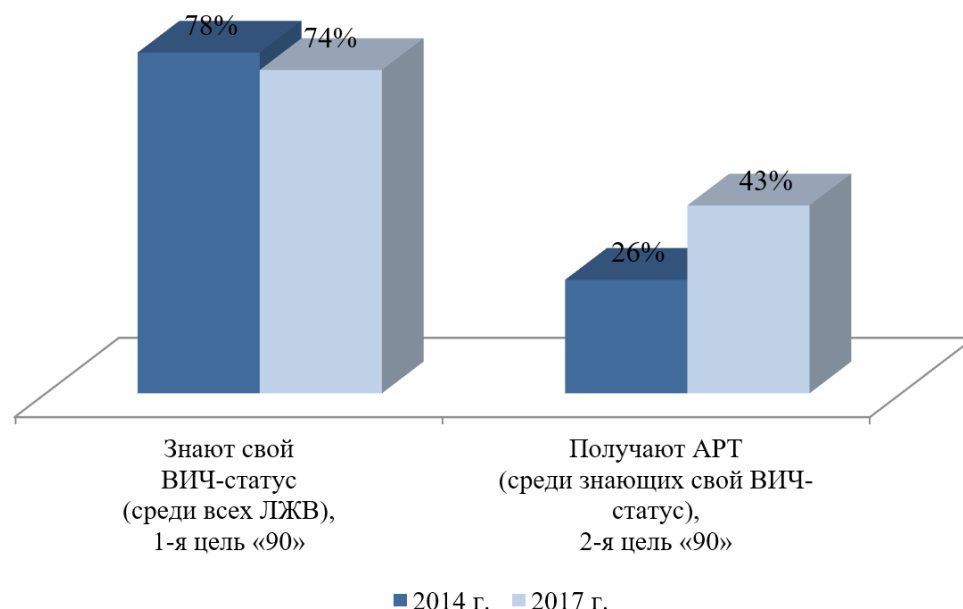


Рисунок 32. Каскад ВИЧ-услуг в соотношении с целями ЮНЭЙДС «90–90–90», Латвийская Республика, 2014 и 2017 гг., %

РАЗДЕЛ 3. АНАЛИЗ ДОСТУПА И ОПРЕДЕЛЕНИЕ БАРЬЕРОВ К УСЛУГАМ НЕПРЕРЫВНОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ЛЖВ И КГН

3.1. ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

В Латвии функционирует система пунктов профилактики ВИЧ, которая включает в себя 19 сайтов в 16 городах (данные по состоянию на конец 2016 г.) [6]. Пункты профилактики ориентированы на работу с такими целевыми группами, как потребители наркотиков, бывшие заключенные, бездомные, лица, занимающиеся коммерческим сексом, этнические меньшинства, МСМ и иммигранты. Они предлагают информационные и консультативные услуги, бесплатные презервативы, быстрое консультирование и тестирование на ВИЧ, гепатиты В и С, сифилис, обмен игл/шприцев [4].

В общей сложности в течение 2016 г. были выданы 720 494 шприца и собраны 520 120 шприцев, проведены 17 557 консультаций по медицинским, социальным

и психологическим вопросам. Сеть пунктов профилактики координируется Центром профилактики и контроля заболеваний Латвии, финансируется и организуется Правительством, местными муниципалитетами или НПО.

Распространенность ВИЧ среди **ЛУИН** в 2016 г. составляла 18,5% (2017 г. — 26%), свой ВИЧ-статус знали 88,8%, уровень использования презервативов — 62,5% (2017 г. — 60%). Согласно статистике ЮНЭЙДС, количество пациентов на ОЗТ на конец 2016 г. составляло в Латвии 10,4% от оценочной численности всех ЛУИН [1].

Среди **МСМ**, по данным ЮНЭЙДС за 2016 г., распространенность ВИЧ составляет 7,8%, свой ВИЧ-статус знают 49,8%, уровень использования презервативов — 39,8% [1].

Данные ЮНЭЙДС о **СР** в Латвии касаются 2012 г. (уровень распространенности ВИЧ — 22,2%, уровень пользования презервативами — 85,5%) [1].

3.2. КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ И ТЕСТИРОВАНИЕ НА ВИЧ

В 2016 г. в Латвии было проведено 133 987 лабораторных тестов на ВИЧ, а также 3 580 экспресс-тестов в пунктах профилактики ВИЧ, в результате выявлено 365 новых случаев ВИЧ-инфекции [5].

По сравнению с данными 2014 г., число лабораторных тестов увеличилось на 4,2% (2014 г.: 128 516 тестов), при этом число экспресс-тестов — на 86% (2014 г.: 1 924 теста); число выявленных случаев ВИЧ-инфекции увеличилось на 5% (2014 г.: 347 новых случаев).

Количество мобильных клиник увеличилось с трех до четырех (два из них работают в Риге, один — в Юрмале, один — в Даугавпилсе).

3.3. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ

По данным Центра профилактики и контроля заболеваний, в 2014 г. было зарегистрировано 347 случаев ВИЧ-инфекции и 177 случаев СПИДа. В 2016 г. число новых случаев ВИЧ-инфекции увеличилось на 5% (365 случаев), при этом число новых случаев СПИДа уменьшилось на 36% (114 случаев) [3]. Однако снижение количества случаев ВИЧ-инфекции, выявленных на стадии СПИДа, еще нельзя считать устойчивым: в 2017 г. увеличились оба показателя (по сравнению с 2016 г.): выявлены 371 новый случай ВИЧ-инфекции и 123 случая СПИДа.

По состоянию на 2018 г., на диспансерном учете с диагнозом «ВИЧ-инфекция» состояло 5 576 чел., из них 921 человек — в стадии СПИДа [7]. С 2019 года в Латвии будет введен новый динамический электронный регистр пациентов с ВИЧ, который будет точно фиксировать состояние пациента при каждом посещении инфекциониста.

3.4. АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ

Лечение ВИЧ-инфекции в Латвии централизованно обеспечивается Центром инфектологии при Рижской Восточной клинической университетской больнице. Координирует деятельность в сфере эпидемической безопасности в целом и в том числе противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции Центр профилактики и контроля заболеваний Латвии, созданный в 2012 г. [4].

Количество пациентов, получающих АРВ-препараты, увеличивается: 2015 г. — 1 674 чел.; 2016 г. — 1 973 чел.; 2017 г. — 2 332 чел. [8].

Однако до 1 октября 2018 года существовала проблема раннего начала АРТ: лечение начиналось при количестве CD4 меньше 500 кл./мл. Принято решение с 1 октября 2018 г. начинать АРТ у всех ЛЖВ независимо от числа CD4 (сейчас показатель CD4 более 500 кл./мл имеют около 30 пациентов) [11].

В 2016 г. были выявлены 55 пациентов с коинфекцией ВИЧ/ТБ, что составляет 11% от общего количества выявленных случаев ТБ. Из них 34 чел. (62%) начали получать антиретровирусную терапию.

РАЗДЕЛ 4. КЛЮЧЕВЫЕ БАРЬЕРЫ ДОСТУПА К УСЛУГАМ

- В регионах недостаточно служб диагностики ВИЧ-инфекции, и они недостаточно доступны для людей с повышенным риском заражения ВИЧ. Инфектолог доступен только в некоторых крупных городах Латвии (Даугавпилс, Лиепая, Екабпилс). Это приводит к недостаточно своевременной диагностике ВИЧ, вследствие чего высокий процент новых случаев ВИЧ-инфекции выявляется на стадии СПИ-Да. Поздняя диагностика ВИЧ-инфекции снижает шансы пациентов на успех лечения, значительно повышает стоимость лечения оппортунистических инфекций и приводит к значительному числу смертей среди ЛЖВ.
- До 1 октября 2018 года отсутствовали механизмы адекватного раннего лечения ВИЧ-инфекции: АРТ начинали при условии числа CD4 меньше 500 кл./мл.
- Недостаточно налаженное сотрудничество между учреждениями и специалистами туберкулезной и ВИЧ-служб выражается в отсутствии данных по профилактике ТБ среди ЛЖВ, а также в отсутствии таких услуг для представителей уязвимых к ВИЧ групп населения.
- Высокая самостигматизация ВИЧ-инфицированных.
- Отдельные ключевые группы недоступны или труднодоступны (работники секс-бизнеса), и этим группам не хватает специальных услуг.
- Нет объективных данных о количестве ВИЧ-инфицированных людей с неопределяемой вирусной нагрузкой (проблема будет решена в 2019 году с введением нового реестра ВИЧ-инфицированных людей).

ИСТОЧНИКИ

1. Country factsheets. Latvia 2017. URL: <http://aidsinfo.unaids.org/>.
2. Информация Центра профилактики и контроля заболеваний для электронных СМИ. URL: <https://ru.sputniknews.lv.com/Latvia/20170424/4552660/vich-infekcija-latvija-statistika-lider-evrosojuz.html>.
3. Центр профилактики и контроля заболеваний. URL: <https://spkc.gov.lv/lv/statistika-un-petijumi/infekcijas-slimibas/datu-vizualizacija/hivaid>s.
4. Country Progress Report. Latvia. Reporting period: January 2016 – December 2016. URL: http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/LVA_2017_countryreport.pdf.
5. <https://www.rsu.lv/aktualitates/patiesa-hiv-infekcijas-izplatiba-latvija-ir-par-tresdalu-lielaka>.
6. Карта пунктов профилактики ВИЧ: <https://www.spkc.gov.lv/lv/tavai-veselibai/hiv-profilakses-punkti>.
7. HIV/AIDS surveillance in Europe 2017 – 2016 data. URL: https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/20171127-Annual_HIV_Report_Cover%2BInner.pdf.
8. <http://www.vmnvd.gov.lv>.
9. Веб-портал НПО «BaltHIV». URL: <http://balthiv.com/aktualitates/latvija-2016-gada-lideris-jauno-hiv-gadijumu-skaita-zina-apsteidzot-igauniju>.
10. Latvia. Tuberculosis profile. URL: https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO_HQ_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FTB_CountryProfile&ISO2=lv&LAN=EN&outtype=html.
11. URL: <https://www.diena.lv/raksts/latvija/zinas/atcels-lidzsinejos-arstesanas-ierobeojumus-hiv-pacientiem-14205138>.

ЛИТОВСКАЯ РЕСПУБЛИКА

РАЗДЕЛ 1. ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В ЛИТОВСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Литва относится к странам с низкой распространенностью ВИЧ-инфекции. Распространенность ВИЧ-инфекции на 1 000 населения составляет 0,23 случая (0,22–0,25) среди населения в возрасте 15–49 лет и 0,12 случая (0,11–0,13) среди всех возрастов [1].

В 2017 г. в Литве были кумулятивно зарегистрированы 3 012 случаев ВИЧ-инфекции (включая умерших) [14].

Динамика заболеваемости и распространенности ВИЧ-инфекции и СПИДа в 2014–2017 гг. свидетельствует о возрастании абсолютных цифр и относительных показателей (на 100 тыс. населения):

- количество новых случаев СПИДа: с 37 до 54 случаев, или с 1,3 до 1,9 на 100 тыс. населения;
- количество людей, живущих со СПИДом: с 415 до 552, или с 14,2 до 19,7 на 100 тыс. населения;
- количество новых случаев ВИЧ-инфекции: со 141 до 263 случаев, или с 4,8 до 9,3 на 100 тыс. населения;
- количество людей, живущих с ВИЧ: с 2 378 до 3 012, или с 81,4 до 107,2 на 100 тыс. населения [15].

В общей структуре зарегистрированных по состоянию на конец 2016 г. мужчины составляли 79,4% (2 182 случая), а женщины — 20,6% (567 случаев). В 2017 г. эта тенденция сохранилась: из 263 новых случаев было выявлено 220 мужчин (84%) и 43 женщины (16%), т. е. количество случаев среди мужчин было в 5 раз больше, чем среди женщин.

Профилактика вертикальной передачи ВИЧ достаточно эффективна: за весь период регистрации ВИЧ в Литве (1988–2017) зафиксированы семь перинатальных случаев передачи вируса. В среднем для беременных женщин проводятся ежегодно 45 000 тестов на ВИЧ.

Каждый пятый инфицированный (552 чел., или 18,3%) заболел последней стадией заболевания ВИЧ-инфекции — СПИДом. 411 чел. (или 13,6%), которым была диагностирована ВИЧ-инфекция, уже умерли по разным причинам, включая СПИД [2, 3].

Наибольшее число случаев ВИЧ-инфекции в 2017 г. (56) выявлено в Алитусском исправительном доме, еще 41 случай выявлен в других исправительных учреждениях [2, 3], т.е. треть новых случаев ВИЧ-инфекции диагностирована в тюрьмах. В общей сложности 300 случаев ВИЧ-инфекции постоянно находятся в пенитенциарной системе.

В 2016 г. большинство новых случаев инфицирования ВИЧ были зафиксированы в Вильнюсе (81 случай, или 38%) и Клайпеде (33 случая, или 15%) [5].

В отличие от других стран, в Литовской Республике в 2017 г. основным путем передачи ВИЧ был парентеральный (136 случаев, или 51,7%), на втором месте — половой (30,2%), в т.ч. 64 случая заражения через гетеросексуальные контакты (24,3%) и 18 случаев заражения во время гомосексуальных контактов (6,8%) [2, 3], хотя в 2016 г. доминировал половой путь передачи (42,5%, или 91 чел.), а парентеральный был на втором месте (38,8%, или 83 чел.) [5].

РАЗДЕЛ 2. АНАЛИЗ КАСКАДА ВИЧ-УСЛУГ

Согласно публикации «The HIV/AIDS care and treatment cascade in Lithuania», которая была подготовлена Ассоциацией «Деметра» при поддержке AIDS Healthcare Foundation, по состоянию на конец 2016 г. оценочная численность ЛЖВ в Литве составляла 3 920 чел., знали свой ВИЧ-статус 2 354 чел., диспансерная группа составляла 1 768 чел., АРТ получали 754 чел., а иммунной супрессии достигли 619 чел [13].

Иными словами:

- знают свой ВИЧ-статус 66% от оценочного числа ЛЖВ;
- состоят на диспансерном учете 45% от оценочного числа ЛЖВ (или 75% пациентов, знающих свой ВИЧ-статус);
- получают АРТ 19% от оценочного числа ЛЖВ, или 43% ЛЖВ, состоящих на диспансерном учете, или 32% знающих свой ВИЧ-статус;
- неопределяемую вирусную нагрузку имеют 16% от оценочного числа ЛЖВ, или 82% ЛЖВ на АРТ (Рис. 33).

Таким образом, анализ данных каскада по состоянию на конец 2016 г. выявил три основных проблемы: недостаточную выявляемость ЛЖВ, низкий уровень диспансеризации и охвата АРТ [13].

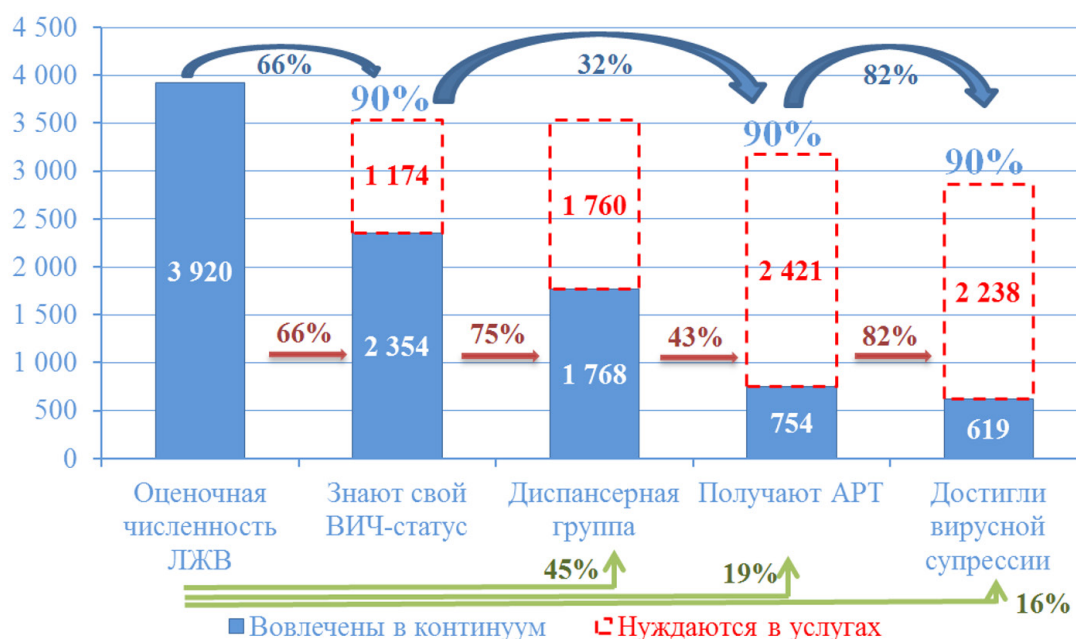


Рисунок 33. Каскад лечения ВИЧ-услуг, Литовская Республика, 2016 г.

По данным Центра инфекционных заболеваний и СПИДа Литовской Республики, в 2017 г. 82% от оценочного числа ЛЖВ знали свой ВИЧ-статус; 30% пациентов, знающих свой ВИЧ-статус, получали АРТ, при этом 82% пациентов на АРТ достигли подавления вируса [2, 3]¹⁰. Однако абсолютные значения за 2017 г. (кроме 872 чел. на АРТ) пока недоступны.

Сравнение данных за 2016 и 2017 гг. свидетельствует о прогрессе в достижении первой из целей ЮНЭЙДС (с 66% в 2016 г. до 82% в 2017 г.) и высоком актуальном показателе достижения третьей цели «90» (82% в 2016 и 2017 гг.), тогда как с достижением второй цели «90» возникают определенные сложности (30% в 2016 г., 32% в 2017 г.) [2, 3]. Последние в значительной степени связаны с особенностями национального законодательства и клинических протоколов, регулирующих доступность антиретровирусной терапии (норма относительно назначения АРТ только при количестве клеток CD4 менее 350 кл./мкл).

¹⁰ По данным ЮНЭЙДС, в 2017 г., знали свой ВИЧ-статус 94% ЛЖВ, АРТ получали 29% от числа ЛЖВ, вирусной супрессии достигли 22% от числа ЛЖВ. Однако оценочное число ЛЖВ, указанное ЮНЭЙДС, составляет 2 800 чел., что в сравнении с цифрой 3 920 ЛЖВ в 2016 г. свидетельствует о разных подходах к расчетам. Кроме того, второй и третий показатели ЮНЭЙДС рассчитаны от оценочного числа ЛЖВ, а не от предыдущего показателя, поэтому соотнесение каскадов ЮНЭЙДС (94–29–22) и Центра СПИДа (82–30–82) нуждается в дополнительном анализе.

РАЗДЕЛ 3. АНАЛИЗ ДОСТУПА И ОПРЕДЕЛЕНИЕ БАРЬЕРОВ К УСЛУГАМ НЕПРЕРЫВНОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ЛЖВ И КГН

Предоставление ВИЧ-услуг в Литве децентрализовано с 2009 года.

ВИЧ, ТБ, и другие ИППП определены в качестве приоритета в Программе развития национального здравоохранения на 2016–2023 гг. В 2018 г. Министерство здравоохранения утвердило Национальный план действий по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом/ИППП на 2018–2020 гг., Планом предусмотрены меры по профилактике, лечению и борьбе с ВИЧ/СПИДом, с участием различных секторов, таких как здравоохранение, пенитенциарная система, социальный сектор, образование, муниципалитеты, профессиональные ассоциации и НПО.

3.1. ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

По данным ЮНЭЙДС [1], распространенность ВИЧ-инфекции в КГН в Литве в 2017 г. составляла:

- среди ЛУИН — 4,7% (Базовая оценка — 3,2%);
- среди МСМ — 4,7% (данные 2017 г.; 2016 г. — 5,9%; Базовая оценка — 2,7%);
- среди СР — 11,1% (по данным Базовой оценки, 1,8% в 2013 г.).

В 2016 г. оценочное число ЛУИН в Литве составило 8 868 чел., из которых от 6 462 до 7 503 были пользователями опиоидов с высоким риском и 4 742–7 000 чел. — с высоким уровнем риска амфетаминов. Данных о численности МСМ и СР нет.

Показатель пользования презервативами составляет, по данным ЮНЭЙДС, среди ЛУИН 32% (данные 2017 г.), среди МСМ — 42,3% (данные 2016 г.).

Для ЛУИН реализуются программы снижения вреда и ОЗТ. Они доступны, хотя охват очень низкий и требует расширения.

По данным ЮНЭЙДС, количество чистых игл и шприцев, распространенных среди ЛУИН, составило 28 единиц на человека; уровень безопасных инъекционных практик — 65,9% [1].

Программа ОЗТ метадоном действует в Литве уже около 25 лет. Ее особенность в том, что получать метадон участники программы могут не только в филиалах Центра, но и в поликлинике по месту жительства. Более того, назначить метадонное лечение может не только специалист из Центра, но и психиатр в поликлинике. Однако возможности ОЗТ используются недостаточно: многие психиатры не готовы работать с наркозависимыми пациентами, а многие пациенты избегают обращаться в поликлиники [8]. Обычно желающие получать метадонную терапию пациенты попадают в очередь; некоторые из них ждут по 2–4 недели. Наркозависимых пациентов с ВИЧ принимают без очереди.

По информации заместителя директора Вильнюсского центра болезней зависимо-

сти, на начало 2017 г., в Литве получали метадон около 600 чел., то есть около 10% [8]. Данные ЮНЭЙДС об охвате ЛУИН программами ОЗТ (2016 г. — 34,2% программные данные, 2017 г. — 22,2%, ECDC) приводятся на основании разных источников, и это может быть одной из причин различий между ними.

3.2. КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ И ТЕСТИРОВАНИЕ НА ВИЧ

В 2017 г. в Литве были проведены 206 922 тестирования на ВИЧ, в результате были выявлены 263 новых случая ВИЧ-инфекции (выявляемость — 0,12%). Эти данные могут свидетельствовать о том, что группы риска не находятся в фокусе тестирования. С другой стороны, Литовская Республика приближается к достижению первых «90» (82% в 2017 г.), то есть охват тестированием осуществляется достаточно эффективно.

В пенитенциарной системе количество тестов на ВИЧ составляет в среднем 13 000 в год.

ЛУИН, охваченные программами ОЗТ, проходят тестирование на ВИЧ и ВГС.

Самотестирование доступно: тесты на ВИЧ для самотестирования (стоимость — до 30 евро за единицу) можно приобрести в аптечных сетях.

По данным, предоставленным директором Ассоциации «Деметра», быстрое тестирование на ВИЧ в стране доступно только через глобальный международный фонд медицинской помощи при СПИДе AIDS Healthcare Foundation (AHF) и фармацевтическую кампанию Abb Vie. Таким образом, в Литве существуют сложности в доступе к тестированию на ВИЧ не только для ключевых групп, но и для населения в целом, поскольку пациент должен оплачивать тест на ВИЧ в отделении первичной медико-санитарной помощи, за исключением беременных женщин, пациентов с диагнозом «Туберкулез» и пациентов на ОЗТ.

Однако по данным Министерства здравоохранения, осенью 2017 г. в нормативные акты, регулирующие порядок тестирования на ВИЧ, был внесен ряд изменений, благодаря которым тест на ВИЧ можно сдать анонимно в кабинетах по обмену шприцев и тестированию для ЛУИН («низкопороговые» кабинеты) при наличии у них соглашения о сотрудничестве с медицинским учреждением [9].

В Литве существует проблема стигматизации и дискриминации представителей ЛГБТ-сообщества. В частности, дискриминация и стигма среди МСМ добавляют сложностей со сбором достоверных данных, особенно данных эпиднадзора, необходимых для разработки качественных ВИЧ-сервисных услуг. Негативное отношение в обществе к гомосексуальному поведению может быть причиной возникновения страха у МСМ раскрывать сексуальную ориентацию, что, в свою очередь, ограничивает способность идентифицировать реальную эпидемическую ситуацию в этой КГН [10].

3.3. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ

Доступные данные по уровню CD4 на момент диагностики ВИЧ-инфекции указывают на серьезность проблемы позднего выявления и позднего начала лечения. Согласно данным, приведенным в отчете по эпиднадзору за эпидемией ВИЧ/СПИДа в Европе, в 2016 г. 66% впервые выявленных пациентов имели уровень CD4 <350 кл./мкл и 36% из них — CD4 <200 кл./мкл [6].

3.4. АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ

В Литве все ЛЖВ обеспечиваются обязательным медицинским страхованием за счет Государственного фонда медицинского страхования. АРТ доступна всем группам населения и предоставляется без доплат со стороны пациентов. Расходы на АРТ полностью компенсируются указанным фондом.

Медицинские услуги по мониторингу и лечению ВИЧ-инфекции предоставляются в семи медицинских учреждениях пяти городов Литвы (Вильнюса, Клайпеды, Каунаса, Шяуляя и Паневежиса).

Назначение АРТ проводят инфекционисты, детские инфекционисты, педиатры и врачи внутренней медицины в медицинских учреждениях третичного уровня. Продолжение лечения децентрализовано и может управляться семейным врачом.

До 2018 г. среди всех стран Евросоюза только в Литве и Латвии лечение ЛЖВ начиналось только тогда, когда показатели CD4 опустятся до 350 кл./мкл [4]. Однако уже в феврале 2018 г. были приняты новые протоколы по лечению и обновлены руководящие принципы АРВ-терапии на основе последних рекомендаций ВОЗ и EACS [11], которые базируются на подходе «Лечить всех».

По данным ЮНЭЙДС, охват ВИЧ-инфицированных ЛУИН АРВ-терапией составляет 21,8% (данные 2016 г.), среди ВИЧ-инфицированных МСМ охвачено лечением 65,5% (данные 2016 г.).

В 2016 г. были выявлены 34 пациента с коинфекцией ВИЧ/ТБ, что составляет 3% от общего количества выявленных случаев ТБ. С июля 2018 г. все пациенты с ВИЧ тестируются на гепатиты и ТБ.

РАЗДЕЛ 4. КЛЮЧЕВЫЕ БАРЬЕРЫ ДОСТУПА К УСЛУГАМ

- Услуги тестирования на ВИЧ, в том числе с использованием быстрых тестов, по состоянию на конец 2017 г. предоставлялись преимущественно на базе медицинских учреждений и в учреждениях пенитенциарной системы.
- Поздняя диагностика ВИЧ-инфекции снижает шансы пациентов на успех лечения, значительно повышает стоимость лечения оппортунистических инфекций и приводит к смертности ЛЖВ.

- В стране по состоянию на конец 2017 г. АРТ назначалась только при показателе CD4 350 кл./мкл и ниже, что приводило к лечению ВИЧ-инфекции на поздних стадиях.
- Недостаточно налаженное сотрудничество между учреждениями и специалистами туберкулезной и ВИЧ-служб выражается в отсутствии данных по профилактике ТБ среди ЛЖВ и о начале АРТ у пациентов с выявленным ТБ, а также в отсутствии таких услуг для представителей уязвимых к ВИЧ групп населения.
- Ограниченное количество НПО ведут активную работу по сопровождению ЛЖВ и имеют налаженные связи с медицинскими учреждениями, которые предоставляют услуги диагностики и лечения ВИЧ-инфекции и других сопутствующих инфекций и заболеваний.

ИСТОЧНИКИ

1. Country factsheets. Lithuania 2017. URL: <http://aidsinfo.unaids.org>.
2. Информация центра инфекционных заболеваний и СПИДа для электронных СМИ. URL: http://baltnews.lt/vilnius_news/20180124/1017897310.html.
3. Центр инфекционных заболеваний и СПИДа. URL: <http://www.ulac.lt/naujienos/pranesimai-spaudai/kas-antras-uzsikrete-ziv-per-narkotikus-2017-m.-duomenys>.
4. Интервью Светланы Кулшис, директора ассоциации «Деметра». URL: <http://mv.ecuo.org/litovskij-tsentr-infekcionnyh-boleznej-i-spida-provalil-borbu-s-vich/>.
5. Информация центра инфекционных заболеваний и СПИДа для электронных СМИ. URL: <https://ru.sputniknews.lt/society/20170224/2302874/200-novyh-sluchaev-inficirovaniya-vich-ustanovleno-v-litve.html>.
6. HIV treatment and care. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2017 progress report. URL: <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/HIV%20treatment%20and%20care.pdf>.
7. HIV/AIDS surveillance in Europe 2017 – 2016 data. URL: https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/20171127-Annual_HIV_Report_Cover_%2BInner.pdf.
8. Информация Вильнюсского центра болезней зависимости в электронных СМИ. URL: <http://mv.ecuo.org/nasha-tsel-ne-nakazat-cheloveka-a-pomoch-emu-kak-zamestitelnaya-metadonovaya-terapiya-organizovana-v-litve/>.
9. Информация Министерства здравоохранения в электронных СМИ. URL: <https://ru.sputniknews.lt/society/20170802/3586150/v-litve-uprostilsya-poryadok-analizov-na-spida.html>, <http://sam.lrv.lt/lt/naujienos/greitieji-ziv-testai-jau-nebe-tik-gydymo-istaigose>.
10. Краткая справка о ВИЧ среди МСМ в странах Балтии, 2018. URL: http://ecom.ngo/wp-content/uploads/2018/06/Baltic_ecom_brief_ru.pdf.

11. Информация Министерства здравоохранения в электронных СМИ. URL: <https://www.lrt.lt/ru/novosti/38/203850/novosti-litvy-ot-20-fevralja-novyj-porjadok-lechenija-vich-inficirovannyh>.
12. Lithuania. Tuberculosis profile. URL: https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO_HQ_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FTB_CountryProfile&ISO2=lt&LAN=EN&outtype=html.
13. The HIV/AIDS care and treatment cascade in Lithuania, Vilnius, 2017.
14. Įveikti AIDS epidemiją – Jungtinių Tautų darnaus vystymosi tikslas. URL: <http://www.ulac.lt/naujienos/pranesimai-spaudai/iveikti-aids-epidemija-jungtiniu-tautu-darnaus-vystymosi-tikslas>.
15. Lietuvos sveikatos statistika 2017 / Health Statistics of Lithuania 2017. URL: <https://osp.stat.gov.lt/services-portlet/pub-edition-file?id=31620>.

РЕСПУБЛИКА МОЛДОВА

РАЗДЕЛ 1. ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА

Молдова относится к странам со сравнительно низким уровнем распространения ВИЧ-инфекции.

По состоянию на 31.12.2017 в Республике Молдова были кумулятивно зарегистрированы 11 887 случаев ВИЧ-инфекции, из них лица мужского пола составляют 6 861 случай, или 58%), лица женского пола — 5 017 случаев (42%) [3].

В течение последних трех лет регистрируется около 800 новых случаев ежегодно, распределение по полу также без существенных колебаний [6].

Около 50% новых случаев зарегистрированы на стадии СПИДа [6].

В 2017 г. количество ЛЖВ в Молдове составляло 8 505 чел. (из них 53% мужчин и 47% женщин), или 56% от оценочного числа ЛЖВ (15 132) [6]. В течение последних 10 лет увеличивается не только количество ЛЖВ (2007 г. — 3 316 чел., 2014 г. — 6 790 чел.), но и среднее количество лет, прошедшее с момента диагностирования ВИЧ к концу отчетного года: 2007 г. — 3,7 года, 2014 г. — 5,7 года, 2017 г. — 6,7 года [3]. Кроме того, средний возраст ЛЖВ также повышается: в 2007 г. он составлял 31,7 года, в 2014 г. — 36 лет, в 2017 г. — 38,1 года [3].

Среди ЛЖВ преобладают городские жители. Наибольшее число случаев ВИЧ-инфекции зарегистрировано среди жителей городов Кантемир, Леова, Чимишлия, Ниспорены [3].

Количество ЛЖВ в стадии СПИДа составляло в 2017 г. 278 чел., кумулятивно — 3 770 чел., или 31,7% от общего количества случаев ВИЧ-инфекции [3].

Распространенность ВИЧ-инфекции на 100 тыс. населения составляет 239,51 на 100 тыс. населения, показатель Приднестровья существенно выше — 563,21 на 100 тыс. населения [6].

За весь период наблюдения зарегистрированы 3 382 смерти пациентов с ВИЧ-инфекцией, 19 из которых были дети в возрасте 0–14 лет, 2 323 — мужчины и 1059 — женщины. Показатель смертности ЛЖВ на 100 тыс. населения имеет тенденцию к снижению (4,13 в 2016 г., 3,6 — в 2017 г.) [6]: с 318 случаев в 2014 г. до 239 в 2017 г. [3]. Из всего количества смертей связаны с ВИЧ 60,2%; основной причиной смерти остается туберкулез (54,1%) [6].

В Молдове основным путем передачи ВИЧ-инфекции остается гетеросексуаль-

ный: в 2017 г. 81,09% от новых случаев инфицированы гетеросексуальным путем, 5,01% — гомосексуальным путем; 5,69% случаев были инфицированы употреблением инъекционных наркотиков [6].

В 2017 г. 210 детей были протестированы на ВИЧ в течение первых двух месяцев жизни, из них 208 получили отрицательный результат, 2 — положительный. Республика Молдова начала подготовку к валидации в 2018–2019 гг. элиминации вертикальной передачи ВИЧ [6].

РАЗДЕЛ 2. АНАЛИЗ КАСКАДА ВИЧ-УСЛУГ

В 2017 г. в Молдове оценочное количество ЛЖВ составляло 15 133 чел., ВИЧ-положительный статус был у 8 505 чел., активная диспансерная группа насчитывала 7 290 чел., АРТ получали 5 162 чел., вирусная супрессия была у 3 324 чел. [3].

Иными словами:

- знают свой ВИЧ-статус 56% от оценочного числа ЛЖВ;
- состоят на диспансерном учете 48% от оценочного числа ЛЖВ (или 86% пациентов, знающих свой ВИЧ-статус);
- получают АРТ 71% ЛЖВ, состоящих на диспансерном учете, или 61% знающих свой ВИЧ-статус;
- неопределяемую вирусную нагрузку имеют 22% от оценочного числа ЛЖВ, или 64% ЛЖВ на АРТ (Рис. 34).

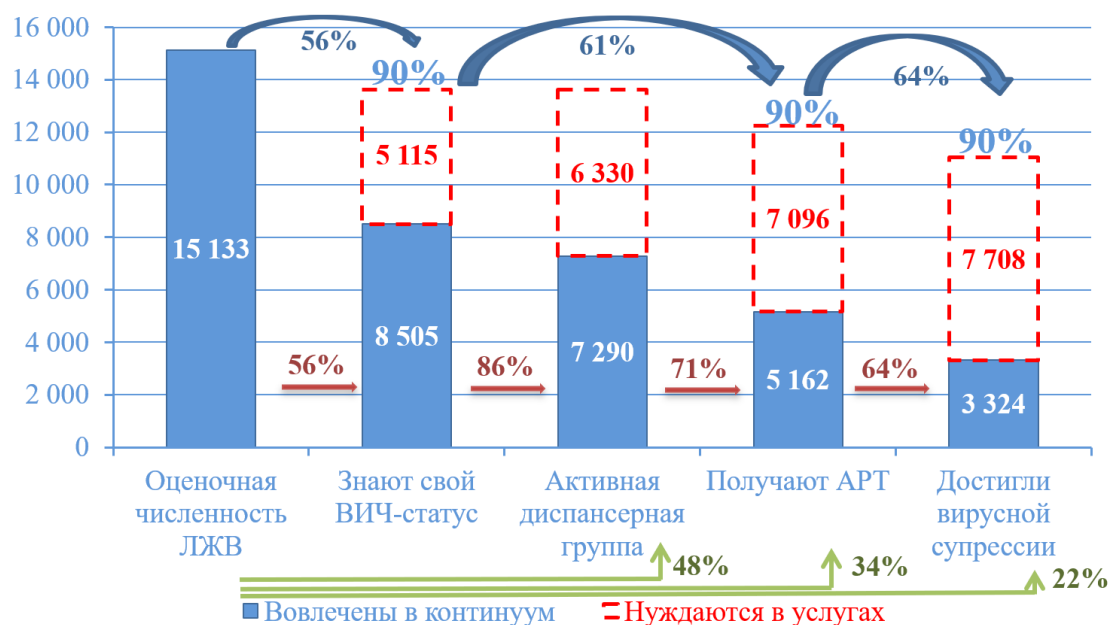


Рисунок 34. Каскад ВИЧ-услуг, Республика Молдова, 2017 г.

По данным Базовой оценки (2014 г.), оценочное количество ЛЖВ в Молдове (18 000 чел.) было немного выше, чем в 2017 г.; свой ВИЧ-статус знали 52% от оценочной численности ЛЖВ, на диспансерном учете состояли 38% от оценочного числа ЛЖВ, АРТ получали 17% от числа ЛЖВ, вирусная супрессия была у 13% от оценочного числа ЛЖВ (Рис. 35).

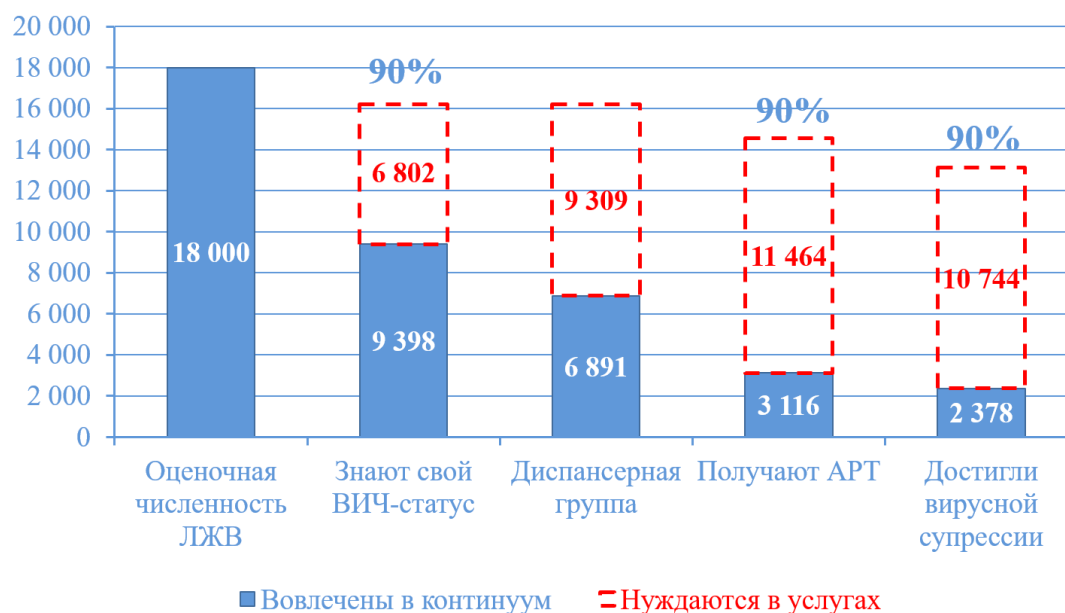


Рисунок 35. Каскад ВИЧ-услуг, Республика Молдова, 2014 г.

Таким образом, в континууме целей «90–90–90» Молдова демонстрирует наибольший прогресс в достижении второй цели «90%» (с 33% в 2014 г. до 61% в 2017 г.); прогресс в достижении первой цели «90» незначителен (с 52% до 56%), по третьей цели отмечается снижение показателя (с 76% до 64%) (Рис. 36).

Однако показатели в абсолютных числах и в процентном соотношении (прежде всего за 2014 г.) нуждаются в дополнительном анализе с учетом того, что, по обновленным данным ЮНЭЙДС, оценочное число ЛЖВ в 2014 г. составляло 13 000 чел. [1]; количество ЛЖВ, знающих свой статус, составляло 6 790 чел. [3]. Кроме того, в 2016 г. вирусную нагрузку измеряли 75,5%, в 2017 г.— 80,5% от числа принимающих АРТ, из них неопределяемая вирусная нагрузка была у 74% в 2016 г. и у 80% в 2017 г. [3].

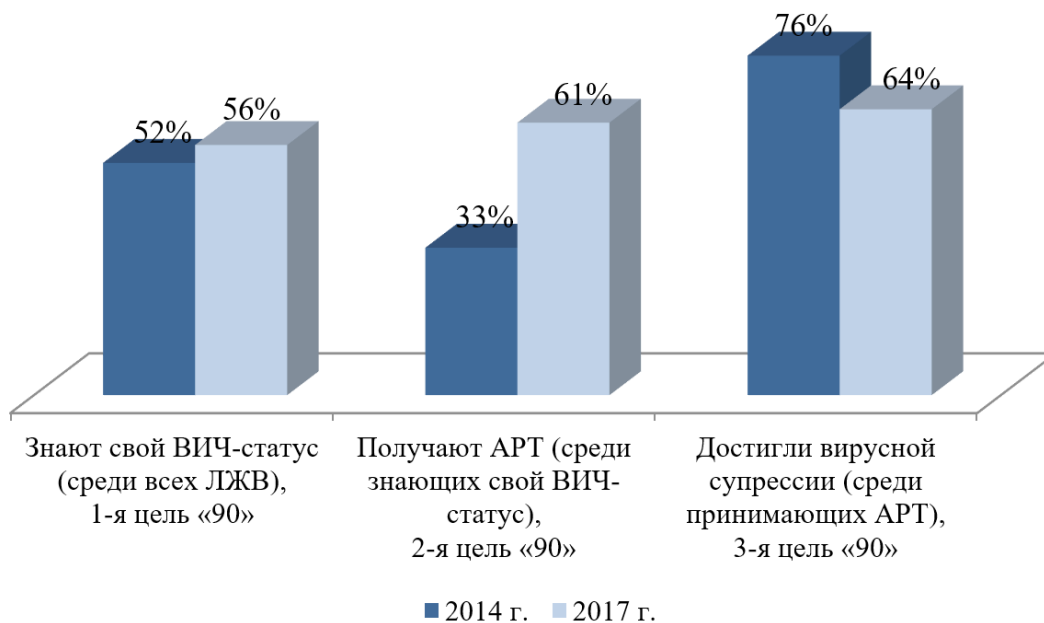


Рисунок 36. Каскад ВИЧ-услуг в соотношении с целями ЮНЭЙДС «90–90–90», Республика Молдова, 2013 и 2017 гг., %

РАЗДЕЛ 3. АНАЛИЗ ДОСТУПА И ОПРЕДЕЛЕНИЕ БАРЬЕРОВ К УСЛУГАМ НЕПРЕРЫВНОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ЛЖВ И КГН

3.1. ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

По данным ЮНЭЙДС за 2017 г., оценочное количество КГН в Молдове составляло:

- ЛУИН — 36 900 чел. (Базовая оценка — 30 200 чел.);
- МСМ — 17 100 чел. (Базовая оценка — 13 500 чел.);
- СР — 21 300 чел. (Базовая оценка — 12 000 чел.) [1].

Распространенность ВИЧ-инфекции, по данным ЮНЭЙДС:

- среди ЛУИН — 13,9%, данные 2017 г. (Базовая оценка — 8,5%);
- среди МСМ — 5,7% (данные 2013 г.);
- среди СР — 3,9%, данные 2017 г. (Базовая оценка — 11,6%) [1].

Знают свой ВИЧ-статус 48,8% ЛУИН, 44,3% МСМ, 31,7% СР (данные ЮНЭЙДС, 2017 г.). Уровень пользования презервативами составляет среди ЛУИН — 18,1% среди МСМ — 61,2%, среди СР — 88,2% (все данные за 2017 г. и только по Кишиневу) [1].

В общей сложности в рамках профилактических программ среди КГН были распространены: 2 902 001 шприц, 1 190 976 презервативов, 60 996 лубрикантов, 121 436

экземпляров информационных материалов [6].

В 2017 г. в Республике Молдова впервые начали работу три мобильных клиники, которые предлагали широкий спектр профилактических услуг для всех КГН. Первые мобильные службы также использовали экспресс-анализ капиллярной крови для диагностики ВИЧ, вирусного гепатита С и сифилиса. Мобильные клиники охватили 2 932 чел. [6].

Четыре коммерческих аптеки предоставляли услуги по профилактике ВИЧ-инфекции: 429 клиентов профилактических программ по индивидуальным карточкам получали шприцы, презервативы, спиртовые салфетки, информационные материалы и т.д.) [6].

В 2017 г. 15 431 **ЛУИН** (14 806 чел. в 2016 г.), в т.ч. 1 565 чел. в пенитенциарном секторе, получили по меньшей мере две услуги (одна из них — обмен шприцев) из базового пакета профилактических услуг. Услуги предоставлялись через 10 НПО и Департамент пенитенциарных учреждений, охватили 30 населенных пунктов и 18 пенитенциарных учреждений [6]. С 2015 г. полный комплекс профилактических услуг (обмен шприцев, распространение презервативов, информационных материалов, обучение, консультирование по тестированию на ВИЧ, гепатит, ИППП, перенаправление к услугам АРТ и ОЗТ) дополнен новыми услугами: предоставление услуг с учетом гендерной специфики и управление передозировками. Среди ЛУИН было распространено 4 065 (в 2016 г. — 946) ампул налоксона для 1 732 чел. Кроме того, 1 268 прошли обучение по профилактике передозировки; 1 084 женщины из числа ЛУИН прошли обучение с учетом гендерной специфики [3].

В 2017 г. охват услугами **ЗПТ** составлял 3,2% от оценочного числа ЛУИН [1]. ОЗТ предоставлялась в 8 населенных пунктах страны и 13 пенитенциарных учреждениях. Терапию начал 131 человек, 497 ЛУИН (2014 г. — 505 чел.) были охвачены программами ОЗТ на конец 2017 г., из них 63% (79 чел. [6]) были в программе не менее 6 месяцев. 107 пациентов получали метадон на дом [3]. Был пересмотрен протокол, регламентирующий предоставление ОЗТ, в котором установлен механизм выдачи препарата на дом на несколько дней для стабильных пациентов.

НПО за средства Глобального фонда предоставляли услуги по психосоциальной поддержке и приверженности ОЗТ: 669 клиентов ОЗТ (включая 119 чел. в пенитенциарной системе [6]) получили по крайней мере одну услугу психосоциальной поддержки в течение года, 463 чел. (93%) — минимум три услуги из пакета услуг. 165 чел. получили услугу кейс-менеджмента (восстановление документов, социальная помощь, временное проживание, подготовка к программе реабилитации, приверженность программе ОЗТ и т.д.) [3].

В 2017 г. 3 636 **МСМ** (3 013 в 2016 г.) получили как минимум две профилактические услуги (одна из них — распространение презервативов и лубрикантов). Услуги предоставляла одна НПО в 4 муниципалитетах (Кишинев, Бельцы, Тирасполь и Бендеры). Пакет услуг включал распространение презервативов и лубрикантов, консультирование «равный– равному», обучение и консультирование ЛГБТ и их родителей, тестирование в сообществе, консультирование по поводу тестирования на ВИЧ, ИППП, гепатитов, информационные услуги в тюрьмах [3].

В 2017 г. 5 620 СР (4 717 чел. в 2016 г.) получили по меньшей мере две базовые услуги (одна из них — презерватив) из пакетов профилактических программ. Услуги предоставляли 5 НПО в 12 населенных пунктах (в т. ч. впервые в трех населенных пунктах на левом берегу Днестра) [6]. Услуги включали распространение презервативов, информационных материалов, консультирование по вопросам снижения риска, обучение «равный–равному», перенаправление к услугам медицинской помощи, включая КиТ на ВИЧ, тестирование в сообществе и т.д.

Молдова — единственная из стран региона ВЕЦА, в которой утвержден национальный протокол «Доконтактная профилактика ВИЧ-инфекции» (утвержден в начале 2018 г.) [12].

3.2. КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ И ТЕСТИРОВАНИЕ НА ВИЧ

В Республике Молдова используются следующие подходы к тестированию (по сравнению с 2014 г. изменений нет):

- тестирование по инициативе провайдера услуг в медицинских учреждениях и кабинетах ДКТ;
- тестирование по инициативе клиента;
- обязательное тестирование: для доноров крови и органов, для детей, рожденных ВИЧ-позитивными матерями;
- тестирование на базе НПО с использованием тестов по капиллярной крови в мобильных клиниках и тестов по слюне;
- анонимное тестирование [3];
- самотестирование (доступно с 2016 г.) [6].

Исследование образцов крови проводится по классической схеме: после получения двух позитивных результатов в ИФА проводится подтверждающее исследование методом иммуноблота [6].

Новые протоколы по тестированию и АРТ, приведенные в соответствие с актуальными рекомендациями ВОЗ, приняты в начале 2018 г. В частности, протоколом по тестированию предусмотрено сокращение продолжительности постановки диагноза ВИЧ с нескольких недель до одного дня [6].

В 2017 г. были проведены 250 788 тестов на ВИЧ, из которых 25% (включая услугу переливания крови) составляли беременные женщины, 34% — доноры, 8% (3 704 чел., [6]) — клиенты профилактических программ [3]. Выявлено 835 новых случаев ВИЧ-инфекции [3] (выявляемость — 0,3%).

В 2017 году 10 НПО предоставляли услуги экспресс-тестирования на ВИЧ. Из проведенных 2 242 тестов 66 чел. получили предварительный положительный тест на ВИЧ (выявляемость — 2,9%), а 48 из них были перенаправлены в медицинские учреждения для завершения диагностики [3].

Средний возраст диагностирования ВИЧ-инфекции — 36,5 года (2014 г. — 34,8 года). Из вновь диагностированных случаев 11,9% составляли лица в возрасте 15–24 лет, 82,5% — лица в возрасте 25–49 лет (в 2014 г. соотношение этих возрастных групп составляло соответственно 12,5% и 86,6%) [3].

Среди новых случаев преобладают мужчины (2014 г. — 54%, 2017 г. — 55,9%) [3].

В 2017 г. доля городских жителей среди новых случаев впервые (с 2007 г.) стала ниже, чем сельских жителей (49,5%, или 413 случаев против 417; 2014 г. — 54,7%) [3].

Число ЛЖВ, выявленных с помощью профилактических программ, увеличивалось ежегодно (по сравнению с предыдущим годом), начиная с 2012 г. В 2017 г. этот показатель (288 чел.) впервые оказался ниже, чем в предыдущем году (2016 г. — 299 чел.), и составил 34,8% от общего числа новых случаев ВИЧ-инфекции (самый высокий показатель — 44,6% — зафиксирован в 2015 г.) [3]. Однако, несмотря на уменьшение количества этого показателя в 2017 г., ситуация, когда клиенты профилактических программ составляют 8% от протестированных и 34,8% от новых случаев ВИЧ-инфекции, может свидетельствовать о достаточно высоком уровне инфицированности ВИЧ среди КГН и сфокусированном охвате этих групп тестированием.

3.3. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ

В 2017 г. активная диспансерная группа насчитывала 7 290 чел. (3 805 (52%) мужчин и 3 485 (48%) женщин). Количество ЛЖВ в активной диспансерной группе возросло как в абсолютных показателях (2014 г. — 5 711 чел.), так в соотношении с общим количеством ЛЖВ, знающих свой статус (2014 г. — 84,1%, 2017 г. — 85,7%) [3].

В 2017 г. 636 чел. (76,2%) из числа лиц с диагностированной ВИЧ-инфекцией прошли исследование на количество CD4. Среди них 325 чел. имели уровень CD4 <350 кл./мкл, 190 чел. (29,9%, или 22,7% от всех новых случаев ВИЧ-инфекции 2017 г.) — уровень CD4 <200 кл./мкл [3]. В 2015 г. среди 817 новых случаев ВИЧ-инфекции доля лиц, прошедших исследование CD4 (567 чел.) с результатом CD4 <200 кл./мкл, составляла 131 чел. (23,1%, или 16% от всех новых случаев) [3].

Однако в 2016 г. процент новых случаев с CD4 <200 кл./мкл был выше: из 832 новых случаев 642 чел. (77,2%) прошли исследование CD4, из них показатель <200 кл./мкл был у 229 чел. (35,7%), что составило 27,5% от новых случаев за год [3].

Иными словами, четкая тенденция к снижению процента новых случаев ВИЧ-инфекции с CD4 <200 кл./мкл еще не наблюдается.

3.4. АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ

В Молдове в 2018 г. пересмотрены протоколы АРТ: в частности, внедрен принцип «Лечить всех» [13, 14] на замену лечению по клиническим показаниям.

В течение 2014–2017 гг. наблюдалась положительная динамика в охвате АРВ-лечением:

- возросло количество ЛЖВ, нуждающихся в АРТ, и в абсолютных цифрах (с 4 233 чел до 6 000 чел.), и в соотношении с активной диспансерной группой (с 74,1% до 82,3%);
- увеличились показатели количества ЛЖВ, получавших АРТ на конец года (с 3 116 до 5 162 чел.), и доли ЛЖВ на АРТ от числа тех, кто нуждался в АРТ (с 73,6% до 86,0%);
- доля ЛЖВ, которым отказано в АРТ, снизилась с 11,2% до 7,2%;
- смертность среди ЛЖВ, получавших АРТ, снизилась с 4,9% до 2,9% [3].

В течение 2017 г. АРТ начали 879 чел., 248 чел. возобновили лечение, 324 чел. прекратили лечение, 132 ЛЖВ умерли. Таким образом, в Молдове на 31.12.2017 получали АРТ 5 162 ЛЖВ (взрослых и детей), что на 671 чел. больше, чем на 31.12.2016 [3].

В стране достаточно высокий процент удержания на АРТ: среди ЛЖВ, начавших АРТ 12 месяцев тому назад, продолжали принимать лечение в 2014 г. 78,9%, в 2017 г. — 83%, среди ЛЖВ, начавших АРТ 24 месяца тому назад, продолжали принимать лечение соответственно 74,1% и 80%, среди начавших АРТ 60 месяцев назад — по 70% в 2014 и 2017 гг. [3].

В 2017 г. диагноз «СПИД» был поставлен 278 ЛЖВ. Кумулятивное количество случаев СПИДа составило 3 770, или 31,7% от числа зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции [3]. Средний возраст человека, которому диагностирован СПИД, в 2017 г. составлял 39,3 года (в 2014 г. — 37,4 года). В среднем между диагностированием ВИЧ и диагностированием СПИДа проходит три года (2014 г. — 2,6 года, 2017 г. — 3,2 года) [3].

Начиная с 2009 г., процент новых случаев ТБ, прошедших диагностирование на ВИЧ, превышает 90% (2014 г. — 96,0%, 2017 г. — 95,1%). Процент лиц с диагностированной коинфекцией ВИЧ/ТБ возрастает (2014 г. — 7,0%, 2017 г. — 8,5%); количество случаев ВИЧ/ТБ в 2014 г. впервые превысило 200 чел. (точное число — 220 чел.); в 2017 г. число выявленных коинфекций составляло 216 чел. [3].

В 2017 г. из числа ЛЖВ, начавших АРТ, около 64,8% прошли тестирование на ВГВ и около 70,8% — на ВГС, из них у 6,5% выявлен ВГВ и у 18% — ВГС [3].

В 2017 г. среди ЛЖВ зафиксировано 239 смертей. Количество смертей в 2017–2017 гг. колебалось и в сторону уменьшения, и в сторону увеличения (меньше всего — 2007 г. — 207 случаев, больше всего — 2014 г. — 318 случаев). Однако на этом фоне более постоянными были две тенденции: увеличился средний возраст на момент смерти (2007 г. — 32,5 года, 2014 г. — 39,9 года, 2017 г. — 42,5 года) и увеличилось среднее количество лет от диагностирования ВИЧ-инфекции до момента смерти: 2007 г. — 3,5 года, 2014 г. — 4,7 года, 2017 г. — 5,3 года [3].

Из общего числа смертей среди ЛЖВ в 2017 г. около 60,8% связаны с ВИЧ-инфекцией, среди последних 54,2% вызваны туберкулезом. В течение 2014–2017 гг. на-

блюдается тенденция к снижению как смертности от ВИЧ-инфекции/СПИДа в целом (с 5,43 до 3,62 на 100 тыс. населения), так и туберкулеза среди ЛЖВ (с 3,24 до 1,96 на 100 тыс. населения) [3].

В 2017 г. обследование на вирусную нагрузку прошли 62,3% всех ЛЖВ (5 300 чел.), у 74,3% из обследованных (3 936 чел.) зафиксирована вирусная супрессия. Среди ЛЖВ, получавших АРТ, тестирование на ВН прошли 4 155 чел., или 80,5% от числа ЛЖВ на АРТ; вирусная супрессия была установлена у 3 324 чел., или у 80% обследованных [3].

РАЗДЕЛ 4. КЛЮЧЕВЫЕ БАРЬЕРЫ ДОСТУПА К УСЛУГАМ В СВЯЗИ С ВИЧ

- При очевидном прогрессе в сфере противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции в Республике Молдова, сложно говорить о наличии каких-либо ключевых барьеров в доступе ко всему континууму услуг. Однако анализ каскада услуг свидетельствует о том, что наибольшие потери происходят на этапе диагностики ВИЧ-инфекции, что может быть связано с проблемой вовлечения населения в программы тестирования (в первую очередь ключевых групп).
- Остается актуальной проблема стигматизации и дискриминации по отношению к КГН [3]. В частности, употребление наркотиков в Молдове является административным правонарушением, которое наказывается штрафом или принудительными общественными работами. Эти факторы ограничивают обращение ЛУИН за услугами по профилактике, лечению и приверженности.

ИСТОЧНИКИ

1. Country factsheets, раздел «Moldova 2017». URL: <http://aidsinfo.unaids.org/>.
2. Гулов К. Краткая справка о ВИЧ среди МСМ в Республике Молдова. Евразийская коалиция по мужскому здоровью, 2018.
3. Monitorizarea controlului infecției HIV în Republica Moldova, anul 2017. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, IMSP Spitalul Dermatologie și Maladii Comunicabile. Chișinău, 2018.
4. HIV/AIDS surveillance in Europe 2017 – 2016 data. URL: https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/20171127-Annual_HIV_Report_Cover%2BInner.pdf.
5. Republic of Moldova progress report on HIV/AIDS (January–December 2015). – Chisinau 2016. URL: http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/MDA_narrative_report_2016.pdf.
6. Country progress report – Republic of Moldova. Global AIDS Monitoring, 2018. URL: http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/MDA_2018_countryreport.pdf.

7. HIV treatment and care. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2017 progress report. URL: <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/HIV%20treatment%20and%20care.pdf>.
8. Data of Public Association «League of PLWH from Republic of Moldova». URL: <http://www.ligaids.md/>.
9. Raport anual de progres privind implementarea proiectului «Fortificarea Controlului HIV în Republica Moldova, 2015–2017» anul 2017. URL: <http://www.pas.md/ro/PAS/Reports/Details/104>.
10. Republic of Moldova. Tuberculosis profile. URL: https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO_HQ_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FTB_CountryProfile.
11. Eurasian Women's Network on AIDS. URL: <http://www.ewna.org>.
12. Национальный клинический протокол «Доконтактная профилактика ВИЧ-инфекции» (утвержден приказом Министерства здравоохранения, труда и социальной защиты Республики Молдова от 07.02.2018 № 162). URL: <http://itpcru.org/2018/06/19/protokoly-po-lecheniyu-i-profilaktike-vich-infektsii/>.
13. Национальный клинический протокол «ВИЧ-инфекция у взрослых и подростков» (утвержден приказом Министерства здравоохранения, труда и социальной защиты Республики Молдова от 07.02.2018 № 163). URL: <http://itpcru.org/2018/06/19/protokoly-po-lecheniyu-i-profilaktike-vich-infektsii/>.
14. Национальный клинический протокол «ВИЧ-инфекция у детей» (утвержден приказом Министерства здравоохранения, труда и социальной защиты Республики Молдова от 07.02.2018 № 165). URL: <http://itpcru.org/2018/06/19/protokoly-po-lecheniyu-i-profilaktike-vich-infektsii/>.

РЕСПУБЛИКА ТАДЖИКИСТАН

РАЗДЕЛ 1. ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Таджикистан относится к странам с низкой распространенностью ВИЧ-инфекции. Распространенность ВИЧ-инфекции на 1 тыс. населения составляет 0,25 случая (0,15–0,45) в возрастной группе 15–49 лет и 0,15 случая (0,09–0,26) среди всех возрастов.

Кумулятивно с начала эпидемии по состоянию на 31.12.2017 зарегистрированы 9 957 случаев ВИЧ-инфекции.

На начало 2018 г. число людей, живущих с ВИЧ, составило в стране 7 516 чел. Доля мужчин выше, чем женщин (62,5% против 37,5%), однако по сравнению с 2014 г. (Базовая оценка) она уменьшилась (66,9% мужчин и 33,1% женщин). Число людей, живущих с ВИЧ, в стране увеличивается [4].

В 2017 г. в стране было выявлено 1 207 новых случаев ВИЧ-инфекции (2014 г. — 1 008 случаев).

Основными путями передачи ВИЧ остаются незащищенные половые контакты (53,9%) и нестерильное инъекционное оборудование (33,5%) (в 2014 г., по данным Базовой оценки, соотношение полового и парентерального путей передачи составляло 60,4% к 24,2%); вертикальный путь передачи составляет 7,8% [8].

Наибольшее число случаев ВИЧ-инфекции в 2017 г. зарегистрировано среди жителей Согдийской области (309 случаев, или 26% от общего числа всех зарегистрированных случаев) и районов республиканского подчинения (300 случаев, или 25%). Город Душанбе, столица Таджикистана, находится на третьем месте по заболеваемости — 206 случаев, что составляет 17% [2].

В 2017 г. от заболеваний, связанных с ВИЧ, в стране умерли 104 пациента (показатель смертности — 1,2 на 100 тыс. населения).

РАЗДЕЛ 2. АНАЛИЗ КАСКАДА ВИЧ-УСЛУГ

В 2017 г. численность ЛЖВ в Республике Таджикистан оценивалась в 15 000 чел. [1], знали свой ВИЧ-статус 7 516 чел., получали АРТ 4 942 чел. [4], вирусной супрессии на конец 2017 г. достигли 3 200 чел. (Рис. 37).

Иными словами:

- знают свой ВИЧ-статус 50% от оценочного числа ЛЖВ;
- получают АРТ 33% от оценочного числа ЛЖВ, или 66% знающих свой ВИЧ-статус;
- неопределяемую вирусную нагрузку имеют 21% от оценочного числа ЛЖВ, или 65% ЛЖВ на АРТ.

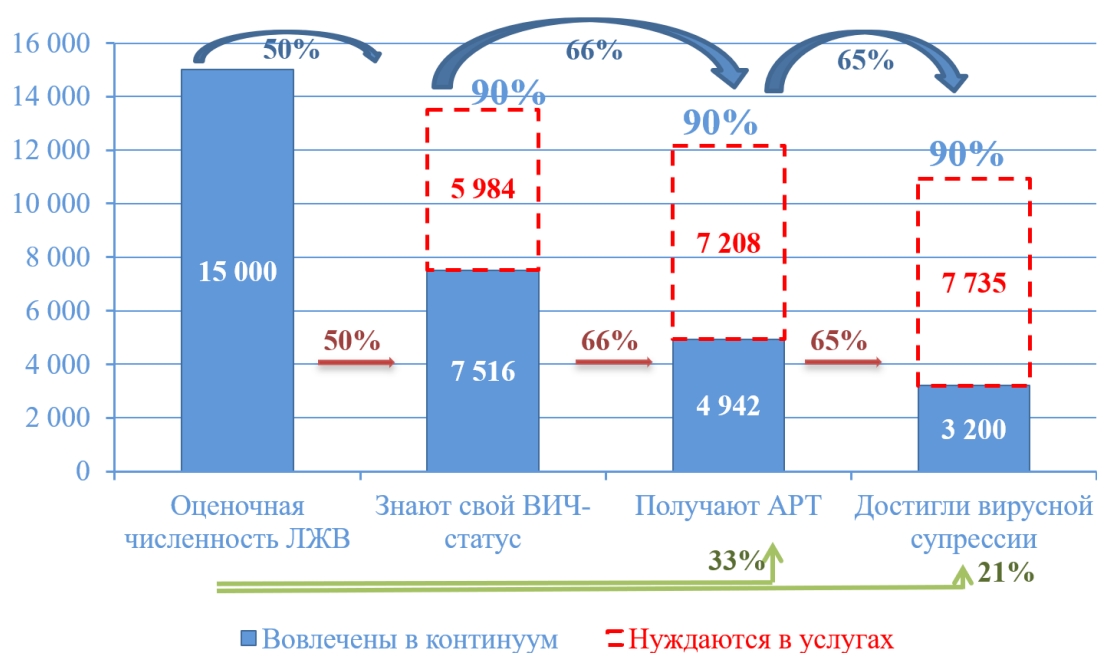


Рисунок 37. Каскад ВИЧ-услуг, Республика Таджикистан, 2017 г.

По данным Базовой оценки (2014 г.)¹¹, свой ВИЧ-положительный статус знали 37% ЛЖВ, на диспансерном учете состояли 19% от оценочного числа ЛЖВ (или 52% от количества ЛЖВ, знающих свой ВИЧ-статус), АРТ получали 15% от оценочного числа ЛЖВ (или 41% пациентов, знающих свой ВИЧ-статус), данных о неопределяемой вирусной нагрузке не было (Рис. 38).

¹¹ По данным ЮНЭЙДС, оценочная численность ЛЖВ в Таджикистане в 2014 г. составляла 13 000 чел.: [http://aidsinfo.unaids.org](http://aidsinfo.unaids.org;); People living with HIV / Tajikistan.

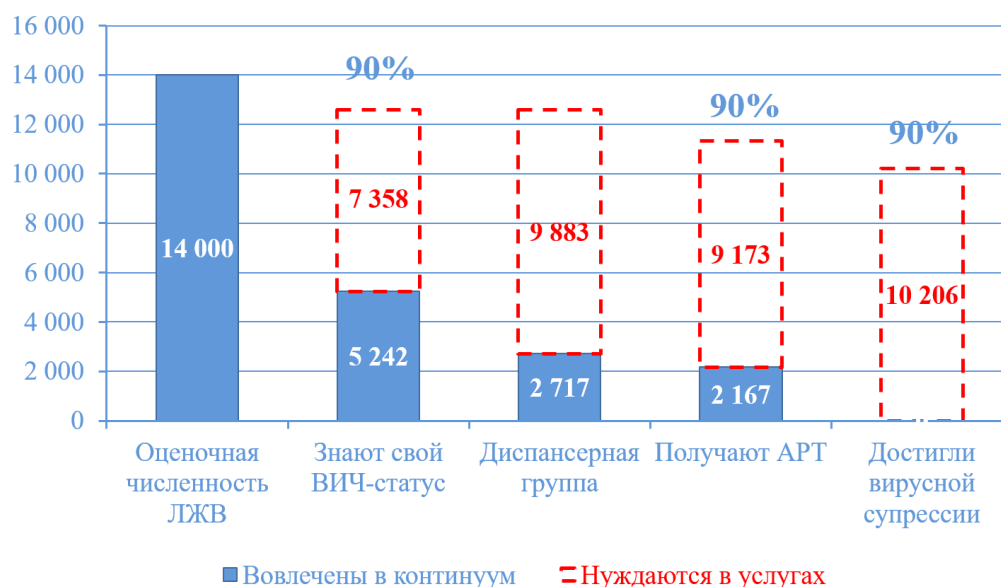


Рисунок 38. Каскад ВИЧ-услуг, Республика Таджикистан, 2014 г.

Таким образом, при сравнении данных 2014 и 2017 гг. (Рис. 39) наблюдается прогресс Таджикистана в достижении первых двух целей «90» стратегии ЮНЭЙДС «90–90–90»; что касается третьей цели, то достаточно высокий показатель вирусной супрессии (65%) может свидетельствовать об эффективности не только лечения, но и диагностики. По данным ПРООН, до 2017 г. вирусную нагрузку можно было исследовать только на базе Национального центра СПИДа; с 2017 г., после закупки и установки пяти систем GeneXpert, показатель тестирования на ВН увеличился до 90% [8].

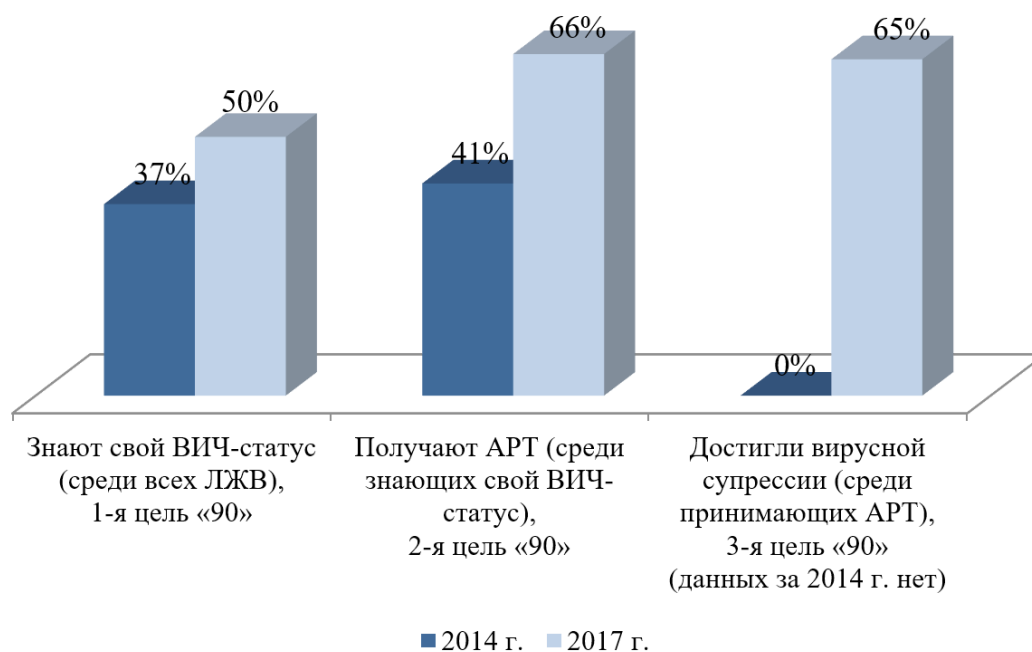


Рисунок 39. Каскад ВИЧ-услуг в соотнесении с целями ЮНЭЙДС «90–90–90», Республика Таджикистан, 2014 и 2017 гг., %

РАЗДЕЛ 3. АНАЛИЗ ДОСТУПА И ОПРЕДЕЛЕНИЕ БАРЬЕРОВ К УСЛУГАМ НЕПРЕРЫВНОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ЛЖВ И КГН

В 2014 г. в Таджикистане были внесены изменения в Закон по ВИЧ/СПИДу, которыми сняты ограничения на въезд, пребывание и проживание ЛЖВ. Обновленный закон исключает обязательное тестирование на ВИЧ для всех иностранцев, включая персонал иностранных миссий, беженцев и лиц без гражданства [9].

В 2017 г. в Таджикистане была принята новая Национальная программа по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции на 2017–2020 годы. Основные направления программы: профилактика ВИЧ-инфекции, тестирование на ВИЧ и связь с системой оказания помощи, лечение и оказание помощи в связи с ВИЧ, безопасность крови и инфекционный контроль и т.д. [4].

3.1. ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

По данным ЮНЭЙДС за 2017 г., оценочное количество КГН в Таджикистане составляло:

- ЛУИН — 23 000 чел., данные 2014 г. (Базовая оценка — 23 100 чел.);
- МСМ — 13 000 чел., данные 2015 г. (Базовая оценка — 13 400 чел.);
- СР — 14 000 чел., данные 2014 г. (Базовая оценка — 14 100 чел.) [1].

Распространенность ВИЧ-инфекции, по данным ЮНЭЙДС:

- среди ЛУИН — 13,5% (данные 2014 г.);
- среди МСМ — 2,3%, данные 2017 г. (Базовая оценка — 2,7%);
- среди СР — 3,5% (данные 2014 г.) [1].

Показатель пользования презервативами среди ЛУИН составил, по данным ЮНЭЙДС, 49,9% (данные 2015 г.), среди МСМ — 78,5% (данные 2017 г.), среди СР — 71,4% (данные 2014 г.) [1].

Услуги в рамках профилактических программ представители ключевых групп населения получают в 53 пунктах доверия (ПД) для ЛУИН (пункты обмена шприцов, или ПОШ), 27 дружественных кабинетах (ДК) для СР и 14 ДК для МСМ.

Кроме того, с группами риска работают мобильные бригады центров СПИДа, а также 5 дроп-ин центров, которые предоставляют низкопороговые услуги (ночлег, еда, стирка, душ) [8].

В 2017 г. в рамках профилактических программ среди КГН были распространены 6 984 151 презерватив, 7 861 464 иглы (шприца) и 313 743 экземпляра информационно-просветительских материалов [8].

Комплексные мероприятия по профилактике ВИЧ для КГН (ОЗТ, консультирование «равный–равному», тестирование на ВИЧ, низкопороговые услуги, социальное

сопровождение и т.д.) в тесном сотрудничестве с правительственными и неправительственными организациями способствовали усилению профилактики инъекционного и полового путей распространения ВИЧ-инфекции [8].

По данным ЮНЭЙДС, уровень безопасных инъекционных практик среди ЛУИН составил 88,9% (данные 2014 г.). Охват ЛУИН услугами в пунктах доверия с 2012 по 2016 гг. увеличился почти в три раза, количество распространенных чистых игл/шприцев — почти в четыре раза; в 2017 г. эти показатели несколько снизились.

Охват ЛУИН программами ОЗТ составил 2,8% (данные 2017 г.) [1]. В 2014 г., по

Показатель	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Число ЛУИН, получивших услуги в ПД	5 700	9 202	11 993	13 456	14 079	13 973
Число шприцов, полученных одним ЛУИН в среднем в год (из расчета к оценочному числу ЛУИН в стране)	88	175	214	283	345	273

данным Базовой оценки, работали 6 сайтов ОЗТ, которые охватывали 577 ЛУИН. В 2016 г. количество сайтов увеличилось на два (до восьми), в 2017 г. — на четыре (до 12); ОЗТ в 2016 и 2017 гг. получали соответственно 740 и 946 чел. Кроме того, на сайтах ОЗТ в 2017 г. 197 ЛУИН получили детокс-лечение [8].

Реализация профилактических программ позволяет сокращать заболеваемость среди ЛУИН, что выражается в уменьшении в динамике показателя количества и доли (%) ЛУИН среди регистрируемых новых случаев ВИЧ и в уменьшении удельного веса инъекционного пути передачи ВИЧ в общей структуре путей передачи инфекции [4].

В 2017 г. среди МСМ показатель распространения презервативов составлял 140 единиц на одного МСМ [1]. Недавние предварительные результаты интегрированного биоповеденческого исследования (2017 г.) демонстрируют рост (до 79%) уровня безопасных сексуальных практик в этой КГН, что могло способствовать снижению показателя распространенности ВИЧ с 2,7% в 2015 г. до 2,28% в 2017 г. [8].

Среди СР показатель распространения презервативов в 2017 г. составлял 183 единицы [1], однако, по данным на март 2016 г., 1 952 чел. из числа СР-ЛЖВ имели незащищенный секс с несколькими партнерами, и только 1% сообщил об использовании презервативов. Распространенность ВИЧ-инфекции среди СР в разных регионах колеблется от 0,6% в Курган-Тюбе до 11,3% в Вахдате (средний показатель — 3,5%) [8].

3.2. КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ И ТЕСТИРОВАНИЕ НА ВИЧ

В 2017 г. в Таджикистане на ВИЧ были обследованы 612 717 чел., 419 152 из которых (или 68% от общего количества протестированных) составляли женщины [2].

По данным Национального центра СПИДа, в 2017 г. консультирование и тестирование на ВИЧ прошли 6 825 ЛУИН, 5 523 СР и 886 МСМ. Вместе с заключенными общее количество КГН, прошедших тестирование, составило 19 546 чел., или 56% от числа КГН, охваченных ВИЧ-услугами в 2017 г. (34 820 чел.) [8].

В конце 2016 г. первый в Таджикистане кабинет добровольного консультирования и экспресс-тестирования на ВИЧ появился в городе Курган-Тюбе, в представительстве AFEW-Таджикистан в Хатлонской области. Опыт оказался успешным, и уже в 2017 г. сразу в трех городах (Душанбе, Худжанд и Куляб) открылись аналогичные центры ДКТ на базе общественных организаций «СВОН Плюс», «Амалинек» и «Вита» [6].

С 2015 г. в Таджикистане реализуется проект USAID «Флагман по ВИЧ в Средней Азии», в рамках которого проводится тестирование представителей КГН на базе НПО. Один из инновационных подходов проекта — тестирование на ВИЧ через слюну на уровне сообщества. Приказом Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ от 21.12.2016 № 934 утверждено «Руководство по проведению тестирования на ВИЧ с использованием быстрых тестов через околодесенные мазки (слюна)» и предусмотрено внедрение этого метода на уровне страны (изначально предполагалось его пилотирование только в целевых зонах проекта — городе Душанбе, районах республиканского подчинения и Согдийской области). В рамках проекта обучено по вопросам техники тестирования и чтения результатов более 150 сотрудников центров СПИДа, НПО и других партнеров. В страну завезено в 53 900 экспресс-тестов через слюну.

КГН	2013	2014	2015	2016	2017
ЛУИН	9 872	13 082	18 192	7 284	6 825
МСМ	942	174	3 173	521	886
СР	6 556	6 273	8 883	3 772	5 523

Одна из причин снижения показателей состояла в том, что удалось добиться учета тестов без их дублирования. ВИЧ-сервисный проект ПРООН предоставил техническую поддержку в усовершенствовании базы данных и учета тестирований, в том числе в пунктах тестирования [8].

Другая причина снижения охвата тестированием, в частности среди МСМ, была связана с тем, что в 2016 г. в северной части Таджикистана (Согдийская область) организации, работавшие (в том числе) с МСМ (такие как АнтиСПИД), прекратили свою деятельность. Как следствие, МСМ избегали проходить тестирование в центре СПИДа из-за чувства незащищенности. Хотя работа с МСМ была возобновлена в марте 2017 г., на прежний уровень охвата тестированием она еще не вышла [8].

3.3. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ

Данные об уровне CD4 на момент диагностики ВИЧ-инфекции указывают на серьезность проблем позднего выявления и позднего начала лечения: около 60% впервые выявленных пациентов имели уровень CD4 <350 кл./мкл (2014 г., Базовая оценка — 67%, 2017 г. — 61%, данные ЮНЭЙДС), у приблизительно 40% диагностированных ЛЖВ — менее 200 кл./мкл (2014 г. — 40%, 2017 г. — 36%) [1].

3.4. АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ

АРВ-терапия доступна в стране с 2006 г. До 2018 г. действовало ограничение по поводу начала АРТ: лечение назначалось пациентам по клиническим показаниям и с количеством клеток CD4 менее 350 кл./мкл [4]. В 2018 г. вступило в силу обновленное «Руководство по диагностике, лечению и диспансерному наблюдению при ВИЧ инфекции», которым предусмотрена пожизненная АРТ у всех детей, подростков и взрослых, включая всех беременных и кормящих женщин, живущих с ВИЧ-инфекцией, независимо от количества клеток CD4».

На 01.01.2018 АРТ получали 4 942 чел., или около 66% от количества ЛЖВ, знающих свой ВИЧ-статус. В последние годы наблюдается расширение доступа ЛЖВ к АРТ. Так, в 2014 г. АРТ начал 891 пациент [8], в 2017 г. — 1 243 чел. [4]. Количество ЛЖВ на АРТ увеличилось более чем в два раза: 2014 г. — 2 167 чел., 2017 г. — 4 942 чел. Показатели охвата АРТ выше среди детей, чем среди взрослых [8].

К концу 2017 г. охват АРТ представителей КГН, живущих с ВИЧ, по данным системы электронного слежения за случаями ВИЧ-инфекции, составил от 43% до 89% [4], в частности, по данным ЮНЭЙДС, среди ЛУИН — 43,2%, среди МСМ — 78,1%, среди СР — 65,4% (данные 2017 г.) [1].

Из 1 127 пациентов, начавших принимать АРТ в 2016 г., 1 056 чел. продолжали ее прием на 31.12.2017 [4]; показатель удержания на АРТ составил 93,7%.

Для лечения коинфекций среди ЛЖВ доступны услуги:

- скрининг и лечение ТБ;
- профилактика ТБ изониазидом;
- профилактика ТБ ко-тримоксазолом;
- скрининг и лечение гепатитов В и С в медучреждениях, предоставляющих АРТ [4].

В 2016 г. был выявлен 201 пациент с коинфекцией ВИЧ/ТБ, что составляет 3% от общего количества выявленных случаев ТБ. Антиретровирусную терапию начали получать 182 пациента, или 91%. Профилактику ТБ получали 57% ЛЖВ [7].

В 2017 г. показатель охвата ЛЖВ скринингом на ТБ достиг 99,5%: из 4 623 ЛЖВ, которые посетили медучреждение в связи с ВИЧ-инфекцией, 4 599 чел. прошли скрининг на ТБ [8].

РАЗДЕЛ 4. КЛЮЧЕВЫЕ БАРЬЕРЫ ДОСТУПА К УСЛУГАМ

- Перебои с финансированием деятельности НПО, которые предоставляют дружественные ВИЧ услуги представителям КГН [8].
- Стигматизация ЛЖВ со стороны сообщества и семьи [8].
- Низкий охват ЛУИН программами снижения вреда и ОЗТ.

ИСТОЧНИКИ

1. Country factsheets. Tajikistan 2017. URL: <http://aidsinfo.unaids.org/>.
2. Республиканский центр профилактики СПИДа. URL: <http://www.nc-aids.tj/>, <http://www.nc-aids.tj/statistika.html>.
3. HIV/AIDS surveillance in Europe 2017 – 2016 data. URL: https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/20171127-Annual_HIV_Report_Cover%2BInner.pdf.
4. Country progress report – Tajikistan. Global AIDS Monitoring 2018. URL: http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/TJK_2018_countryreport.pdf.
5. Отчет страны о достигнутом прогрессе в противодействии эпидемии ВИЧ, 2016. Таджикистан. URL: http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/TJK_narrative_report_2016.pdf.
6. Веб-портал AFEW. URL: <http://www.afew.org/ru/eecaids2018-ru/voluntary-hiv-testing-points-taj-ru/>.
7. Tajikistan. Tuberculosis profile. URL: https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO_HQ_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FTB_CountryProfile&ISO2=tj&LAN=EN&outtype=html.
8. Strengthening the supportive environment and scaling up prevention, treatment and care to contain HIV epidemic in the Republic of Tajikistan. Annual project report 2017. United Nations Development Programme, Tajikistan. URL: http://www.tj.undp.org/content/dam/tajikistan/docs/library/UNDP_%20APR_2017_HIV_Final_2.pdf.
9. Tajikistan lifts travel restrictions for people living with HIV. Press release. URL: <http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2014/march/20140328tajikistan>.

УКРАИНА

РАЗДЕЛ 1. ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В УКРАИНЕ

Эпидемия ВИЧ-инфекции в Украине является второй по величине (после России) среди стран Восточной Европы и Центральной Азии [1]. По оценочным данным, на начало 2018 г. в стране проживало 244 000 людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ)¹².

По данным ГУ «Центр общественного здоровья МЗ Украины» (ЦОЗ), распространенность ВИЧ-инфекции среди граждан Украины составила 0,96% (2014 г. — 1,04%) [12]. Наблюдается четкая регионализация эпидемического процесса по территориям с концентрированной эпидемией ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения (КГН) и по территориям со смешанным типом эпидемии, где зафиксированы высокие уровни распространенности ВИЧ как среди КГН (выше 5%), так и среди беременных (выше 1%) [4].

На 01.01.2018 в Украине на медицинском учете в учреждениях здравоохранения состоял 141 371¹³ ВИЧ-инфицированный гражданин Украины (333,3 на 100 тыс. населения), в том числе 43 816 больных СПИДом (103,3 на 100 тыс. населения). Более половины всех ЛЖВ (53,1%) проживают в четырех регионах Украины: Днепропетровской, Донецкой, Одесской областях и в городе Киеве.

В 2017 г. в Украине впервые зарегистрированы 15 680 ВИЧ-позитивных лиц (37,0 на 100 тыс. населения), что на 7% выше данных 2016 г.¹⁴. Показатель 2014 г. составлял 19 273 случая (44,8 на 100 тыс. населения) и был на 5% ниже, чем в 2013 г. [13].

В структуре новых случаев ВИЧ-инфекции доминируют мужчины (9 351 человек, или 65,2%) и жители города (11 872 чел., или 75,7%). В течение 2008–2017 гг. процент ВИЧ-инфицированных лиц 15–24 лет уменьшился с 16,1% до 6,1%, а в возрастной группе 50 лет и старше вырос с 3,8 до 13,2%.

¹² Данные за 2014–2018 гг. приводятся с учетом возможности их получения на временно оккупированных территориях Автономной Республики Крым, города Севастополя, а также отдельных районов Донецкой и Луганской областей. Некоторые показатели недоступны; другие показатели (оценочные данные) собираются (рассчитываются) с определенными ограничениями. Для уточнения ситуации см. источники, приведенные в конце раздела.

¹³ Включая 4 993 детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, с ВИЧ-статусом в стадии подтверждения.

¹⁴ Исключая детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, с ВИЧ-статусом в стадии подтверждения.

В Украине основным путем передачи ВИЧ-инфекции остается половой, однако его соотношение с парентеральным путем передачи (при потреблении инъекционных наркотиков) изменилось: в 2014 г. — 56,6% против 42,7%, в 2017 г. — 73,8% против 25,5%. Доля передачи ВИЧ при гомосексуальных контактах возросла с 1,43% (2014 г.) до 3,2% (2017 г.)

Сохраняется тенденция к уменьшению доли ЛУИН среди зарегистрированных новых случаев ВИЧ-инфекции: с 44,3% в 2008 г. до 21,9% в 2017 г.

В течение последних пяти лет наблюдается относительная стабилизация показателей заболеваемости СПИДом и смертности от СПИДа, что связано с улучшением доступа ЛЖВ к АРТ и ранним началом лечения в соответствии с принятыми Украиной стратегиями FastTrack и Test&Treat [5]. В 2017 г. диагностированы 9 308 случаев СПИДа (21,9 на 100 тыс. населения), умерло от СПИДа 3 298 больных (7,7 на 100 тыс. населения).

Туберкулез остается наиболее распространенным СПИД-индикаторным заболеванием и основной причиной смерти ВИЧ-инфицированных лиц в Украине. В 2017 г. количество больных с коинфекцией ТБ/ВИЧ составило 4 703 чел. (50,5% от новых случаев СПИДа), умерло от коинфекции ТБ/ВИЧ 1 684 чел. (51,0% от умерших от СПИДа).

Основным препятствием на пути к ликвидации СПИДа в Украине является поздняя диагностика ВИЧ-инфекции. Более 40% ЛЖВ встают на медицинский учет уже в III–IV клинических стадиях ВИЧ-инфекции, количество таких случаев растет ежегодно: 2014 г. — 43,8%, 2017 г. — 48,5% [12].

РАЗДЕЛ 2. АНАЛИЗ КАСКАДА ВИЧ-УСЛУГ

В Украине в 2017 г. оценочное число ЛЖВ составляло 244 000 тыс. чел., знали свой ВИЧ-позитивный статус 136 378 ЛЖВ¹⁵, активная диспансерная группа¹⁶ составила 108 992¹⁷ ЛЖВ, 98 237 ЛЖВ получали АРТ, 78 590 ЛЖВ достигли вирусной супрессии [13].

Иными словами:

- знают свой ВИЧ-статус 56% от оценочного числа ЛЖВ;
- состоят на диспансерном учете 45% от оценочного числа ЛЖВ (или 80% пациентов, знающих свой ВИЧ-статус);
- получают АРТ 40% от оценочного числа ЛЖВ, или 90% ЛЖВ, состоящих на диспансерном учете, или 72% знающих свой ВИЧ-статус;
- неопределяемую вирусную нагрузку имеют 32% от оценочного числа ЛЖВ, или 80% ЛЖВ на АРТ (Рис. 40).

¹⁵ Исключая детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, с ВИЧ-статусом в стадии подтверждения.

¹⁶ ЛЖВ, которые состоят на учете и хотя бы один раз в течение 2017 г. обратились к врачу-инфекционисту для получения медицинской помощи, т. е. находятся в системе медицинской помощи.

¹⁷ Исключая детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, с ВИЧ-статусом в стадии подтверждения.

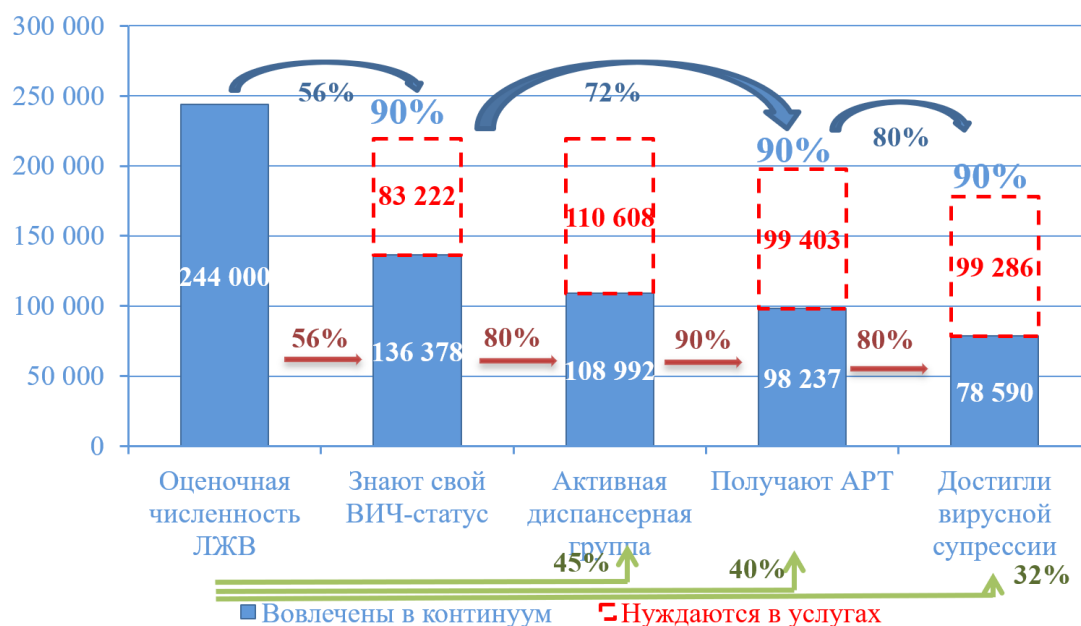


Рисунок 40. Каскад ВИЧ-услуг, Украина, 2017 г.

По данным Базовой оценки (2014 г.)¹⁸, свой ВИЧ-положительный статус знал 57% ЛЖВ, на диспансерном учете состояли 45% от оценочного числа ЛЖВ (или 78% от количества ЛЖВ, знающих свой ВИЧ-статус), АРТ получал 31% от оценочного числа ЛЖВ (или 54% пациентов, знающих свой ВИЧ-статус), а неопределяемая вирусная нагрузка была достигнута у 24% от оценочной численности ЛЖВ (или у 77% пациентов, принимающих АРТ) (Рис. 41).

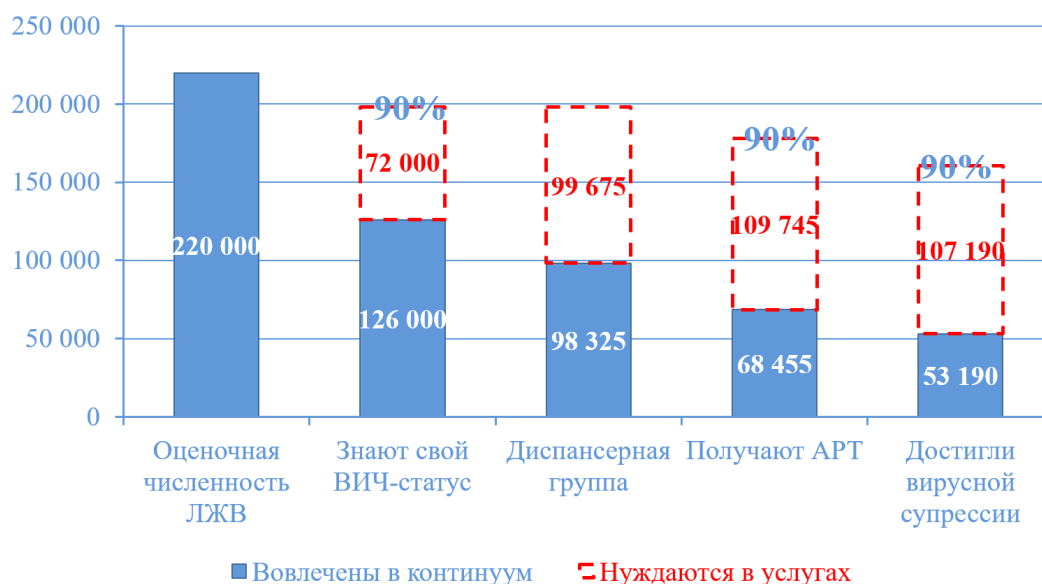


Рисунок 41. Каскад ВИЧ-услуг, Украина, 2014 г.

¹⁸ По данным ЮНЭЙДС, оценочная численность ЛЖВ в Украине в 2014 г. составляла 240 000 чел.: <http://aidsinfo.unaids.org>; People living with HIV / Ukraine.

Таким образом, при сравнении данных 2017 и 2014 гг. наибольший прогресс в достижении целей ЮНЭЙДС «90–90–90» в Украине наблюдается в отношении второй цели «90» (с 54% до 72%); показатели достижения первой цели «90» (57% и 56%) практически равны и могут свидетельствовать о недостаточном выявлении ЛЖВ; показатель третьей цели «90» увеличился (с 77% до 80%) и может подтверждать надлежащий уровень качества АРТ и диагностики вирусной нагрузки (Рис. 42).

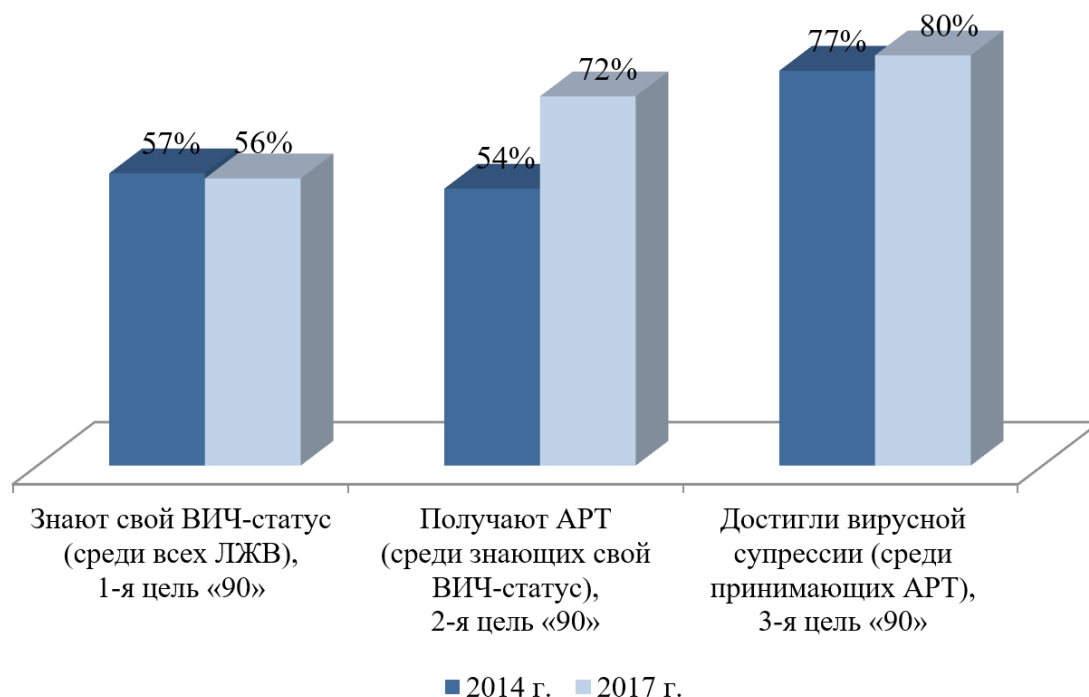


Рисунок 42. Каскад ВИЧ-услуг в соотношении с целями ЮНЭЙДС «90–90–90», Украина, 2014 и 2017 гг., %

РАЗДЕЛ 3. АНАЛИЗ ДОСТУПА И ОПРЕДЕЛЕНИЕ БАРЬЕРОВ К УСЛУГАМ НЕПРЕРЫВНОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ЛЖВ И КГН

Законодательные основы противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции/СПИДа в Украине определяются Законом Украины «О противодействии распространению болезней, обусловленных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), и правовой и социальной защите людей, которые живут с ВИЧ» (новая редакция и название утверждены в 2010 г.) [8] и Общегосударственной целевой социальной программой противодействия ВИЧ-инфекции/СПИДу на 2014–2018 годы, утвержденной в 2014 г. [9].

В 2017 г. Проект USAID «Реформа ВИЧ-услуг в действии» опубликовал результаты оценки политико-правовой среды в сфере противодействия ВИЧ-инфекции/СПИДу [7]. В исследовании рассмотрены три направления вопросов: доступ к ключевым услугам (в т.ч. таким как профилактика, тестирование, лечение и уход, социальная защита, конфиденциальность), ключевые группы населения (ЛУИН, СР, ЛГБТ,

женщины, дети и молодежь, заключенные) и обеспечение равенства и правовой защиты. Как следует из анализа, правительство Украины совместно с гражданским обществом и международными партнерами достигло значительного прогресса в формировании благоприятного правового поля в сфере ВИЧ. Однако существуют нормативные противоречия и ограничения, а также организационные барьеры, которые необходимо устранить. Ключевые шаги — эффективная реализация принятых документов, их обновление в соответствии с международными рекомендациями и учет актуальных вопросов ВИЧ-сферы в процессе реформы системы здравоохранения, которая осуществляется сейчас.

3.1. ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

По данным ЮНЭЙДС, оценочная численность КГН в Украине составляет:

- ЛУИН — 350 000 чел.;
- МСМ — 180 000 чел.;
- СР — 80 100 чел. (все данные за 2015 г.) [1].

По данным последнего раунда интегрированных биоповеденческих исследований (2017–2018 гг.), распространенность ВИЧ-инфекции среди КГН в Украине составляет: ЛУИН — 22,6%; МСМ — 7,5%; СР — 5,2% [4]. По сравнению с предыдущими исследованиями, этот показатель вырос для ЛУИН (2013 г. — 19,7%) и для ЧСЧ (2013 г. — 5,9%); распространенность ВИЧ-инфекции среди СР имеет тенденцию к снижению (2009 г. — 12,9%, 2015 г. — 7,0%, 2017 г. — 5,2%) [12].

Знают свой ВИЧ-статус:

- ЛУИН — 43,1% (Базовая оценка — 60%),
- МСМ — 39,2% (Базовая оценка — 60%),
- СР — 58,2% (Базовая оценка — 59,9%) (все данные за 2017 г.) [1].

Уровень пользования презервативами составляет среди ЛУИН — 43,9% среди МСМ — 77,7%, среди СР — 93,9% (все данные за 2017 г.) [1]. В рамках профилактических программ распространено: среди СР — 185 презервативов на человека, среди МСМ — 106 презервативов на человека, среди ЛУИН — 83,8 чистых игл/шприцев на человека [1]. Уровень безопасных инъекционных практик среди ЛУИН составил 96,6% (данные ЮНЭЙДС, 2017 г.).

Профилактическими программами, которые поддерживаются Глобальным фондом, в 2017 г., охвачено 65% от оценочного числа ЛУИН, 24% от оценочного числа МСМ (включительно с трансгендерными людьми) и 48% от оценочного числа СР. В количественном отношении охват ЛУИН и СР профилактическими программами превысил целевые показатели Национальной программы по ВИЧ-инфекции/СПИДу (завершение программы, 2018 г.): ЛУИН — 226 469 чел. при плане 154 400 чел.; СР — 38 742 чел. при плане 36 000 чел. Показатель охвата ЧСЧ профилакти-

ческими программами в 2017 г. не достиг целевого уровня (42 881 чел. при плане 49 000 чел.) [12].

Охват ЛУИН программами ЗПТ в Украине увеличивается: в 2017 г. он составлял 3,2% от оценочного числа этой КГН [1]:

- количество сайтов возросло со 170 (2014 г.) до 180 (2017 г.);
- количество ЛУИН, получающих ЗПТ, увеличилось с 8 407 чел. до 10 189 чел.;
- уровень распространенности ВИЧ среди клиентов ЗПТ в процентном отношении практически не изменился (3 485 чел., или 41,4% в 2014 г. и 4 227 чел., или 41,5% в 2017 г.), однако доля ЛЖВ-ЛУИН, которые принимали АРТ, возросла соответственно с 56,5% (1 970 чел.) до 80% (3 399 чел.) [11].

Программами ЗПТ охвачено 24,5% от числа ЛУИН, состоящих на учете в связи с расстройствами психики и поведения вследствие употребления опиоидов (41 547 чел.); целевой показатель на 2018 г. (завершение Национальной программы по ВИЧ/СПИДу) — 35% от числа состоящих на учете [12].

Возможности расширения программ ЗПТ на базе центров СПИДа и наркологических диспансеров практически исчерпаны. Дальнейшее расширение ЗПТ может быть осуществлено путем вовлечения центров первичной медико-санитарной помощи и семейных врачей к предоставлению услуг ЗПТ, что также будет способствовать преодолению географических барьеров в получении ЗПТ. По состоянию на начало 2018 г. только 370 чел. (3,6% от общего количества пациентов на ЗПТ) получали лечение на базе центров ПМСП и поликлиник.

Еще одно направление расширения услуг ЗПТ — внедрение рецептурной формы выдачи, создание стационаров на дому и выдача препаратов ЗПТ для самостоятельного приема в амбулаторных условиях. В 2017 г. препараты ЗПТ по рецепту получал 1 161 пациент (в т.ч. 667 за свой счет), 2 164 чел. — для приема в амбулаторных условиях и 354 чел. — для стационара на дому. В общей сложности, 36,1% пациентов получают препараты для самостоятельного приема с дальнейшим контролем его целевого использования [12].

3.2. КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ И ТЕСТИРОВАНИЕ НА ВИЧ

Законом Украины «О противодействии распространению болезней, обусловленных вирусом иммунодефицита (ВИЧ), и правовой и социальной защите людей, живущих с ВИЧ» [8] гарантировано бесплатное и добровольное тестирование на ВИЧ для всех граждан Украины, иностранцев и лиц без гражданства, которые на законных основаниях постоянно или временно находятся на территории Украины. Услуги тестирования на ВИЧ (УТВ) детям в возрасте до 14 лет предоставляются по просьбе их родителей или законных представителей.

В Украине утверждена нормативно-правовая база по алгоритмам тестирования на ВИЧ и контролю качества лабораторных исследований по диагностике ВИЧ-ин-

фекции. Скрининговые и верификационные лабораторные исследования на наличие ВИЧ-инфекции в медицинских учреждениях проводятся с помощью быстрых тестов (за исключением беременных и детей) или ИФА. При постановке на учет и установлении окончательного диагноза ВИЧ-инфекции проводят идентификационное лабораторное исследование методами ИФА и иммуноблота (для беременных и детей). Обследование на ВИЧ в НПО относится к сортировочному тестированию.

Основными подходами к УТВ в Украине остаются: 1) УТВ по инициативе медицинского работника с фокусом на тестирование пациентов с ВИЧ-индикаторными заболеваниями и рискованным в отношении ВИЧ поведением; 2) УТВ по инициативе клиента; 3) обязательное тестирование доноров крови (ее компонентов), органов, тканей и других биологических материалов человека.

В Украине разработаны и успешно работают различные модели предоставления УТВ на базе медицинских учреждений, мобильных амбулаторий, с привлечением сообществ, неправительственных организаций. Имеется успешный опыт пилотных проектов по расширению обследования на ВИЧ для представителей КГН — модели ассистированного самотестирования, оптимизированного нахождения случаев.

Ежегодно более 2 млн. человек проходят тестирование на ВИЧ. В 2014–2017 гг. количество и процент выявленных случаев ВИЧ-инфекции имели тенденцию к снижению, тогда как показатель количества тестирований в 2017 г. увеличился по сравнению с 2016 г. [12, 13].

Показатель	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.
Обследовано, чел.	2 608 063	2 344 741	2 343 383	2 394 364
Выявлено ВИЧ+, чел.	27 236	23 193	23 174	23 027
% выявленных от числа обследованных	1,04%	0,99%	0,99%	0,96%

В течение 2013–2017 гг. роль быстрых тестов возрастала:

— увеличивалось число обследованных на ВИЧ с помощью БТ (с 17 155 до 69 212 чел.), и их доля от общего количества лиц, обследованных на ВИЧ (с 5,2% до 21,9%);

— возросло количество выявленных ВИЧ-позитивных лиц (с 425 до 1 784 чел.) и их доля от общего количества выявленных ЛЖВ (с 5,8% до 27,3%) [12].

В 2017 г. тестирование КГН проводилось быстрыми тестами в большинстве случаев, в 2014 г. оно преобладало среди ЛУИН и МСМ [12, 13].

КГН	% охвата быстрыми тестами от общего количества протестированных по этому коду СЭМ		Количество ВИЧ-положительных лиц, выявленных с помощью БТ по этому коду		% ЛЖВ, выявленных быстрыми тестами по этому коду СЭМ, от общего числа ЛЖВ, выявленных по этому коду	
	2014 г.	2017 г.	2014 г.	2017 г.	2014 г.	2017 г.
ЛУИН (код 102)	65,3%	91,6%	712	1 157	25,7%	46,9%
МСМ (коды 101.2+103)	87,5%*	98,9%	30*	408	11,3%*	80,3%
СР (код 105)	23,6%	54,0%	194	666	11,6%	43,4%

* Данные за 2014 г. приведены по коду 103 (без кода 101.2).

По данным биоповеденческих исследований 2017–2018 гг., 43% ЛУИН, 58% СР и 39% МСМ сообщили, что делали тест на ВИЧ в течение последних 12 месяцев и знают свой ВИЧ-статус.

Приказом Министерства здравоохранения Украины от 19.03.2018 № 504 определен перечень услуг первичной медицинской помощи, благодаря которому пациенты будут иметь одинаковый стандарт обслуживания и услуг. На уровне первичной медико-санитарной помощи в пакет услуг входит обследование на ВИЧ, вирусные гепатиты с помощью быстрых тестов. Это значит, что в рамках реформирования системы здравоохранения потребность в УТВ с помощью быстрых тестов на уровне первичного звена медицины значительно возрастет.

Другое актуальное направление и преодоления географических и организационных барьеров в организации тестирования — нормативное урегулирование тестирования на ВИЧ быстрыми тестами, проводимое лицами без медицинского образования и организациями, которые сейчас не могут иметь лицензии на медицинскую практику (общественные организации, учреждения социального обслуживания).

3.3. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ

В Украине охват диспансеризацией ВИЧ-положительных лиц, выявленных по данным лабораторных исследований, постепенно растет: в 2014 г. он составил 70,8%, в 2017 г. — 78,9% [12, 13].

По состоянию на 01.01.2018 г. на учете в учреждениях здравоохранения состоял 141 371 ВИЧ-положительный гражданин Украины (333,3 на 100 тыс. населения), в т.ч. 43 816 больных СПИДом (показатель 103,3 на 100 тыс. населения).

Почти 60% всех ЛЖВ, которые официально состоят на учете (83 908 чел.), проживают в пяти регионах Украины: Днепропетровской, Донецкой, Николаевской, Одесской областях и г. Киеве [12].

В течение последних трех лет более половины ВИЧ-положительных лиц среди всех

впервые зарегистрированных случаев имели III–IV клинические стадии ВИЧ-инфекции, что свидетельствует о серьезности проблемы позднего выявления и позднего начала лечения.

В 2017 г. охват обследованием на CD4 впервые зарегистрированных лиц в возрасте 15 лет и старше составил 87,4% (13 859 чел.), из них 58,0% (8 040 чел.) имели уровень CD4 <350 кл./мкл, показатель CD4 <200 кл./мкл — 36,8% (5 099 чел.). В 2014 г. аналогичным обследованием были охвачены 92,3% (14 453 чел.), из них 49,7% имели уровень CD4 <350 кл./мкл, показатель CD4 <200 кл./мкл — 27,7% [13].

В 2016 г. большинство стран Европейского региона ВОЗ сообщили о серьезных пробелах в охвате услугами по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции среди мигрантов, не имеющих документов, в т.ч. в Украине [7]. Военные действия на Востоке страны, оккупация части территории прогнозируемо усложняют получение ВИЧ-сервисных услуг людьми, проживающими на этих территориях, а также внутренне перемещенными лицами (более чем 1,5 млн. чел.) [6, 13].

3.4. АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ

В марте 2017 г. Украина приняла цели ЮНЭЙДС Fast-Track. Города Киев и Одесса (единственные в регионе ВЕЦА) подписали (соответственно в 2016 и 2017 гг.) Парижскую декларацию 2014 г. «Инициатива для ускорения действий в больших городах: покончить с эпидемией СПИДа». Подписанием декларации власти городов взяли на себя обязательство предоставить АРТ бесплатно всем ЛЖВ в государственных медицинских учреждениях. Расширение охвата АРВ-лечением может быть осуществлено за счет увеличения государственного финансирования, с помощью совместного финансирования вместе с PEPFAR, Глобальным фондом и неправительственными партнерами, а также путем реформы здравоохранения и децентрализации услуг АРТ [14]. В частности, в 2017 г. 1 300 пациентов — жителей г. Киева будут обеспечены АРТ в рамках партнерства с фондом АнтиСПИД [15].

Благодаря успешным адвокационным мерам, осуществленным БО «Всеукраинская сеть ЛЖВ», и поддержке международных организаций в Украине удалось достичь радикального снижения цен на ключевые антиретровирусные препараты, сэкономить 4,5 млн. долларов США и сделать доступной для страны закупку долутегравира по низкой цене [12].

В Украине АРТ предоставляется согласно клиническим протоколам, пересмотренным в 2015–2017 гг. в соответствии с международными стандартами, что обеспечивает доступ к лечению всех ВИЧ-положительных взрослых и детей и раннее начало АРТ.

Услуги по лечению для ЛЖВ децентрализованы и предоставляют 330 учреждений здравоохранения: два учреждения национального уровня (Национальная детская специализированная больница «ОХМАТДИТ» и Институт эпидемиологии и инфекционных заболеваний Национальной академии медицинских наук), 25 областных и 12 городских центров СПИДа, 259 сайтов АРТ на базе центральных районных

и городских больниц, поликлиник, территориальных медицинских объединений, центров первичной медико-санитарной помощи; 23 сайта АРТ на базе противотуберкулезных учреждений и 9 сайтов АРТ на базе дерматовенерологических, нарколологических и психоневрологических диспансеров. По сравнению с 2016 г., количество сайтов АРТ увеличилось на 49 [12], по сравнению с 2014 г. — на 114 [13]. В рамках децентрализации на сайты АРТ переданы 52 615 пациентов (59,6% от общего количества ЛЖВ на АРТ).

По состоянию на 01.01.2018 88 270 пациентов получали АРТ, из них 42 150 чел. лечились за средства государственного бюджета, 22 051 чел. — за средства ГФ, 21 514 — за средства PEPFAR. В 2014 г. на АРТ были 66 409 чел., лечение финансировалось из государственного бюджета, Глобального фонда и средств АНФ [13].

Удержание на АРТ для ЛЖВ, которые начали АРТ 12 месяцев назад, в 2017 г. составляло 87,67% (в 2014 г. — 85,4%), для начавших АРТ 24 месяца назад — 78,99% (в 2014 г. — 79,7%), для начавших АРТ 60 месяцев назад — 69,18% (в 2014 г. — 72,1%) [12, 13].

В 2017 г. диагностировано 9 308 случаев СПИДа (2014 г. — 9 844 случая), показатель заболеваемости СПИДом составил 21,9 на 100 тыс. населения. (2014 г. — 22,9). Среди впервые зарегистрированных больных СПИДом в 2017, как и в предыдущие годы, преобладали мужчины (60,3%), доля женщин составляла 39,7%, удельный вес жителей города составил 78%, жителей села — 22% (15,9). Среди больных СПИДом в возрасте 15 лет и старше доля ЛУИН снижается: 2014 г. — 39,2%, 2017 г. — 34,0%.

Туберкулез остается наиболее распространенным СПИД-индикаторным заболеванием в Украине. В 2017 г. количество новых больных с коинфекцией ТБ/ВИЧ составило 4 703 чел. (50,5% от общего количества новых случаев СПИДа) против 4 849 случаев (49,3%) в 2014 г.

Среди 43 816 больных СПИДом коинфекция ТБ/ВИЧ диагностирована у 11 160 чел. или 25,6%; в 2014 г. среди 33 279 больных СПИДом туберкулез обнаружен у 14 688 чел. (44,1%).

Тенденции количества смертей от СПИДа повторяют тенденции количества заболеваний СПИДом и в основном зависят от охвата медицинскими услугами, связанными с ВИЧ-инфекцией, прежде всего АРТ, степени приверженности этим услугам и наличия качественного социального сопровождения.

В 2017 г. умерло от СПИДа 3 298 больных против 3 426 в 2014 г.; уровень смертности от СПИДа составил 7,7 на 100 тыс. населения (2014 г. — 8,0 на 100 тыс. населения).

В структуре причин смерти ВИЧ-положительных людей в 2017 значительных изменений не произошло по сравнению с данными предыдущих лет. Среди 5 500 ВИЧ-положительных лиц, которые были сняты с учета в течение года в связи со смертью, 61,2% летальных случаев (3 364 умерших) были непосредственно связаны с ВИЧ-инфекцией, из них 98,1% (3 298 чел.) умерли от СПИДа. В 2014 г. эти показатели были выше: из 5 893 умерших ЛЖВ у 3 742 чел. причины смерти были непосредственно связаны с ВИЧ-инфекцией [13.]

В 2017 доля ЛУИН среди общего количества ВИЧ-положительных умерших составила 36,7% против 45,7% в 2014 г. [12, 13].

В течение 2017 г. ВИЧ-инфицированным пациентам проведено 53 075 курсов профилактики и 46 678 курсов лечения оппортунистических инфекций. Начали лечение туберкулеза 6 600 чел. с ВИЧ-положительным статусом, из них 4945 человек получали АРТ. Профилактическое лечение изониазидом начали 37 922 пациентов (из них 27 241 чел. на АРТ), завершили лечение 21 232 (55,9%) пациента.

В 2017 г. зарегистрировано 30 978 чел. с коинфекцией ВИЧ/ВГС, из них 5 596 пациентов с активным гепатитом С, нуждающихся в лечении, 1 693 чел. с активным гепатитом С получают и/или получили лечение гепатита С по разным бюджетам финансирования. Количество лиц, инфицированных вирусом гепатита В, составляет 4 480 чел.; нуждаются в лечении 383 чел.; получают TDF-схемы лечения 3 204 пациента с коинфекцией ВИЧ/ВГВ. Вакцинированы против гепатита В 379 чел. [12].

РАЗДЕЛ 4. КЛЮЧЕВЫЕ БАРЬЕРЫ ДОСТУПА К УСЛУГАМ В СВЯЗИ С ВИЧ

- Криминализация ЛУИН и СР.
- Низкая мотивация КГН и населения к получению УТВ.
- Неэффективная система перенаправления и связь с услугами профилактики и лечения ВИЧ-положительных людей.
- Недостаточный уровень знаний и настороженности медицинского персонала учреждений всех уровней медицинской помощи по ВИЧ-инфекции и, как следствие, выявление ВИЧ-инфекции в поздних клинических стадиях.
- Недостаточный охват услугами заместительной поддерживающей терапии.
- Низкая приверженность лечению среди КГН и недостаточный уровень ответственного отношения ЛЖВ к собственному здоровью.
- Недостаточно развитая инфраструктура по предоставлению социальных услуг для КГН, особенно на местном уровне.
- Стигма и случаи дискриминации со стороны медицинского персонала по отношению к представителям КГН и ЛЖВ.
- Высокий уровень внутренней стигмы и дискриминации ЛЖВ, в т.ч. ВИЧ-положительных лиц из числа КГН.
- Недостаточно развитая сеть ВИЧ-сервиса для МСМ, отсутствие эффективных и целенаправленных специфических профилактических интервенций среди трансгендеров, что приводит к увеличению эпидемической значимости этих КГН.
- Недостаточный учет гендерно-чувствительных подходов при планировании, оценке и предоставлении услуг, связанных с ВИЧ.

- Ограниченные государственные ресурсы, выделяемые на профилактические программы, зависимость услуг для КГН от донорского финансирования.
- Недостаточная координация предоставления ВИЧ-сервиса государственными и неправительственными организациями.

ИСТОЧНИКИ

1. Country factsheets. Ukraine 2017. URL: <http://aidsinfo.unaids.org>.
2. Get on the Fast-Track. The life-cycle approach to HIV. URL: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Get-on-the-Fast-Track_en.pdf.
3. Данные системы отчетности GAM. URL: <https://aidsreportingtool.unaids.org>.
4. Основні результати біоповедінкових досліджень серед ключових груп (2018). URL: http://aph.org.ua/wp-content/uploads/2018/07/OSNOVNI-REZULTATY_A4_10.07.2018_Cajt.pdf.
5. Оперативная информация Центра общественного здоровья (неопубликованные данные).
6. ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень. № 47 / ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України», ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського Національної академії медичних наук України». Київ, 2017. 192 с.
7. Дублинская декларация о партнерстве в борьбе с ВИЧ/СПИДом, 2017.
8. Оцінка політико-правового середовища у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні / Проект USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії». Київ, 2017. URL: http://www.hivreforminaction.org/wp-content/uploads/2017/08/0807_HIV-Legal-Assessment-2017_UA1.pdf.
9. Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» (в редакції від 23.12.2010 № 2861-VI). URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1972-12>.
10. Закон України від 20.10.2014 № 1708-VII «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки». URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1708-18>.
11. Інформація щодо кількісних та якісних неперсоніфікованих характеристик пацієнтів ЗПТ станом на 01.01.2015; станом на 01.01.2018. URL: https://phc.org.ua/pages/diseases/opioid_addiction/stat-docs.
12. ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень. № 49 / ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України», ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського Національної академії медичних наук України».

наук України». Київ, 2018. 120 с. URL: <https://phc.org.ua/uploads/documents/c21991/40fc8f955d5286e602e5ce1e8fac0fe2.pdf>.

13. ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень. № 43 / ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я», ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського Національної академії медичних наук України». Київ, 2015. 112 с. URL: <https://phc.org.ua/uploads/documents/c21991/2b413308855aa209c676da62a8f562e9.pdf>.

14. Odessa signs Paris Declaration on Fast-Track cities. URL: http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2017/march/20170320_odessa.

15. More people living with HIV in Kyiv accessing antiretroviral therapy. URL: http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2017/july/20170713_kyiv.

ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Ключевой тенденцией развития эпидемии в регионе ВЕЦА является изменение доминирующих путей передачи ВИЧ: место парентерального пути в большинстве стран уже занял половой. Соответственно, наблюдается тенденция к выходу ВИЧ-инфекции за пределы КГН и более активному её распространению среди общего населения. Активное внедрение программ снижения вреда в большинстве стран привело к сокращению количества новых случаев ВИЧ-инфицирования среди ЛУИН.

Сравнение результатов базовой (2016 г.) и финальной (2018 г.) оценок свидетельствует о наличии в большинстве стран позитивной динамики по отдельным составляющим каскада или по всему каскаду в целом, снятии/ослаблении тех или иных барьеров в доступе к услугам. В частности, во многих странах были внесены изменения в протоколы лечения ВИЧ-инфекции, согласно которым было снято ограничение относительно назначения АРТ только при достижении пациентами определенного уровня клеток CD4. В соответствии с новыми нормами, пациентам предлагают начать прием АРТ непосредственно после постановки диагноза, что соответствует стратегии ВОЗ «Тестируй и лечи». Вследствие указанных изменений уровни охвата АРТ ВИЧ-позитивных пациентов значительно выросли (в ряде стран — в 2 и более раз).

Постепенно расширяется доступность тестирования, в том числе быстрыми тестами. Во многих странах постепенно расширяются программы ОЗТ, снимаются ограничения в доступе к тем или иным услугам из каскада для представителей КГН (например, мигрантов), улучшается качество АРТ, применяются новые, более современные препараты и т.п.

Однако остаются и определенные проблемы. В частности, во всех странах остаются этапы каскада, показатели по которым пока еще далеки от 90%, а недостаточный охват на одном из этапов каскада влечет за собой снижение по всем последующим этапам.

Во многих странах, получавших ранее значительную поддержку от международных доноров (в частности, от Глобального фонда), идет процесс постепенного перехода к государственному финансированию борьбы с эпидемией. На практике в некоторых случаях это приводит к уменьшению финансирования (особенно профилактических программ) либо к нерациональному использованию ресурсов.

В целом можно констатировать, что объективные барьеры в доступе к ВИЧ-услугам постепенно (хотя иногда достаточно медленно) снижаются. Однако остается

очень большой пласт субъективных факторов (таких как мифы, стереотипы, страхи, отсутствие объективной информации), которые препятствуют пациентам в доступе к ВИЧ-услугам. Результаты исследования не позволяют говорить о наличии позитивной динамики в этой сфере, что свидетельствует о недостаточном качестве информирования и консультирования пациентов на каждом из этапов каскада ВИЧ-услуг разными вовлеченными сторонами (медработниками, сотрудниками НПО и т.п.).

В большинстве стран представители КГН более ограничены в доступе к каскаду ВИЧ-услуг, чем ЛЖВ, которые не принадлежат к таким группам. Однако далеко не всегда это обусловлено объективными ограничениями: во многих случаях срываются субъективные факторы, например, более высокий уровень самостигматизации, менее ответственное отношение к своему здоровью и нежелание прилагать усилия для того, чтобы о нем заботиться, характерные для представителей КГН, и т.п.

ОБЩИЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЛЯ АДВОКАЦИИ В СТРАНАХ ВЕЦА

Основываясь на результатах сравнительного анализа, предлагаются такие направления для адвокации на региональном уровне:

1. Объединить усилия всех заинтересованных сторон с целью пересмотра подходов к проведению тестирования на ВИЧ для упрощения алгоритма тестирования, широкого использования быстрых тестов как на этапе скрининга, так и на этапе подтверждающих исследований, чтобы сократить сроки получения окончательного результата и минимизировать потери пациентов на этапе тестирования.
2. Пересмотреть подходы к организации и реализации стратегий снижения вреда с акцентом на сопровождение пациента на всех этапах диагностики и лечения, расширение доступа к ОЗТ для ЛЖВ/ЛУИН, получающих АРТ, как к методу формирования приверженности к лечению и удержания пациентов на лечении.
3. Повысить качество консультирования пациентов как медработниками, так и сотрудниками НПО на всех этапах каскада ВИЧ-услуг (во время тестирования, постановки на диспансерный учет, назначения АРТ и т.п.) для борьбы с распространенными среди пациентов мифами, страхами, предубеждениями; развивать институт консультирования «равный–равному», более широко внедрять мотивационное консультирование.
4. Путем тесного сотрудничества международных и национальных организаций пересмотреть подходы к организации социального сопровождения пациентов на всех этапах получения услуг с целью создания устойчивой системы переадресации пациентов, которая позволит исключить потери «сложных» пациентов.
5. Адвокатировать формирование адекватной ценовой политики на АРВ-препараты и диагностикумы в регионе с целью обеспечения универсального доступа к лечению.
6. Объединить усилия всех организаций, работающих в странах и регионе, для достижения целей «90–90–90».
7. Усовершенствовать на страновых уровнях процедуру государственного социального заказа для финансирования программ противодействия эпидемии ВИЧ, сделав ее более доступной для НПО, работающими с ключевыми группами.

