



**Международная благотворительная
организация
«Восточноевропейское и
Центральноазиатское объединение людей,
живущих с ВИЧ»**

Касянчук М. Г., Недужко А. А., Мойсеева Н. Н.

**Обзор барьеров,
препятствующих доступу
к услугам
в связи с ВИЧ-инфекцией
для ЛЖВ, ЛУИН, СР и MSM**

Отчет о результатах исследования

Киев. 2016

Касянчук М. Г., Недужко А. А., Мойсеева Н. Н.

Обзор барьеров, препятствующих доступу к услугам в связи с ВИЧ-инфекцией для ЛЖВ, ЛУИН, СР и МСМ. – Киев, 2016

Отчет подготовлен в рамках регионального проекта “Партнерство ради равного доступа к услугам в связи с ВИЧ - инфекцией”, который реализуется МБО “Восточноевропейское и Центральноазиатское объединение людей живущих с ВИЧ” при финансовой поддержке Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулёзом и малярией.

**Указанные в документе убеждения являются убеждениями авторов и не представляют собой убеждений или взглядов Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулёзом и малярией, кроме того, не имеет место какое-либо, прямое или подразумеваемое, одобрение или санкционирование данных материалов Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулёзом и малярией*

Выражения признательности

МБО «Восточноевропейское и Центральноазиатское объединение людей живущих с ВИЧ» выражает благодарность за помощь и участие в подготовке отчета: ОО «Украинский институт социальных исследований имени Александра Яременко», дочернему предприятию Института социологии НАН Украины «Центр социальных экспертиз», Европейской коалиции по борьбе с туберкулезом, Евразийской сети людей, употребляющих наркотики (ЕСЛУН), Сети организаций по защите прав работников сферы сексуальных услуг (SWAN), Евразийской коалиции по мужскому здоровью (ЕСОМ), Евразийской женской сети по СПИДу (ЕЖСС), ВОЗ, ЮНЭЙДС, Институту Кирби по вопросам инфекции и иммунитета в обществе.

Оглавление

Выражения признательности.....	3
Оглавление.....	4
Аббревиатуры.....	6
Вступление	8
Краткое изложение результатов исследования.....	10
Направления для адвокации на региональном уровне.....	12
Методология обзора барьеров	14
Глава 1. Обзор барьеров доступа к услугам лечения ВИЧ в Азербайджане, Беларуси, Казахстане, Кыргызстане, Российской Федерации, Эстонии, Узбекистане.	20
Азербайджанская Республика	20
Раздел 1. Эпидемиологическая ситуация в Азербайджанской Республике.....	20
Раздел 2. Анализ каскада лечения ВИЧ–инфекции.....	23
Раздел 3. Анализ доступа к услугам непрерывной помощи для ЛЖВ и КГН, определение барьеров к услугам	25
Раздел 4. Рекомендуемые направления адвокационной деятельности	33
Республика Беларусь	35
Раздел 1. Эпидемиологическая ситуация в Республике Беларусь	35
Раздел 2. Анализ каскада лечения ВИЧ–инфекции.....	37
Раздел 3. Анализ доступа к услугам непрерывной помощи для ЛЖВ и КГН, определение барьеров к услугам	38
Раздел 4. Рекомендуемые направления адвокационной деятельности	47
Республика Казахстан	49
Раздел 1. Эпидемиологическая ситуация в Республике Казахстан	49
Раздел 2. Анализ каскада лечения ВИЧ–инфекции.....	50
Раздел 3. Анализ доступа к услугам непрерывной помощи для ЛЖВ и КГН, определение барьеров к услугам	52
Раздел 4. Рекомендуемые направления адвокационной деятельности	57
Кыргызская Республика	59
Раздел 1. Эпидемиологическая ситуация в Кыргызской Республике	59
Раздел 2. Анализ каскада лечения ВИЧ–инфекции.....	62

Раздел 3. Анализ доступа к услугам непрерывной помощи для ЛЖВ и ключевых групп населения и определение барьеров к услугам	62
Раздел 4. Рекомендуемые направления адвокационной деятельности	71
Российская Федерация	73
Раздел 1. Эпидемиологическая ситуация в Российской Федерации	73
Раздел 2. Анализ каскада лечения ВИЧ–инфекции.....	76
Раздел 3. Анализ доступа к услугам непрерывной помощи для ЛЖВ и КГН, определение барьеров к услугам	77
Раздел 4. Рекомендуемые направления адвокационной деятельности	84
Республика Узбекистан	86
Раздел 1. Эпидемиологическая ситуация в Республике Узбекистан.....	86
Раздел 2. Анализ каскада лечения ВИЧ–инфекции.....	88
Раздел 3. Анализ доступа к услугам непрерывной помощи для ЛЖВ и КГН, определение барьеров к услугам	89
Раздел 4. Рекомендуемые направления деятельности.....	95
Эстонская Республика	96
Раздел 1. Эпидемиологическая ситуация в Эстонской Республике	96
Раздел 2. Анализ каскада лечения ВИЧ–инфекции.....	97
Раздел 3. Анализ доступа к услугам непрерывной помощи для ЛЖВ и КГН, определение барьеров к услугам	98
Раздел 4. Рекомендуемые направления адвокационной деятельности	104
Глава 2. Краткий анализ доступа к услугам лечения ВИЧ – инфекции в Армении, Грузии, Латвии, Литве, Таджикистане, Украине	106
Республика Армения	106
Грузия.....	111
Латвийская Республика	115
Литовская Республика	117
Молдова	119
Польша	122
Республика Таджикистан	123
Украина.....	126
Список литературы	130

Аббревиатуры

АРВ	Антиретровирусный
АРТ	Антиретровирусная терапия
ВЕЦА	Восточная Европа и Центральная Азия
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВЦО ЛЖВ	Восточноевропейское и Центральноазиатское объединение людей, живущих с ВИЧ
Глобальный фонд	Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулёзом и малярией
ИП	Ингибитор протеаз
ИППП	Инфекции, передающиеся половым путем
КГН	Ключевые группы населения
ЛЖВ	Люди, живущие с ВИЧ
ЛУН	Люди, употребляющие наркотики
ЛУИН	Люди, употребляющие инъекционные наркотики
МСМ	Мужчины, имеющие секс с мужчинами
НИОТ	Нуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы
ННИОТ	Ненуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы
НПО	Неправительственная организация
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ПОШ	Программа обмена игл и шприцев
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
ССГАООН	Специальная Сессия Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ и СПИДу
СР	Секс работники

ЮНЭЙДС	Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу
Центр СПИД	Центр профилактики и борьбы с ВИЧ-инфекцией/СПИДом
ТБ	Туберкулез
ЛЖВ/ТБ	Люди, живущие с ВИЧ и туберкулезом
УИСИ им. А. Яременко	ОО «Украинский институт социальных исследований имени Александра Яременко»

Вступление

В регионе ВЕЦА продолжается рост числа новых случаев ВИЧ-инфекции. Ключевой тенденцией эпидемии является изменение превалирующих путей передачи ВИЧ: на смену парентеральному пути, начиная с 2011 года, в большинстве стран пришел половой путь передачи ВИЧ. За последние годы рост гетеросексуальной передачи составил 165%, рост числа новых случаев среди MSM составил 305%. Внедрение стратегий снижения вреда привело к стабилизации распространения ВИЧ – инфекции среди ЛУН/ЛУИН (1).

В большинстве стран региона ВЕЦА на основании международного опыта разработаны и внедрены стратегии консультирования и тестирования, но в ряде стран (Россия, Беларусь) охват тестированием представителей КГН недостаточен. С другой стороны, в ряде стран сохраняется норма назначения АРТ при уровне иммуносупрессии менее 350 кл/мм³ что значительно ограничивает права пациентов на доступ к лечению (2). Стоимость годового курса АРТ – терапии первого ряда в 2013 году колебалась от 3834\$ в Эстонии до 187\$ в Кыргызстане (3). В большинстве стран региона не проводились исследования, направленные на оценку охвата услугами лечения ВИЧ – инфекции ЛЖВ и представителей КГН, на оценку приверженности, причин отрывов от медицинского наблюдения и АРТ.

В части стран (Эстония, Российская Федерация) отмечается значительное число отрывов от лечения, процент пациентов, достигших вирусной супрессии, критически низок, что приводит к риску формирования резистентных штаммов ВИЧ, росту смертности.

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. МБО “Восточноевропейское и

Центральноазиатское объединение ЛЖВ” в рамках регионального проекта “Партнерство ради равного доступа к услугам в связи с ВИЧ-инфекцией” при поддержке Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулёзом и малярией в 2016 году провела Оценку барьеров, препятствующих доступу к непрерывной помощи в связи с ВИЧ-инфекцией ЛЖВ, ЛУИН, СР и МСМ с целью оказания помощи национальным НПО в разработке эффективной адвокационной стратегии.

Краткое изложение результатов исследования

Регион ВЕЦА в 2014 году занял лидирующие позиции по числу новых случаев ВИЧ. В большинстве стран превалирует гетеросексуальная передача ВИЧ, передача гетеросексуальным путем возросла на 165% (2).

Число новых случаев ВИЧ – инфекции среди MSM за последние 10 лет выросло на 305% (1).

Благодаря широкому внедрению программ снижения вреда эпидемия среди ЛУИН стабилизировалась в регионе. В ряде стран ЛУИН остаются драйверами эпидемии, например в Эстонии и Российской Федерации.

В течение последних лет страны региона достигли значительного прогресса в либерализации национального законодательства: частично отменены и смягчены нормы законодательства в отношении потребителей наркотиков и декриминализованы MSM (Армения, Азербайджан), расширен охват и снижены пороги назначения ОЗТ, пересмотрены подходы к тестированию (уменьшен список лиц, подлежащих обязательному тестированию), исключены дискриминирующие нормы в отношении ЛЖВ и отдельных КГН (отменена депортация ЛЖВ и обязательного тестирования на ВИЧ для иностранцев в Туркменистане), имеется возможность получать лечение ВИЧ в Азербайджане, Узбекистане, Эстонии и Латвии.

Одной из острых проблем остается запрет на использование ОЗТ на территории России в условиях роста потребления психотропных препаратов и роста новых случаев ВИЧ – инфекции среди ЛУИН.

В последние годы в странах региона ВЕЦА были проведены биоповеденческие исследования, направленные на оценку эффективности профилактических интервенций. Исследования, касающиеся доступа к услугам лечения ВИЧ - инфекции, не проводились. Практически все страны демонстрируют отсутствие данных доступа к услугам представителей КНГН, проведенные исследования «Индекс стигмы» демонстрируют актуальность проблемы стигматизации и дискриминации представителей КГН (MSM, РКС, ЛУИН) и ЛЖВ в целом. Безусловно, уровень стигмы выше в

отношении МСМ в странах Центральной Азии, что приводит к снижению официальных данных об обследовании МСМ.

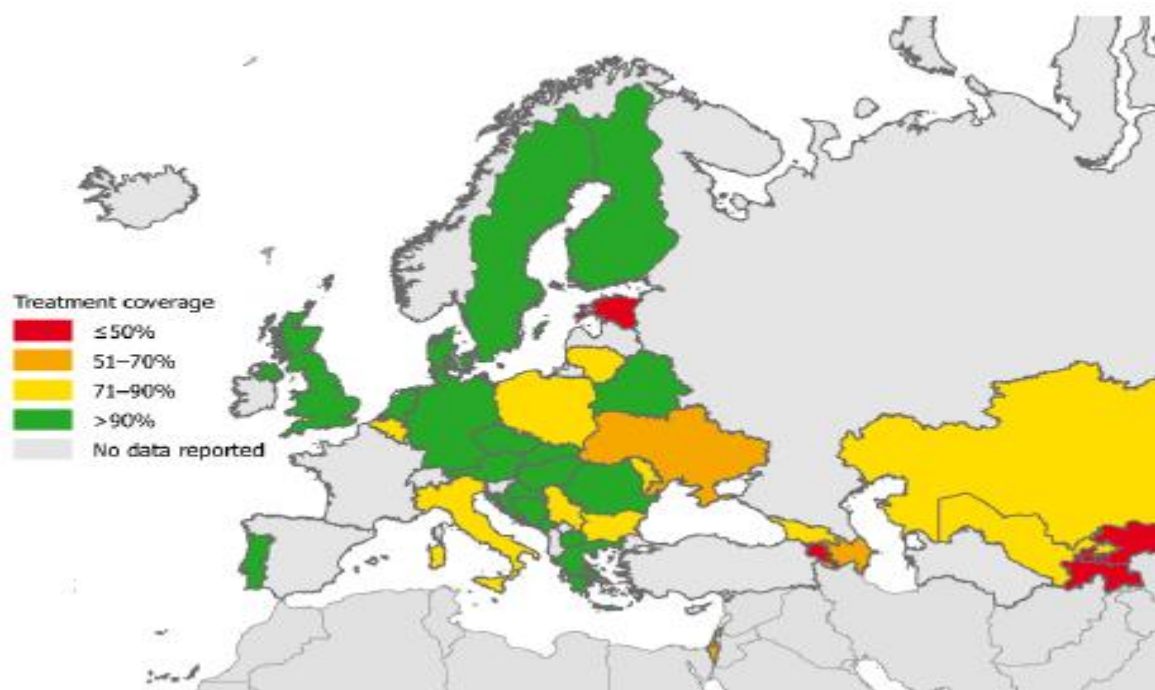


Рисунок 1 Охват лечением в странах Европейского региона ВОЗ (4).

Анализ данных проведен в 7 странах ВЕЦА (Азербайджан, Беларусь, Казахстан, Киргизстан, Российская Федерация, Узбекистан, Эстония).

Оценочная численность ЛЖВ в этой группе стран оценивается более полутора миллионами ЛЖВ, из них знают свой статус не более 55%.

Только в Казахстане и Эстонии более 88% ЛЖВ знают свой диагноз, в остальных странах этот показатель значительно ниже.

Только 40% от оценочной численности ЛЖВ охвачены медицинскими услугами в 7 странах ВЕЦА. Большинство стран регистрируют позднее включение ЛЖВ в программы ухода и лечения (60-70%) при уровне СД4<350 кл/мм3 в некоторых случаях до 40% пациентов начинают лечение на фоне тяжелой иммуносупрессии (СД4 < 200 кл/мм3).

Антиретровирусным лечением охвачено не более 16% от оценочной численности ЛЖВ.

Число отрывов от лечения в регионе колеблется от 5 - 10 % (Узбекистан) до 60% (Эстония). По нашим оценкам, вирусной супрессии достигли не более 12% ЛЖВ от оценочной численности ЛЖВ.

Направления для адвокации на региональном уровне

1. Необходимо объединение усилий 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 сопровождения пациента на всех этапах диагностики и лечения, расширение доступа к ОЗТ для ЛЖВ/ЛУИН, получающих АРТ, как метода формирования приверженности к лечению и удержания пациентов на лечении.
3. 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.
4. Занять активную позицию в отношении скорейшего пересмотра национальных руководств по лечению ВИЧ – инфекции в соответствии с рекомендациями ВОЗ по лечению ВИЧ – инфекции в редакции 2016 года и разработки национальных планов поэтапного перехода на новые критерии назначения и мониторинга АРТ.

5. Адвокатировать формирование адекватной ценовой политики на АРВ - препараты и диагностикумы в регионе с целью обеспечения универсального доступа к лечению. Объединить усилия всех организаций, работающих в странах, и в регионе, для достижения целей 90-90-90. С этой целью привлечь к диалогу и сотрудничеству всех возможных и потенциальных партнеров.

Методология обзора барьеров

Методология базируется на анализе вторичных данных: данных официальной статистики 15 стран ВЕЦА, страновых отчетов, аналитических записок, результатов биоповеденческих исследований и других релевантных документов, и дополняется результатами проведения фокус-групп и глубинных интервью в 7 странах.

Протокол обзора барьеров, препятствующих доступу к непрерывной помощи в связи с ВИЧ-инфекцией, был подготовлен специалистами Украинского Института социальных исследований им. А. Яременко по заказу МБО “Восточноевропейское и Центральноеазиатское объединение 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 в 2016 году.

Задача исследователей состояла в проведении сбора и оценки существующих данных: официальной статистики, данных биоповеденческих исследований, проведенных в 7 странах региона (Азербайджана, Беларуси, Казахстана, Кыргызстана, Российской Федерации, Узбекистана, Эстонии), национальных протоколов лечения ВИЧ – инфекции, и др., с целью определения системных барьеров в регионе ВЕЦА, препятствующих доступу к непрерывной помощи в связи с ВИЧ-инфекцией, для всех ЛЖВ, ЛЖВ/ТБ и отдельных КГН (ЛУИН, СР, МСМ). Сбор данных по дополнительным 8 странам (Армении, Грузии, Латвии, Литве, Молдове, Таджикистану и Украине) был ограничен анализом основных официальных страновых отчетов, построением каскадов лечения и определением ключевых барьеров (при наличии доступной информации).

Был осуществлен сравнительный анализ основных тенденций эпидемии на основании данных рутинной статистики, эпидемиологического надзора и специальных исследований и подготовлен детальный анализ барьеров на национальном уровне, описаны национальные каскады лечения, подготовлены направления для адвокационной деятельности на

национальном уровне по их преодолению для Азербайджана, Беларуси, Казахстана, Кыргызстана, России, Узбекистана и Эстонии, для неприоритетных для реализации проекта 8 стран были построены каскады лечения и определены ключевые барьеры.

Цель обзора:

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

Задачи обзора

1. Осуществить анализ барьеров, с которыми сталкиваются ЛЖВ, ЛЖВ/ТБ и отдельные КГН (ЛУИН, СР, МСМ) на этапах непрерывной помощи в связи с ВИЧ - инфекцией в 7 странах региона ВЕЦА: Азербайджан, Беларусь, Казахстан, Кыргызстан, Российская Федерация, Узбекистан и Эстония.
2. Разработать направления адвокационной деятельности, направленной на преодоление барьеров на уровне региона ВЕЦА и национальных уровнях для каждой из 7 стран: Азербайджан, Беларусь, Казахстан, Кыргызстан, Российская Федерация, Узбекистан и Эстония.
3. Определить ключевые барьеры и построить каскады лечения для неприоритетных 8 стран.

Целевые группы обзора:

- Люди, живущие с ВИЧ
- Люди, живущие с ко- инфекцией ВИЧ/ТБ
- Ключевые группы населения (КГН):

- люди, употребляющие инъекционные наркотики (ЛУИН)
- секс - работники (СР)
- мужчины, имеющие секс с мужчинами (МСМ)

География обзора:

1. 7 стран: Азербайджан, Беларусь, Казахстан, Кыргызстан, Российская Федерация, Узбекистан и Эстония.
2. 8 стран : Армения, Грузия, Латвия, Литва, Молдова, Таджикистан, Украина.

Общий алгоритм сбора данных

Общий поход характеризовался комплексностью, базировался на использовании официальных источников информации, проведении вторичного анализа доступной информации.

1. Анализ документов

Проанализированы доступные источники, которые включают в себя документы, касающиеся национальной политики и программ; эпидемиологические данные; экспертные оценки, опубликованные в 2014–2015 годы. В случае отсутствия данных за указанный период, были использованы более ранние, но не ранее 2012 года.

2. Обсуждение с экспертной группой

С целью получения дополнительной информации и рекомендаций первая версия обзора была рассмотрена экспертной группой, в которую вошли представители:

Европейской коалиции по борьбе с туберкулезом, Евразийской сети людей, употребляющих наркотики (ЕСЛУН), Сети организаций по защите прав работников сферы сексуальных услуг (SWAN), Евразийской коалиции по мужскому здоровью (ЕСОМ),

Евразийской женской сети по СПИДу (ЕЖСС), ВОЗ, ЮНЭЙДС, Института Кирби по вопросам инфекции и иммунитета в обществе.

4. Интервью в фокус - группах с представителями ключевых групп населения

На основании результатов проведенного кабинетного исследования и анализа полученных данных определен предварительный состав фокус-групп – представительство КГН в фокус – группах (Табл. 1).

Таблица 1 Состав фокус - групп по странам

Участники фокус – группы	Азербайджан	Беларусь	Казахстан	Кыргызстан	Россия	Узбекистан	Эстония
ЛЖВ АРТ-	10	11	11	12	10	9	8
ЛУИН	5	7	7	6	5	6	6
СР	2	2	4	3	2	4	
подростки	1	1		1	1		1
ЛЖВ			1				1
МСМ	1	2	3	2	3		
ЛЖВ/ТБ	1	1	2	5	1	2	
Мигранты						4	
ЛЖВ АРТ+	11	11	12	12	11	9	10
ЛУИН	7	7	7	7	5	4	7
СР	2	2	4	2	2	3	
Подростки	1		2	2	1	1	
ЛЖВ/ТБ		5	3	3	1	1	
МСМ	1	2	2	1	3		2
ЛЖВ							1
Мигранты					2		
Сервис провайдеры	10	10	11	12	10	7	9
ГО	4	4	9	6	3	3	4
НПО	6	6	2	6	7	4	5
Глубинные интервью	5	6	5	6	5	7	5
Женщины	1	1	1	1	1	1	1
Подростки	1	1	1	1	1	1	1
ЛУИН	1	2	1	2	1	2	2

МСМ	1	1	1	1	1	1	1
СР	1	1	1	1	1	1	
Мигранты						1	

Для проведения фокус – групп было разработано руководство, в котором были учтены особенности стран и особенности целевых групп. ВЦО ЛЖВ провел отбор модераторов для проведения фокус - групп в 7 странах региона ВЕЦА. С целью подготовки модераторов, была проведена серия онлайн инструктажей, во время которых были освещены основные правила проведения ФГ-дискуссий, цели и задачи исследования, особенности исследования определенных целевых групп, инструментарий дискуссии и правила постановки вопросов, метод подготовки отчета по результатам полевого этапа исследования. Модераторы были ознакомлены с этическими принципами и организационными условиями проведения исследования.

Во время проведения ФГ в 7 странах оказывалась методическая поддержка в режиме он-лайн.

В каждой из стран были проведены по 3 фокус - группы, в которые вошли представителей сообществ, а так же глубинные интервью с представителями государственных структур, специалисты Центров СПИДа.

Подготовка отчета

После завершения анализа документов и проведения фокус - групповых дискуссий с представителями ключевых групп населения, вся собранная информация была проанализирована, определены ключевые барьеры, сформулированы рекомендации для проведения адвокационных кампаний. Результаты анализа по странам представлены в едином формате.

Результаты кабинетного исследования были представлены представителям пяти региональных организаций сообществ для обсуждения первой версии отчета (Европейская коалиция по борьбе с туберкулезом, Евразийская сеть людей, употребляющих наркотики (ЕСЛУН), Сеть организаций по защите прав работников сферы сексуальных услуг (SWAN), Евразийская коалиция

по мужскому здоровью (ЕСОМ), Евразийская женская сеть по СПИДу (ЕЖСС).

Глава 1. Обзор барьеров доступа к услугам лечения ВИЧ в Азербайджане, Беларуси, Казахстане, Кыргызстане, Российской Федерации, Эстонии, Узбекистане.

Азербайджанская Республика

Раздел 1. Эпидемиологическая ситуация в Азербайджанской Республике

В Азербайджанской Республике эпидемия ВИЧ – инфекции находится в концентрированной стадии, с преимущественным вовлечением ЛУИН.

С целью повышения эффективности мероприятий по предотвращению эпидемии в Азербайджане рабочей группой СКК, при поддержке UNAIDS, разработан новый «Национальный Стратегический План мероприятий по борьбе с распространением эпидемии ВИЧ/СПИДа на 2014– 2018 годы». (74) Действующий с 2004 года Страновой Координационный Комитет (СКК) по борьбе с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией, координирует и объединяет усилия государственных, международных и неправительственных организаций, в том числе - организаций ЛЖВ, направленные на противодействие распространению ВИЧ–инфекции в стране. СКК, регулярно, не менее одного раз в квартал, проводил заседания, где заслушивались вопросы по статусу выполнения документов в области противодействия ВИЧ. Деятельность СКК позволила обеспечить эффективную реализацию I фазы проекта и «Усиление ответных мер по предотвращению эпидемии СПИДа путем укрепления национального потенциала и расширения профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа среди групп повышенного риска населения при участии гражданского общества», финансируемого Глобальным Фондом по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией (6). Вырос объем государственного финансирования деятельности, направленной на преодоление эпидемии. Политическая поддержка и увеличение финансирования, в том числе, за счет гранта Глобального Фонда, позволили достичь значительных успехов в

предоставлении доступа к услугам по профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ–инфекцией. Предпринятые усилия позволили предоставить ЛЖВ антиретровирусную терапию: в Азербайджанской Республике доступ к АРВ–терапии имеют все нуждающиеся, улучшился уровень лабораторного мониторинга проводимой терапии (6).

В отчетном периоде для дальнейшего сохранения здоровья населения Республики, в том числе противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции, утверждена очередная Государственная программа «О борьбе с незаконным оборотом наркотиков, их прекурсоров, психотропных веществ и распространением наркомании в Азербайджанской Республике в 2013–2018 гг.» от 24 июня 2013 г. № 2966; эффективности мероприятий по борьбе с ВИЧ/СПИДом и достижению универсального доступа к услугам в связи с ВИЧ–инфекцией способствует Приказ Министерства Здравоохранения Азербайджанской Республики “О борьбе с заболеванием вызываемым ВИЧ” от 31.08.2012 года №65 (6, 71).

По состоянию на 1 января 2014 г. в Азербайджанской Республике зарегистрировано 4298 случаев ВИЧ–инфекции. Показатель распространенности ВИЧ на 100 000 населения составляет 44,3.

Основной тенденцией эпидемии в Азербайджане является смена основных путей передачи: несмотря на то, что парентеральный путь передачи ВИЧ длительное время был основным, начиная с 2006 г. отмечается рост заболеваемости ВИЧ-инфекцией с половой передачей, особенно среди женщин. Источником инфицирования населения половым путем, вероятнее всего являются представители КГН (ЛУИН, MSM). Кроме того, значительное количество заражений ВИЧ - инфекцией происходит за пределами страны, в основном в Российской Федерации, что подчёркивает важность миграционных процессов в развитии эпидемии ВИЧ-инфекции.(6) Распространенность ВИЧ-инфекции характеризуется территориальной

неравномерностью (выше в г. Ширван, Гаджикабульском районе, Астаринском районе, Ленкоранском районе, г. Сумгаит и ряде других территорий) (6).

По данным наблюдений за последние два года в республике идет относительная стабилизация заболеваемости ВИЧ-инфекцией: так уровень заболеваемости в 2012 г. составил 5,6 на 100 тыс. населения, в 2013г. - 5,3 на 100 тыс. населения. По сравнению с 2011 годом (заболеваемость составляла 6,0), в 2013 году заболеваемость ВИЧ-инфекцией снизилась на 11,7%.

По кумулятивным данным (1987–2013 гг.) в 56,9% случаев инфицирование ВИЧ произошло в результате парентерального пути передачи (внутривенного употребления наркотиков), 31,9% случаев – в результате незащищенных гетеросексуальных контактов. Таким образом, основным путем передачи ВИЧ является парентеральный, в то же время наблюдается рост полового пути передачи, что соответствует динамике развития эпидемии в мире.

Мужчины преобладают в общей структуре ВИЧ-инфицированных и на конец 2013г. составляют 78% от числа зарегистрированных случаев за весь период эпидемии, однако наблюдается увеличение числа ВИЧ-инфицированных женщин (в 2011–2013 гг. доля ВИЧ-инфицированных женщин возросла от 18,3% до 22%). (6)

В стране возросло число больных, находящихся на стадии СПИД и умерших от СПИДа. На конец 2013 г. кумулятивно зарегистрировано 895 ЛЖВ на стадии СПИД и 431 умерший. (6)

В 2013 году из числа новых зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции 84,3% приходится на население в возрасте 25–49 лет.

Наиболее пораженной группой населения являются потребители инъекционных наркотиков. Распространенность ВИЧ-инфекции в данной

группе составляет 9,5%, среди женщин секс-бизнеса – 0,7%, среди MSM – 2,0%; в группе заключенных – 5,8%. (6)

Оценочная численность ЛУИН в 2013 году оставила – 71 283. В этом же году оценочная численность СР составила 25 054. Оценочное количество MSM было наименьшим среди всех КГН — 6 572, однако этот показатель может быть занижен (5). В 2013 г. в местах лишения свободы находилось 17 000 заключенных.

Важную роль ЛУИН в развитии эпидемии ВИЧ-инфекции подтверждают данные ДЭН относительно уровня инфицированности ВИЧ в данной группе - 9,5% (2013г.). Многие ЛУИН находятся в местах лишения свободы, что обуславливает высокий уровень распространенности ВИЧ среди заключенных - 5,8%. Уровень распространенности ВИЧ среди MSM составлял 2,0%, а среди СР не превышал 0,7%. (6,73)

Раздел 2. Анализ каскада лечения ВИЧ-инфекции

В 2015 и 2016 гг. Азербайджанская Республика не подавала в ЮНЭЙДС отчет по выполнению Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, поэтому был проведен анализ каскада лечения ВИЧ-инфекции 2013 г., подготовленный миссией ВОЗ на основании данных Республиканского центра СПИДа (5) (Рис. 2). Кроме того, на основании данных AIDSinfo, был построен каскад лечения 2015 г. (рис. 3)

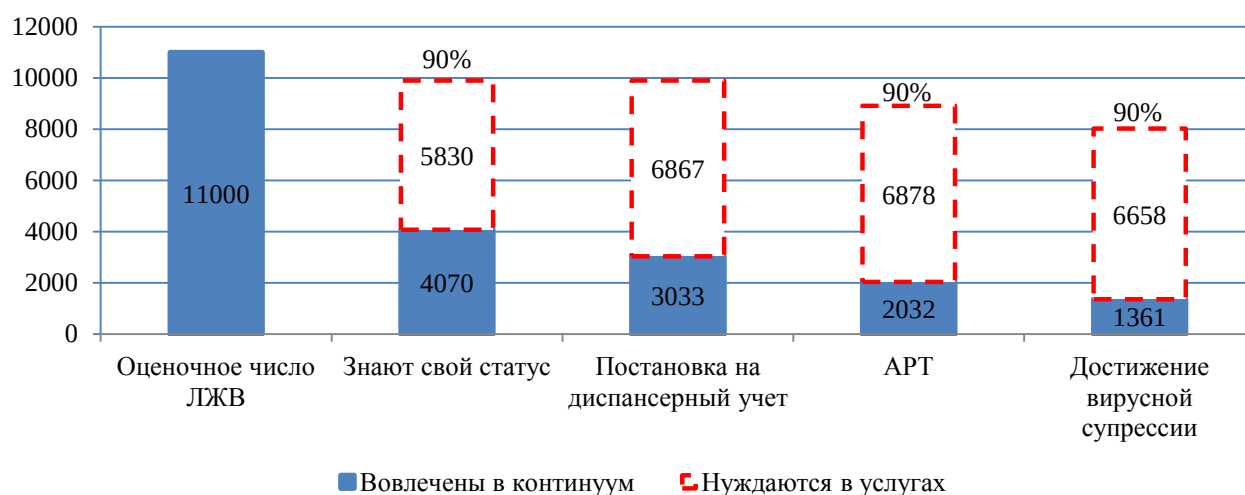


Рисунок 2 Каскад лечения ВИЧ- инфекции, Азербайджанская республика, 2013г

В 2013 г. оценочное число ЛЖВ составляло 9 159. Из них только 3 713 (41%) знали о своем позитивном ВИЧ-статусе, 2 540 (28%) ЛЖВ состояли на медицинском учете, 1 771 (19%) получали АРТ, и лишь 650 (7%) достигли вирусной супрессии.

Наименьший доступ у услугам имеется на этапах тестирования (59% выпадения по сравнению с оценочной численностью ЛЖВ) и достижения вирусной супрессии (53% выпадения по сравнению с общим количеством ЛЖВ, принимающих АРТ). Более 32% ЛЖВ, знающих о своем ВИЧ-статусе, не находились под диспансерным наблюдением, а 20% ЛЖВ из числа диспансерной группы так и не начали прием АРТ.

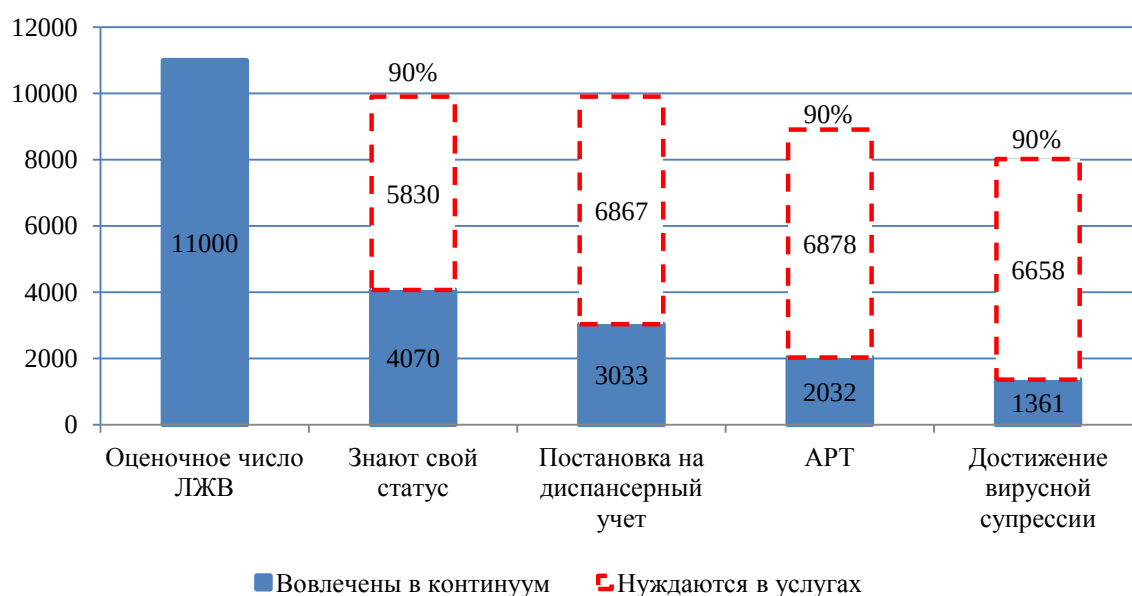


Рисунок 3 Каскад лечения ВИЧ- инфекции, Азербайджанская Республика, 2015 г

По данным ЮНЭЙДС, в 2015 г. оценочное количество ЛЖВ в Азербайджанской Республике составляло 11 000, из них 4 070 (37%) знали о своем позитивном ВИЧ-статусе. Диспансерная группа составляла 3 033 ЛЖВ, т. е. около 28% от их оценочной численности. 2 032 ЛЖВ получали АРТ, соответственно только 50% ЛЖВ, знающих о своем статусе и 18% от оценочной численности ЛЖВ, имели доступ к терапии. Из числа ЛЖВ, которые получают АРТ, 1 361 (67%) достигли вирусной супрессии (12% от оценочной численности ЛЖВ). Данные 2015 г. демонстрируют улучшение ситуации в достижении вирусной супрессии – 67% против 37% в 2013 г. Наиболее проблемным этапом каскада лечения остается выявление ВИЧ-инфекции – 63% ЛЖВ не знали о своем ВИЧ-статусе. Сохраняют свою актуальность вопросы диспансеризации и доступа к лечению.

Исходя из представленных данных, приоритетные усилия всех заинтересованных сторон в Республике Азербайджан должны быть направлены на оптимизацию стратегии тестирования и расширение охвата АРТ, где наблюдаются наибольшие потери.

Дезагрегированные данные по доступу представителей КГН к услугам диагностики и лечения ВИЧ-инфекции ограничены.

Раздел 3. Анализ доступа к услугам непрерывной помощи для ЛЖВ и КГН, определение барьеров к услугам

3.1. Консультирование и тестирование

В Республике Азербайджан тестирование на ВИЧ проводится как с использованием лабораторных методов, так и с использованием быстрых тестов. Быстрые тесты наиболее часто используются в родильных домах и мобильных пунктах тестирования (6). Тестирование на ВИЧ проводится только медицинскими работниками (5). 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 (в соответствии с рекомендациями ВОЗ 2007 г.). 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.

В целом по стране действуют 39 пунктов тестирования на ВИЧ для КГН и 24 пункта в системе исполнения наказаний. В 2013 г. 13 034 пациентов прошли тестирование на ВИЧ в диагностических лабораториях, 7 685 — в наркологических и дерматологических клиниках и 5 501 в мобильных пунктах тестирования. Использование мобильных амбулаторий и увеличение их числа до 12, что позволило существенно расширить охват тестированием представителей КГН (5,72).

Из 6 970 представителей КГН (в том числе заключенные), прошедших тестирование на ВИЧ в 2013 г. (Табл. 2), большая часть - 5 501 (79%) обследованы с помощью экспресс - тестов. Выявлено 40 позитивных лиц (38 ЛУИН и 2 МСМ), все они были включены в программы лечения и ухода. При тестировании заключенных было выявлено 70 ЛЖВ. Охват тестированием ЛУИН и МСМ остается недостаточным, СР практически не охвачены тестированием.

Таблица 2 Тестирование на ВИЧ представителей КГН в 2013 г. (5)

КГН	Всего обследовано	ВИЧ+	% тестированных от оценочного	% тестированных
-----	----------------------	------	----------------------------------	--------------------

			числа КГН	от достижимого числа КГН
ЛУИН	5 484	38	7,7	41
СР	880	0	3,5	14,2
МСМ	606	2	10	34,6
Заклученные	16 500	70	97	
Всего	23 470	110	1 ВИЧ+ на 213 обследованных	

Охват тестированием на ВИЧ больных ТБ находится на высоком уровне, например, в 2014 г. он достиг 97% (7).

По мнению участников фокус - групп, одним из барьеров к тестированию на ВИЧ является само стигматизация, страхи и мифы, бытующие среди населения представителей КГН:

□ «Мало информации у них, боятся, что даже если пойдут сдавать кровь, то там заразятся. Просто они думают, что раз там сдают на СПИД, то там все больные. И ещё - времени нету, наверное»

□ «Многие не хотят знать о своей болезни, особенно те, кто ведет такой образ жизни, например, принимает наркотики, он не хочет узнавать о том, потому что знает, что у него может это быть. Самая главная причина — это страх».

□ «Добровольно кто ходит в СПИД центр? Тем более наркозависимые. Так как они не доверяют государству и с НГО им легче работать»

□ «Они (мужья) не разрешают женам. Боятся, что если у жен выйдет, то они нападут на мужей. Огласки боятся»

Барьеры к тестированию:

- отсутствие доступа к тестированию на ВИЧ силами сообществ с использованием быстрых тестов;

- *значительное количество мифов, бытующих среди представителей КНГ, высокий уровень самостигматизации;*
- *закрытость КНГ, особенно МСМ и СР.*

3.2. Диспансеризация

В стране функционирует семь медицинских учреждений, которые оказывают помощь ЛЖВ. Амбулаторные услуги для ВИЧ - позитивных 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(5). Еще шесть медицинских учреждений расположены в малых городах Азербайджана, однако большинство пациентов по разным причинам предпочитают получать услуги в г. Баку.

Услуги по диагностике и лечению ВИЧ-инфекции в полном объеме предоставляются в учреждениях Министерства Юстиции.

Одной из причин потерь пациентов на этапах тестирования может явиться сложный и длительный алгоритм тестирования на ВИЧ, который приводит к тому, что период ожидания окончательного результата исследования при позитивном результате тестирования составляет от 3 дней в г. Баку, до одного месяца в отдаленных районах (5). Данные Республиканского Центра СПИД указывают на позднее обращение ЛЖВ за медицинской помощью. В 2013 г. из 476 новых пациентов у 297 (62%) была установлена III-IV стадии ВИЧ-инфекции.(6)

В 2014 скрининг на туберкулез прошел 1 661 ВИЧ - позитивный пациент из общего числа ЛЖВ, состоящих на дисперсном учете, профилактическое лечение изониазидом (ПЛИ) было назначено только 296 больным ВИЧ/ТБ (7).

Участники фокус - группы также обсудили проблемные вопросы химиопрофилактики туберкулеза изониазидом:

Медработник: *«Всем больным, которые нуждаются в профилактике, получают в СПИД центре изониазид. Все.»*

Пациент на АРТ: *«А что такое изониазид? Я не слышала вообще о нём».*

Пациент *«Я не слышала вообще о нём (об изониазиде)»*

Участники фокус групп отметили следующие барьеры при постановке на учет:

- ☐ географическая отдаленность: *«Есть люди, живущие далеко. Они не могут приезжать»*
- ☐ страх разглашения диагноза и непонимание необходимости лечения: *«Чувствую себя хорошо и не верят, что они больные. Разглашения боятся».*

Барьерами, связанными с доступом к медицинской помощи являются(73):

- *Неполная децентрализация услуг, пациенты из отдаленных районов вынуждены приезжать в Баку;*
- *многие ЛЖВ/ЛУИН безработные, для них расходы на поездку в Центр СПИДа могут быть слишком велики;*
- *отсутствие информации о возможности получить лечение бесплатно.*

Низкий охват ЛУИН услугами ОЗТ и другими программами снижения вреда является ключевым барьером вовлечения ЛУИН/ЛЖВ в систему оказания медицинской помощи в связи с ВИЧ – инфекцией (5).

3.3. АРТ

Поставки тест-систем и АРВ препаратов в 2013 году осуществлялись регулярно и бесперебойно.(72) На основании приказа МЗ проведена децентрализация оказания медицинской помощи ЛЖВ - в 6 регионах страны

действуют Центры по АРВ-терапии; разработан Приказ Министерства Здравоохранения Азербайджанской Республики “О борьбе с заболеванием вызываемым ВИЧ” от 31.08.2012 года №65, (71) в котором изложены универсальные правила безопасности по профилактике ВИЧ-инфекции в медицинских учреждениях, порядок проведения исследований на ВИЧ, правила и положение о лабораторной диагностике ВИЧ, инструкция по проведению добровольного тестирования и консультирования на ВИЧ, инструкция по подтверждению диагноза ВИЧ инфекции и регистрации случая инфицирования в Азербайджанской Республике, инструкция по оказанию паллиативной помощи и ухода за больными с ВИЧ в медицинских учреждениях и на дому, порядок проведения постконтактной профилактики.(72,77) Разработка и утверждение Национального Плана мониторинга. Логистика обеспечения лекарственными препаратами определена Законом Азербайджанской Республики «О Государственных закупках в Азербайджанской Республике» от 27 декабря 2001 года № 245-ПQ в редакции от 12 февраля 2010 года № 954-ПQD.(72)

Принципы назначения АРТ в 2014 г. в стране соответствовали рекомендациям ВОЗ 2013 г. (77,6).

Преимуществом при назначении антиретровирусной терапии взрослым пациентам является уровень $CD4 < 350$ клеток/мл. Кроме того, АРТ назначается без учета уровня иммунной супрессии детям; пациентам с ко-инфекцией ВИЧ/ТБ и ВИЧ/гепатит С; ЛЖВ из дискордантных пар.(77)

Страна приняла на себя обязательства поэтапного расширения доступа к АРТ, с расширением показаний к АРТ на фоне расширения услуг социального сопровождения и обеспечения контроля вирусной нагрузки в соответствии с рекомендациями ВОЗ (5).

В качестве первой линии АРТ в стране рекомендовано использование TDF/3TC(FTC)/EFV. В 2013 г. пациенты получали 18 различных схем лечения, но большинство пациентов на АРТ (79%) получают один из

следующих режимов TDF/FTC/LPV/г или AZT/3TC/EFV. Препарат DRV/г получают всего 4 пациента, ингибиторы интегразы в стране не используются (5).

Несмотря на то, что диданозин (ddI) в настоящее время не рекомендован к использованию из-за риска большого количества побочных эффектов, данный препарат продолжает использоваться. Следует отметить, что число пациентов, получающих схемы с ddI, уменьшается каждый год за счет поэтапного перевода пациентов на другие схемы лечения.

Государство финансирует только пятую часть потребности в АРВ-препаратах, лечение ЛЖВ очень сильно зависит от международного финансирования.

В течение 2012 - 2013 гг. улучшению доступа к АРТ способствовала децентрализации услуг по проведению АРВ-терапии в регионах: приказом Министерства Здравоохранения от 18.03.2011 г. №40 организованы шесть центров АРВ-терапии. Однако большинство ЛЖВ продолжает наблюдаться в Баку и не желают переходить под наблюдение региональных центров (5).

Проведение АРТ для заключенных в полном объеме обеспечивает медицинская служба пенитенциарной системы в соответствии с национальными и международными стандартами.

Пациенты с ко-инфекцией ВИЧ/ТБ получают лечение по стандартам ВОЗ, примером интегрированного подхода к лечению, уходу и поддержке ЛЖВ/ТБ является партнерство НПО и пенитенциарной системы в контексте организации эффективного сопровождения заключенных, которые освобождаются из тюрем и нуждаются в лечении и наблюдении.

В 2014 г. было выявлено 148 пациентов с двойной патологией, из них начали получать АРТ 101 пациент (68%) (5).

В соответствии с национальным законодательством, пациенты с ко-инфекцией ТБ/ВИЧ получают лечение в противотуберкулезных стационарах. В стационарных отделениях противотуберкулезных учреждений отмечается

отсутствие необходимых условий инфекционного контроля, что повышает риск развития устойчивых к лечению форм туберкулеза. В противотуберкулезных учреждениях АРТ и противотуберкулёзное лечение проводятся под контролем медицинских работников. Пациентам с ко-инфекций ВИЧ/ТБ наиболее часто назначается АРТ по схеме TDF/FTC/EFV (5).

Ключевыми барьерами доступа к АРТ следует считать:

- 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.

3.4. Достижение вирусной супрессии

В Республике Азербайджан ОЗТ как метод формирования приверженности к АРТ, используется ограниченно — ОЗТ получают 130 ЛУИН (1% от оценочной численности ЛУИН).

Проблема доступа к ОЗТ также была озвучена при проведении фокус - групп:

□ «у нас в Азербайджане два пункта ЗПТ всего, которые находятся в городе Баку, в других городах у нас их нету. ...наркозависимые, которые живут в других районах или городах просто не могут приходить. Нету такой возможности».

Участники фокус - групп отметили и ряд других барьеров к достижению вирусной супрессии: наличие побочных эффектов АРВ препаратов, которые

негативно влияют на приверженность и эффективность лечения, а также низкий уровень знаний и понимания у пациентов:

- ☐ «Есть люди, которые принимают лекарства и у них кружится голова, или поднимается температура или начинает тошнить. Поэтому они отказываются. Например, 5 дней принимает, 5 дней нет»
- ☐ «Есть проблема. Из-за того, что плохо чувствуешь себя при получении АРВ»
- ☐ «У них повышается иммунитет, они думают, что уже здоровые, поэтому и бросают препараты»

Низкий охват ОЗТ для пациентов на АРТ, недостаточное развитие интегрированных сервисов негативно влияет на приверженность к лечению среди ЛЖВ, особенно ВИЧ - позитивных ЛУИН (5).

Раздел 4. Рекомендуемые направления адвокационной деятельности

- Объединение усилий всех заинтересованных сторон с целью внесения изменений в законодательство для внедрения тестирования на ВИЧ на базе сообществ с использованием экспресс - тестов.
- Объединение усилий всех заинтересованных сторон с целью мобилизации сообществ и мотивации к тестированию представителей КГН.
- В сотрудничестве с национальными и международными партнерами провести анализ и внести изменения в национальные стандарты проведения скрининга и диагностики ВИЧ – инфекции с целью упрощения алгоритма тестирования, рационального использования ресурсов и сокращения сроков получения окончательного результата исследования.
- Провести анализ обращаемости в региональные центры СПИДа

с целью снижения географических барьеров для ЛЖВ, проживающих в отдаленных регионах Азербайджанской Республики, предпринять усилия с целью популяризации деятельности региональных центров СПИД среди пациентов.

- Объединить усилия всех заинтересованных сторон с целью формирование эффективной системы социального сопровождения «сложных» пациентов на всех этапах получения услуг в связи с ВИЧ – инфекцией с целью минимизации отрывов пациентов.
- Усилиями всех заинтересованных сторон провести пересмотр национальных руководств по лечению ВИЧ – инфекции в соответствии с рекомендациями ВОЗ 2016 года, разработать план максимального охвата лечением пациентов для достижения целей 90-90-90.
- Адвокация расширения доступа к ОЗТ как методу поддержания приверженности к АРТ, расширение доступа к интегрированным сервисам для ЛЖВ/ ЛУИН, ЛЖВ/ТБ.
- Создание и развитие системы менеджмента побочных эффектов АРТ при участии неправительственных организаций с целью минимизации отрывов от лечения.
- Мобилизация сообществ с целью повышения эффективности борьбы со стигмой и само стигмой, мотивации пациентов к получению медицинских услуг в связи с ВИЧ – инфекцией.
- Объединение усилий всех заинтересованных сторон с целью развития непрерывной помощи и интегрированных сервисов для пациентов с ко-инфекцией ВИЧ/ТБ для максимального и своевременного охвата пациентов антиретровирусным лечением.

Республика Беларусь

Раздел 1. Эпидемиологическая ситуация в Республике Беларусь

Развитие эпидемического процесса ВИЧ - инфекции на территории Республики Беларусь находится в концентрированной стадии.

В Республике Беларусь утверждена **государственная программа** «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016-2020 годы. Соответствующее решение закреплено постановлением Совета Министров от 14 марта 2016 года №200. Законодательно регулирует деятельность в сфере профилактики и лечения ВИЧ – Подпрограмма 5. «Профилактика ВИЧ-инфекции».

Основными тенденциями развития эпидемического процесса в Республике Беларусь являются:

- распространенность ВИЧ-инфекции удерживается преимущественно в пределах отдельных, наиболее уязвимых к ВИЧ, групп населения: среди потребителей инъекционных наркотиков, женщин, вовлеченных в секс-бизнес и мужчин, практикующих секс с мужчинами; (9)
- преобладание полового пути передачи среди новых случаев ВИЧ (63,9% среди новых случаев в 2015 году).
- сокращение доли парентерального пути - 34,4% среди новых случаев в 2015 году).

Кумулятивно, на 01.01.2016 г. в Беларуси выявлено 19 827 случаев заболевания, количество людей, живущих с ВИЧ – 15 378. Показатель распространенности составил 162,2 на 100 тысяч населения.

В 2015 году выявлено 2 305 ВИЧ-положительных. Показатель заболеваемости составил 24,3 на 100 тысяч населения (за аналогичный период 2014 года – 19,1). Темп прироста – 27,2%. Большинство новых случаев ВИЧ-инфекции концентрируется в возрастной группе 30-39 лет. (13)

Распространенность ВИЧ среди беременных женщин - 0,1%. Наиболее пораженной группой населения являются потребители инъекционных наркотиков. Распространенность ВИЧ-инфекции в данной группе составляет 25,1%. Инфицированность ВИЧ среди женщин секс-бизнеса – 6,8%, среди мужчин, имеющих секс с мужчинами – 5,7%(9,13)

Данные биоповеденческих исследований 2015 года (ДЭН) показывают рост распространенности ВИЧ среди ЛУИН с 14,0 до 25,1%; среди ЖСБ (с 5,8 до 6,8%) и MSM (с 4,5 до 5,7%) по сравнению с 2013 г. (9,13)

За 2015 год выявлено 2 305 ВИЧ-положительных пациентов (2014г. – 1 811). Показатель заболеваемости составил 24,3 на 100 тысяч населения, что на 27,2% выше, чем в 2014 году.

В общей структуре инфицированных ВИЧ, соотношение мужчин и женщин составляет 1,5 к 1 (11788 мужчин и 8039 женщин).

Кумулятивное число случаев СПИДа на 01.01.2016г. – 5 134, в том числе за 2015 год данный диагноз установлен 490 пациентам (2014 г. – 474).

Среди ВИЧ-положительных пациентов умерло 4 449 человек (в том числе в стадии СПИДа – 2 521). За 2015 год умерло 454 человека (2014г. – 497), в том числе в стадии СПИДа – 257 (2014г. – 273). Показатель смертности снизился по сравнению с 2014 годом и составил 4,8 на 100 тысяч населения (2014г. - 5,2 на 100 тысяч)..(9,13)

Оценочная численность ЛЖВ в 2014 г. составляла в 25 000 человек по данным UNAIDS. (68)

Согласно оценочным данным в Республике Беларусь численность ЛУИН составляет около 75 000. По данным ДЭН 2013 г. уровень инфицированности ВИЧ среди ЛУИН на разных дозорных участках варьировал в широких пределах - от 2,3% до 43,7%. (68)

Оценочное количество MSM в Беларуси составляет 60 000 (10, 68), а распространенность ВИЧ в этой группе по данным ДЭН 2013 г. составила

2,9%.

Оценочное количество СР - 22 000, а распространенность ВИЧ в данной группе — 3,9%. По дозорным участкам этот показатель варьировал от 0% в Бресте и Могилеве до 22% в Светлогорске. (9,10,68)

Раздел 2. Анализ каскада лечения ВИЧ-инфекции

С целью обеспечения достоверности данных континуума услуг в данном обзоре использованы данные миссии ВОЗ (11). Данные представлены на ноябрь 2014 года.

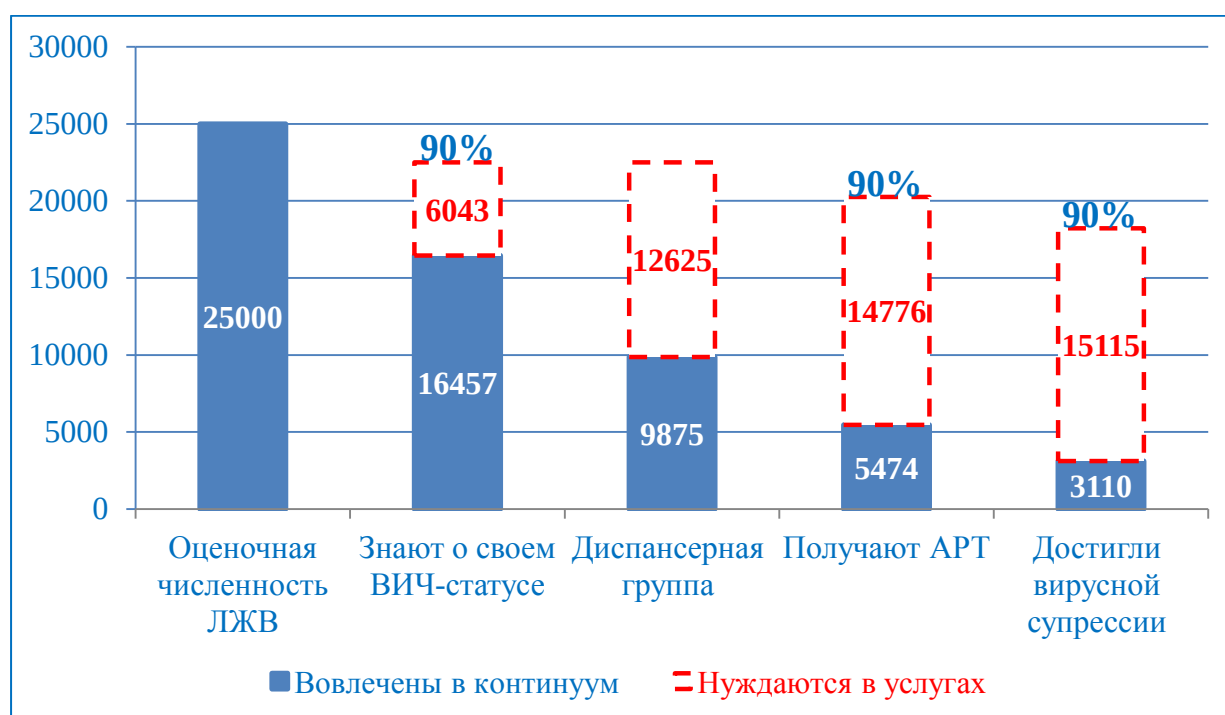


Рисунок 4. Каскад лечения ВИЧ - инфекции, Республика Беларусь, 2014

Как демонстрирует рис. 4, из 25 000 ЛЖВ, которые по оценочным данным проживают в Республике Беларусь, 16 457 (66%) знают о своем ВИЧ-статусе, 9 875 (40%) находятся на диспансерном учете, 5 474 (22%) получают АРТ и только 3 110 (12%) достигли вирусной супрессии.

Из приведенных данных следует, что выпадение ЛЖВ наблюдается на всех этапах каскада, однако приоритетные усилия должны быть направлены

на взятие на диспансерный учет и назначение АРТ, где наблюдаются наибольшие потери.

Данные континуума, дезагрегированные по возрасту, полу, принадлежности пациентов к КГН, недоступны.

Раздел 3. Анализ доступа к услугам непрерывной помощи для ЛЖВ и КГН, определение барьеров к услугам

3.1. Консультирование и тестирование на ВИЧ

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) (12).

В Беларуси ежегодно проводится около 1 млн тестов на ВИЧ, большинство обследованных на ВИЧ составляют беременные, доноры крови и военнослужащие (11).

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 (11). Алгоритм тестирования на ВИЧ имеет несколько этапов, получение окончательного результата может занять несколько недель, как результат, до 75% пациентов

не проходят этап подтверждающих исследований (11). Использование экспресс -тестирования ограничено пилотными проектами (11).

Участники фокус - групп указали на необходимость многократного посещения медицинского учреждения для прохождения подтверждающего тестирования.

Охват ЛУИН тестированием на ВИЧ остается низким. Так, из оценочного количества ЛУИН (75 000) только 6% было протестировано на ВИЧ (9).

Доля MSM, которые прошли тестирование на ВИЧ в 2014 г. и знают результат, составила 46,2% (9).

Аналогичный показатель среди СР, был несколько выше - 63,4% (9).

Участники фокус групп отмечали высокий уровень стигматизации в малых населенных пунктах из-за отсутствия корректной информации о ВИЧ/СПИДе. Большинство респондентов фокус - групп отмечали сложности прохождения тестирования на ВИЧ в малых населенных пунктах:

- ☐ *«И там отношение к ВИЧ другое. То есть это как прокаженные»*
- ☐ *«... как только человек приходит, сразу начинает работать сарафанное радио, что вот кто-то приходил тестироваться. Часто ко мне люди из Калиновичей приезжают сюда, из других городов, только чтоб не узнал никто на месте там»*

Участники фокус - групп указали на обязательный характер тестирования для отдельных категорий клиентов, а также на необходимость оказания психологической помощи после получения позитивного результата тестирования:

- ☐ *«На сегодняшний день у всех именно в обязательном порядке берут кровь на ВИЧ. Даже как бы против твоего желания»*
- ☐ *«Основная масса болезненно это (известие о ВИЧ) воспринимает. И тут должен быть какой-то психолог, хороший психолог. Подготовить человека, сообщить, успокоить. Вселить надежду»*

МСМ во время фокус - групп дискуссий отметили высокую стоимость экспресс – тестов на ВИЧ в аптеках.

Ключевыми барьерами доступа к услугам тестирования следует считать:

- низкая мотивация представителей КНГ к прохождению тестирования и последующему лечению;
- ограниченные возможности (законодательные и организационные) тестирования на базе НПО и сообществ;
- ограниченное использование тестирования быстрыми тестами;
- существенные задержки в получении подтверждающих результатов тестирования;
- высокий уровень самостигматизации среди представителей КГН.

3.2 Диспансеризация

В Республике Беларусь оказанием медицинских услуг в связи с ВИЧ - инфекцией осуществляется по месту регистрации, что ограничивает доступность ВИЧ-услуг, особенно для внутренних трудовых мигрантов. Требуют анализа причины того, что лишь 25% клиентов НПО, получивших положительный результат теста на базе НПО, обратились за медицинской помощью в лечебное учреждение (11). Обеспечение связи с лечением для клиентов с позитивным результатом тестирования на ВИЧ является наиболее слабым звеном в работе НПО (11).

В 2014 г. на базе наркологических диспансеров и больниц функционировало 18 пунктов ОЗТ (9), а количество пациентов на заместительной терапии составляло 1 066 человек (9). По словам респондентов фокус - групп, тестирование на ВИЧ в пунктах ОЗТ проводится на регулярной основе.

Кадровые ресурсы, необходимые для обеспечения медицинских потребностей ЛЖВ, очень ограничены (13).

Участники фокус – групп отметили, что социальные работники сопровождают клиентов с позитивным результатом тестирования на базе НПО в СПИД центр для их постановки на диспансерный учет, зачастую,

даже если эта услуга не входит в их обязанности. Если с клиентами - MSM подобная тактика является эффективной, то при работе с СР этот подход не всегда себя не оправдывает. По словам большинства респондентов-провайдеров услуг, СР при удобном случае просто убегают:

□ *«Мы тоже так пробовали делать. Но пока они (СР) просто убегают. Пока приехали в поликлинику и пошел человек к врачу сказать, что там партия пришла, а их уже нет»*

Страхи и самостигматизация среди КГН препятствуют своевременному обращению за помощью:

□ *«И сколько специалисты объясняют на дотестовом консультировании, что нужно идти дальше и становиться на учет, они (СР) просто не идут, потому что тут уже вступает в силу ответственность, вплоть до уголовной. И они просто с этим живут, не принимают терапию, не знают до конца свой статус, но знают, что ВИЧ где-то там когда-то был, как они говорят»*

Наличие вертикальных сервисов, применяемых в программах борьбы с туберкулезом и ВИЧ – инфекцией, можно считать серьезным препятствием на пути получения своевременного доступа к качественным методам диагностики, лечения и обеспечения непрерывности ухода для пациентов с ко-инфекцией ВИЧ/ТБ (14).

В Республике Беларусь приказом Минздрава № 1217 от 11 ноября 2010 г. утверждена «Инструкция об организации медицинской помощи пациентам с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом». В нем оговаривается, что больные с ТБ/ВИЧ получают противотуберкулезное лечение в условиях противотуберкулезных диспансеров, где им предоставляется

консультативная помощь врачей-инфекционистов, в том числе при назначении АРТ.

Этот приказ определяет назначение профилактического лечения изониазидом (ПЛИ) для ЛЖВ, имеющим латентную инфекцию ТБ, и для лиц, находящимся в тесном контакте с больными ТБ.

Несмотря на наличие регламентирующих документов по применению ПЛИ, в 2014 г. этим видом профилактики ТБ было охвачено только 539 (3,6%) пациентов (15).

Барьеры к диспансерному наблюдению:

- *ограниченный спектр услуг для КНГ, особенно для СР и ЛУИН на базе центра СПИДа;*
- *слабость социального сопровождения представителей КНГ, получивших позитивный результат теста в мобильной амбулатории, до постановки на учет в ЛПУ;*
- *недостаток сервисов для пациентов с двойной проблемой – ВИЧ/ТБ, ЛЖВ /ЛУИН.*

3.3. АРТ

Закупка АРВ-препаратов в Республике Беларусь проводится как за счет гранта ГФСТМ, так и за счет государственного бюджета. В условиях переходного периода Министерство здравоохранения планирует полностью обеспечить закупку АРВ-препаратов за счет государственного бюджета, что может привести к закупке некачественных и дорогих препаратов. Цены на препараты могут оказаться выше по сравнению с ценами, которые устанавливаются при переговорах между Глобальным фондом и поставщиками, когда закупки проводятся через систему добровольных объединенных закупок (ДОЗ). Нет уверенности в том, что закупаемые препараты будут соответствовать требованиям преквалификации ВОЗ (13).

В 2014-2015 гг. имели место случаи нехватки препаратов в отдельных регионах; эта проблема решалась путем перераспределения препаратов из других регионов, однако имели место случаи задержки в выделении АРВ-препаратов в клиники. Отмечались отдельные случаи использования педиатрических форм АРВ-препаратов (сиропа и суспензии) для взрослых по причине нехватки препаратов на складе, а также случаи несоблюдения принципа комбинированного лечения схемами, состоящими из трех препаратов, в случаях отсутствия препаратов на складе. Национальная система контроля качества лекарственных препаратов находится в процессе регистрации. Также в стране функционирует система регистрации побочных эффектов от приема АРВ-препаратов (13).

В Беларуси используются 22 схемы АРТ первой линии. На 2014 г. запланирован поэтапный переход на схемы лечения в соответствии с критериями ВОЗ (16), но приоритетом остается назначение АРТ пациентам с симптомной ВИЧ-инфекцией и при $CD4 \leq 350$ кл/мм³, больным с двойной патологией (ВИЧ/ТБ, ВИЧ/гепатит С) (11).

Одним из серьезных вызовов, которые стоят перед государственными и негосударственными организациями, является проблема удержания пациентов на АРТ, так как в среднем доля отрывов от лечения значительно превышает 10%. По данным Инфекционной больницы г. Минска, из 120-130 новых пациентов, ежемесячно прерывают лечение до 50 человек.

Основными схемами первой линии АРТ в 2014 г. были: ZDV+3TC+EFV (получало 62% пациентов) и TDF+FTC+EFV (получало 12% пациентов). ABC, ddI, LPV/r не рекомендованы ВОЗ для использования в первой линии лечения, однако в Беларуси широко используются, что повышает риск развития побочных эффектов (ABC, ddI) с одной стороны, и к удорожанию схем лечения (LPV/r), с другой стороны. Кроме того, схемы на основе ZDV использовались в 80% случаев, а TDF лишь у 13% пациентов, что повышает риск развития побочных эффектов и удорожает лечение (11).

С 2013 г. в Республике Беларусь доступны препараты второго ряда - используется ингибитор интегразы Ралтегравир (получали 13 пациентов в составе второй линии лечения) и три ингибитора протеаз (LPV/r, DRV/r, ATV/r). Схемы лечения на основе DRV/r дороже схем на основе LPV/r более чем в 10 раз.

Участники фокус-групп указали на большое количество обязательных лабораторных и инструментальных исследований, которые должен пройти пациент перед назначением АРТ:

☐ *«Как правило, максимальный период, за который мы получим уже все результаты необходимых анализов, это около 1,5-2 недель. То есть в течение 2-х недель у нас будет полная картина состояния здоровья пациента»*

По мнению пациентов, обследование проводится дольше, чем могло бы быть, и требует посещения различных медицинских учреждений:

☐ *«Чтоб получить в Минске талончик на УЗИ, легче вообще это все платно сделать, потому что будешь ждать года полтора, просто чтобы сделать УЗИ брюшной полости»*

☐ *«Вот у меня, например, была такая проблема: ты должен срочно и на этой неделе пойти и обследоваться. А у тебя же могут быть какие-то другие дела. То есть, свое расписание, деятельность какая-то другая»*

Барьерами доступа к АРТ также являются мифы и предубеждения, которые бытуют среди пациентов:

☐ *«Они говорят, что знают, что терапия помогает их еще быстрее убить. Только с чего они взяли – говорят, что слышали отзывы от людей, которые на терапии, как к ним относится лечащий врач»*

Для многих пациентов препятствиями являются страх разглашения диагноза и самостигматизация:

- *«Своя точка зрения, в связи с тем, что употребляют. Боятся, что узнают их диагноз, боятся, что это по поликлиникам пойдёт. Боятся, что на работу потом не устроятся, боятся, как дома к этому отнесутся, как это общество воспримет»*
- *«Это страх, недостаток информации об этой болезни и непонимание вообще, что с этим делать. Страшно сказать родственникам. Я не знаю, как сказать. Мои родственники не знают до сих пор. Я боюсь потерять общение с ними. А допустим, у меня нет семьи, и я не знаю, как вообще с этим быть, как знакомиться и какие проблемы с этим могут быть. Как сообщить это человеку, у которого нет статуса, и какое отношение ко мне может быть. Это всё сложно»*
- *«И даже страшно, что на работу не сможешь устроиться. Вот общество тебя не примет и всё. А если работаешь, то страшно, что тебя уволят, потому что рано или поздно это же дойдёт до начальства»*

Ключевые барьеры доступа к АРТ:

- *перебои в снабжении АРТ;*
- *несоответствие национальных протоколов рекомендациям ВОЗ;*
- *большое количество схем лечения, что повышают риск ошибок при распределении схем лечения между лечебными учреждениями, которые оказывают помощь ЛЖВ;*
- *отсутствие интегрированных сервисов для ЛУИН, что способствует большому количеству отрывов от лечения в этой группе;*
- *страхи, дефицит знаний об АРТ, само стигматизация среди ЛЖВ.*

3.4. Достижение вирусной супрессии

По мнению врача центра СПИДа, участника ФГ:

«Пациенты плохо понимают то, как задержка в лечении влияет на их здоровье; поэтому отрыв от лечения является обычным явлением. Когда пациент начинает получать уход в связи с ВИЧ, результат теста на ВИЧ сообщает эпидемиолог, а включает пациента в программу лечения врач-инфекционист»

В Беларуси созданы и работают мультидисциплинарные команды по сопровождению пациентов на АРТ, но их работа требует усиления и активизации (11).

Непонимание пациентами необходимости лечения и его непрерывности является достаточно обычным. Количество консультантов по принципу равный - равному ограничено, социальное сопровождение развито недостаточно (11).

Данные по количеству ЛЖВ/ЛУИН, получающих АРТ и ОЗТ, отсутствуют.

В 2010 г. был принят новый клинический Протокол ОЗТ, который устранил для ЛУИН многие барьеры к этой услуге. Протоколы лечения психических заболеваний и протокол ОЗТ не содержат алгоритмов раннего выявления ВИЧ и туберкулеза (тестирование на ВИЧ быстрыми тестами и скрининг на туберкулез) и не регламентируют использование интегрированных подходов к оказанию помощи пациентам с двойной или тройной патологией. В случае госпитализации пациента в другое ЛПУ сотрудники сайта ОЗТ вынуждены ежедневно доставлять метадон пациенту, что увеличивает расходы на предоставление услуг ОЗТ.

Сотрудничество НПО и противотуберкулезных учреждений в рамках программ по диагностике и лечению туберкулеза у ЛЖВ ограничено (14).

В противотуберкулезных учреждениях Республики Беларусь в 2014 г. все пациенты с ТБ были обследованы на ВИЧ. В 2014 г. среди больных ТБ

выявлен 271 пациент с ВИЧ-инфекцией, из них АРТ было назначено 191 (70%) пациенту. Все пациенты с ТБ/ВИЧ получали профилактическое лечение котримоксазолом (15).

Отмечается высокий уровень стигмы и самостигматизации среди ЛЖВ и КГН: 42% ЛЖВ подвергались физическому преследованиям или угрозам из-за своего статуса, 25% указывают на проблемы с трудоустройством из-за наличия ВИЧ-инфекции; большинство ЛЖВ обвиняют себя и чувствуют стыд (17).

Барьеры достижения вирусной супрессии:

- *недостаточный уровень знаний и мотивации среди пациентов для удержания в лечении и достижения вирусной супрессии;*
- *недостаточное социальное сопровождение и работа по формированию приверженности;*
- *отсутствие сайтов интегрированной помощи на базе центров СПИД и противотуберкулезных учреждений.*

Раздел 4. Рекомендуемые направления адвокационной деятельности

- Мобилизация сообществ и всех заинтересованных сторон с целью активизации работы по мотивации и привлечения КГН к полному спектру услуг, связанных с ВИЧ – инфекцией.
- Лоббирование внесения изменений нормативно-правовой базы с целью либерализации законодательства по тестированию (исключение обязательного тестирования отдельных категорий, расширение использования быстрых тестов, внедрение стратегий тестирования силами сообществ).
- Мобилизация сообществ с целью системного подхода к работе по снижению стигмы и самостигмы.
- Объединение усилий международных и национальных партнеров с целью пересмотра национальных стандартов и алгоритмов скрининга и диагностики ВИЧ – инфекции для улучшения качества диагностики,

сокращения сроков получения окончательного результата исследования, оптимизации использования имеющихся ресурсов.

- Формирование широкого партнерства с целью разработки и внедрения системы социального сопровождения клиентов-ЛЖВ на всех этапах оказания помощи с целью максимального охвата и минимизации отрывов.

- Адвокация расширения программ ОЗТ для ЛЖВ/ЛУИН, развитие интегрированных услуг с акцентом на пациентов, получающих АРТ.

- Адвокация создания системы менеджмента побочных эффектов АРТ, включая мониторинг и консультирование силами сообществ как один из элементов системы, с целью снижения числа отрывов от лечения.

- Адвокация развития сотрудничества НПО, ВИЧ – сервисных и противотуберкулезных ЛПУ с целью создания условий для максимального и своевременного охвата пациентов с ко-инфекцией ВИЧ/ТБ услугами профилактики, диагностики и лечения ВИЧ – инфекции и туберкулеза.

- Адвокатировать расширение доступа к скринингу на туберкулез и профилактическому лечению изониазидом на базе учреждений, предоставляющих услуги ЛЖВ

- Адвокация создания эффективного механизма государственных закупок и распределения АРВ – препаратов с целью рационального использования имеющихся ресурсов и предупреждения перебоев в поставках АРТ.

Республика Казахстан

Раздел 1. Эпидемиологическая ситуация в Республике Казахстан

Эпидемия ВИЧ-инфекции на территории Казахстана находится в концентрированной стадии с преимущественным вовлечением КГН.

С 2009 года в Республике Казахстан действуют положения нового нормативно-правового акта - Кодекса Республики Казахстан «О здоровье населения и системе здравоохранения», согласно которого не допускается дискриминация и любое ущемление прав в связи с ВИЧ – инфекцией (19).

В 2009 году приняты два основных стратегических документа здравоохранения: Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» и Концепция создания Единой национальной системы здравоохранения РК. Оба документа предполагают проведение общенациональных мер по улучшению здоровья населения с упором на профилактику заболеваний и создание солидарной ответственности государства и граждан за здоровье (20).

В Казахстане ответственность за общественное здравоохранение и продвижение здорового образа жизни возложена на различные ведомства, в том числе СЭС, центры по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД, Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни, поставщиков услуг ПМСП, НПО и международные организации. Наиболее серьезной проблемой в области общественного здравоохранения является координация, рационализация и четкое распределение ролей и обязанностей между различными ведомствами и организациями, вовлеченными в проведение мероприятий по охране и укреплению здоровья населения (20,83).

Республике Казахстан, начиная с 2011 года, преобладает половой путь передачи ВИЧ – инфекции (18). По данным официальной статистики, на 31 декабря 2015 г. кумулятивное число случаев ВИЧ-инфекции среди граждан

Республики Казахстан составило 24 427 человек.

Численность ЛЖВ в 2014 г. составила 17 726, распространенность ВИЧ-инфекции - 103 на 100 тыс. населения.

По данным UNAIDS, на диспансерном учете на 31.12.2015 состояло 14 933 ЛЖВ, что составляет 75% от их оценочной численности.

Среди ЛЖВ преобладают ЛУИН – их доля в 2014 году составила 56,3% от всех зарегистрированных случаев ВИЧ инфекции (19).

По данным ДЭН в 2015 г. распространенность ВИЧ-инфекции среди ЛУИН составила 8,2%, среди СР 1,3%, а среди МСМ 3,2%.

Оценочная численность ЛУИН (тех, кто употреблял инъекционные наркотики в течение последних 12 месяцев) на 31.12.2015 г. составляла 127 800 человек (19). В Республике Казахстан на протяжении нескольких лет ОЗТ реализуется в формате пилотного проекта. На 31.12.2015 сайты ОЗТ работают в 10 городах Казахстана, охватывают услугами 292 пациента, что далеко не соответствует имеющимся потребностям (19).

В Казахстане работа с МСМ проводится в 9 областях (Актюбинской, Восточно - Казахстанской, Жамбылской, Южно – Казахстанской, Карагандинской, Кызылординской, Павлодарской областей и гг. Алматы, Астана). В этих же областях проведена оценка численности МСМ, которая составляет – 39 800 человек. В 2015 году превентивными программами охвачено – 6660 МСМ. В 2014 года МСМ было роздано 699 579 шт. презервативов.

В 2015 г. программами профилактики ВИЧ-инфекции было охвачено 16 995 СР (86% от их оценочной численности). В том же году аналогичный показатель охвата среди МСМ составил 6660 человек (17% от оценочной численности).

Раздел 2. Анализ каскада лечения ВИЧ–инфекции

Казахстан достиг хороших результатов в организации континуума ВИЧ-

услуг для ЛЖВ, и максимально приближено достижение первой цели 90% выявления ЛЖВ — 17 726 лиц знают о своем позитивном ВИЧ-статусе (77% от оценочного числа ЛЖВ) (рис. 5). На диспансерном учете находится 14 933 ВИЧ - позитивных пациентов (65% от оценочной численности ЛЖВ или 84% от количества ЛЖВ, знающих о своем ВИЧ-статусе).

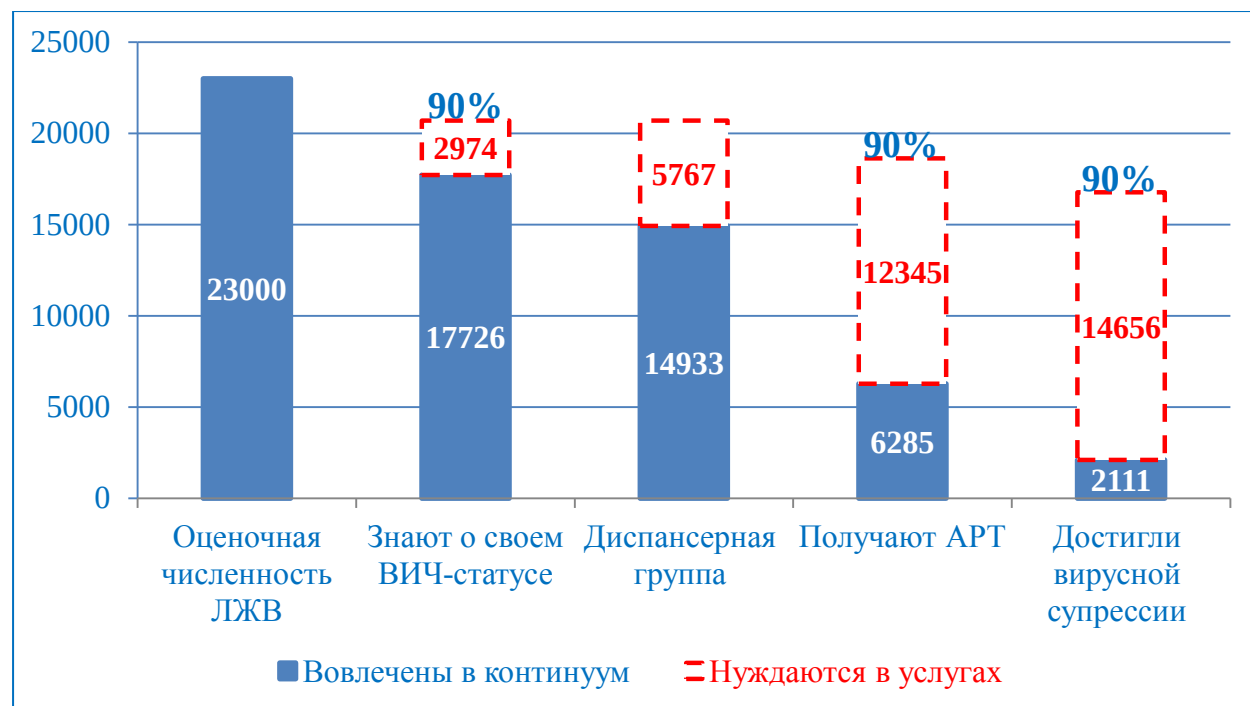


Рисунок 5 Каскад лечения ВИЧ - инфекции, Республика Казахстан, 2015 г.

Значительно более проблематично обстоит ситуация с назначением АРТ — только 6 285 ВИЧ -позитивных пациентов получают АРТ (27% от оценочного количества ЛЖВ и 35% от числа ЛЖВ, знающих о своем ВИЧ-статусе). Еще более сложной проблемой является достижение вирусной супрессии — только 2 111 пациентов достигли неопределяемой вирусной нагрузки, что составляет лишь 9% от оценочной численности ЛЖВ или 34% от числа пациентов, получающих АРТ.

Как показывают данные каскада лечения, основная доля потерь в континууме услуг отмечается на этапах назначения АРТ и достижения

вирусной супрессии. Вопросы диспансеризации требуют меньшего внимания.

К сожалению, более детальная информация — каскад лечения для КГН — недоступна. В отчетах исследования, проведенных в Казахстане, отсутствуют данные численности ЛЖВ, дезагрегированные по полу и путям передачи ВИЧ, что затрудняет проведение анализа причин отрывов от лечения и диспансерного наблюдения.

Раздел 3. Анализ доступа к услугам непрерывной помощи для ЛЖВ и КГН, определение барьеров к услугам

3.1. Консультирование и тестирование на ВИЧ

Ежегодно в Республике Казахстан на ВИЧ-инфекцию тестируется более 2-х миллионов человек, т. е. 14% населения в год. Ключевой задачей при тестировании на ВИЧ является обеспечение обследованных лиц качественным до – и послетестовым консультированием. В 2015 г. на ВИЧ было обследовано 50 756 ЛУИН (39% от оценочного количества или 84% от числа ЛУИН, охваченных программами профилактики). (19,78)

Обследование экспресс - тестами на ВИЧ-инфекцию составило 73% от общего ЛУИН, обследованных в пунктах доверия.

Всего в 2015 г. на ВИЧ обследовано 18 764 СР, в том числе быстрыми тестами – 15 403 человек (82%). Распространенность ВИЧ среди СР в 2015 г. составила 1,3%.

В Казахстане широко используются быстрые тесты для обследования на ВИЧ – представителей КГН. Так, всего на ВИЧ-инфекцию было обследовано 1 824 МСМ, в том числе экспресс методом – 1 706 (19).

Всем пациентам с ТБ по инициативе медицинских работников проводятся консультирование, их них 98% прошли обследование на ВИЧ 98% (21).

Барьеры доступа к тестированию в Казахстане практически

отсутствуют, процент ЛЖВ, которые знают свой статус, составляет 89% от их оценочной численности.

3.2. Диспансеризация

На диспансерном учете в областных и городских центрах СПИД состоит 14 933 ЛЖВ (84% от числа ЛЖВ, знающих свой статус). Работа учреждений здравоохранения, предоставляющих услуги в сфере ВИЧ, интегрирована с деятельностью противотуберкулезных служб (в вопросах назначении и предоставлении АРТ), с системой дородового наблюдения и охраны здоровья матери и ребенка (в вопросах реализации программ ППМР), а также с деятельностью других служб, проводящих программы сексуального и репродуктивного здоровья. (19, 80)

В последние годы в Республике Казахстан на 10 сайтах реализуется проект по предоставлению услуг ОЗТ с участием 292 пациентов. Тем не менее, охват услугами ОЗТ гораздо ниже, существующих потребностей (19). После утверждения приказа Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30.12.2014 № 367 многие барьеры к получению ОЗТ были устранены, что сделало данную услугу более доступной.(20)

Участники фокус - групп отметили, что барьерами для постановки на учет являются: страх потерять работу и быть отвергнутым обществом, чувство стыда из-за того, что родственники могут узнать о ВИЧ-статусе:

□ *«Менталитет у нас совсем другой, мы воспитаны по-другому, из-за этого тоже бывают проблемы, что родственники узнают, что это стыдно, как говорится»*

С другой стороны, респонденты из числа ЛЖВ, участвующие в фокус - группах, положительно отзывались о сотрудниках центров СПИД (в частности сотрудниках центра СПИД в городах Алматы и Семипалатинск):

□ *«И я хотела бы отметить, кто обращался в другие медицинские учреждения, так как разговаривают в СПИД центр, с нами нигде не разговаривают - уважительно, понимающе, скорее всего они даже не смотрят на то, что ты в употреблении активном и все равно разговаривают как с человеком. Я была удивлена, как разговаривают. Так ласково, как в СПИД центр нигде так ласково не разговаривают»*

В Казахстане ЛУИН составляют большую часть ЛЖВ, поэтому можно предположить, что отрывы от диспансерного наблюдения и лечения в этой группе, вследствие ее трудной доступности для медицинских сервисов, могут происходить чаще.

Как компонент процедуры включения в программы медицинской помощи в связи с ВИЧ в центре СПИД многие ЛЖВ проходят флюорографический скрининг на ТБ на уровне учреждений первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). При наличии кашля и/или других жалоб, подозрительных в отношении ТБ, специалисты центра СПИД направляют ЛЖВ в территориальные учреждения ПМСП для проведения диагностического алгоритма на ТБ. При постановке на диспансерный учет ЛЖВ с отрицательным результатом скрининга на ТБ таких пациентов направляют к фтизиатру для назначения профилактического лечения изониазидом.(80) С января 2013 г. ЛЖВ включены в группу исследования на ТБ с использованием ускоренных методов диагностики (Gene-Xpert). На уровне ПМСП контакт ЛЖВ с больными ТБ исключен, так как больные ТБ, получающие лечение на уровне ПМСП не являются бактерио – выделителями. Кабинеты ДОТ имеют отдельный вход и выход (19,80).

Одной из ключевых проблем является отсутствие нормативных документов, определяющих порядок предоставления медицинских услуг и назначения

АРТ для мигрантов, лиц, освободившихся из мест лишения свободы, и граждан других государств (профилактические услуги для данных категорий доступны) (22, 79).

Барьеры при постановке на диспансерный учет:

- *недостаточный охват программами ОЗТ для ЛУИН;*
- *мифы и страхи, бытующие среди КГН;*
- *бюрократические проблемы при взятии на диспансерный учёт трудовых мигрантов и освободившихся из тюрем, граждан других государств, постоянно проживающих в Казахстане.*

3.3. АРТ

В Республике Казахстан функционирует 23 учреждения здравоохранения, которые предоставляют АРТ.

Начиная с 2009 г., закупка АРВ-препаратов для взрослых и детей полностью обеспечивается за счет государственных средств. Медицинская помощь ВИЧ-позитивным пациентам осуществляется в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.

На конец 2015 г. АРТ получали 6 285 пациентов, что составило 42% от числа ЛЖВ, состоящих на диспансерном учете, что обусловлено критериями назначения АРТ. Показаниями к назначению АРТ является уровень $CD4 < 350$ кл/мм³ (19).

Процент пациентов, прервавших лечение, относительно невысокий - 11% (712 пациентов). Основными причинами выпадения из континуума услуг в связи с ВИЧ – инфекцией на данном этапе являются: отказ пациентов начинать прием препаратов, низкая приверженность и побочные/токсические эффекты, низкая доступность ОЗТ, недостаточное развитие интегрированных услуг и употребление наркотиков (19).

Как и в случае диспансеризации, нерешенным вопросом при назначении АРТ остается предоставление услуг лицам без определенного места жительства,

освободившимся из мест лишения свободы и внутренним мигрантам.

Основными схемами лечения, которые использовались на 01 января 2016 г. были: AZT+3TC+NVP и AZT+3TC+EFV. Ежегодно увеличивается количество пациентов на схеме TDF, FTC и ABC. В настоящее время утвержден клинический протокол ведения пациентов с ВИЧ инфекцией в соответствии с рекомендациями ВОЗ 2013 г.

В 2013 г. средняя стоимость препаратов первого ряда составила 944 USD на пациента в год, а второго ряда — 1 627 USD (23).

Участники фокус - групп отметили низкий уровень информированности пациентов о наличии и доступности лечения ВИЧ-инфекции в стране:

«Вот вчера у женщины выявился ребёнок, а она не хотела приезжать. Потому что она считала, что лечения нет, что ребёнок её всё равно умрёт»

В 2014 г. АРТ было назначено 271 пациенту с ВИЧ/ТБ, при этом охват антиретровирусной терапией оставил только 43,3% от числа больных с двойной патологией, а охват профилактическим лечением котримоксазолом составил 78% (21).

Барьеры при назначении АРТ:

- протоколы лечения предусматривают назначение АРТ при уровне $CD4 < 350$ кл/мм³ что ограничивает доступ к лечению для ЛЖВ;
- недостаточный охват ВИЧ - позитивных ЛУИН услугами ОЗТ, что приводит к проблемам формирования приверженности, случаям прерывания лечения и отказам от лечения в этой группе пациентов;
- недостаточный менеджмент побочных эффектов;
- мифы и недостаток информации об АРТ у пациентов.

3.4. Достижение вирусной супрессии

В 2013 г. определение ВН было проведено для 3 093 пациентов, из них, у

значительного количества - 2 111 (68%) пациентов ВН была меньше 1000 копий/мл(21). Однако непосредственно само исследование для определения ВН проводилось только у 60% пациентов.

По результатам проведенных фокус - групп было выяснено, что наиболее распространенными причинами отказа от АРТ являются побочные эффекты на фоне приема АРВ-препаратов и химические зависимости (употребление наркотических средств или алкоголя). Кроме того, респонденты отмечали нежелание ЛЖВ рассказывать своим родственникам о заболевании и о лечении, что приводит к отказам от АРТ. Многие респонденты отмечали барьеры, связанные с отдаленностью и неудобным месторасположением СПИД - центров, необходимостью регулярно их посещения для получения АРВ - препаратов, что для ЛЖВ представляется сложным из-за отсутствия средств на проезд.

Барьеры достижения вирусной супрессии:

- *проблемы формирования и сохранения приверженности*
- *проблемы организации мониторинга и менеджмента побочных эффектов);*
- *недостаточный доступ к ОЗТ для ЛЖВ, получающих АРТ;*
- *недостаточный доступ к определению вирусной нагрузки.*

Раздел 4. Рекомендуемые направления адвокационной деятельности

- Объединение усилий всех заинтересованных сторон с целью создания условий и формирования мотивации представителей КГН к тестированию на ВИЧ.
- Объединить усилия государственных структур и неправительственных организаций с целью мотивации представителей КГН к получению медицинской помощи, для борьбы со стигмой и самостигмой.

- Адвокация расширения доступа к ОЗТ как метода формирования приверженности ЛЖВ/ЛУИН к медицинским услугам и к АРТ.
- Адвокация пересмотра национальных протоколов в соответствии с современными подходами к назначению АРТ с обеспечения универсального доступа к АРТ.
- Объединение усилий всех заинтересованных сторон с целью формирования взаимодействия противотуберкулезной службы и учреждений, предоставляющих услуги в связи с ВИЧ – инфекцией.
- Объединение всех заинтересованных сторон с целью разработки и внедрения эффективной системы социального сопровождения пациентов на АРТ с целью снижения риска отрывов от лечения.
- Усиление адвокационных кампаний, направленных на формирования интегрированных сервисов для пациентов с коинфекцией ВИЧ/ТБ с целью обеспечения своевременной диагностики, профилактики и лечения.

Кыргызская Республика

Раздел 1. Эпидемиологическая ситуация в Кыргызской Республике

Эпидемия ВИЧ в Кыргызской республике находится в концентрированной стадии

В Республике Кыргызстан принята «Государственная программа по стабилизации эпидемии ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике на 2012-2016 годы» и программа реформирования здравоохранения «Ден Соолук» на 2012-2016 гг. Государственная программа по стабилизации эпидемии ВИЧ является составной частью Стратегии развития страны, основанной на Целях развития тысячелетия. Программа направлена на предотвращение дальнейшего распространения ВИЧ, обеспечение доступа к диагностике, лечению, уходу и поддержке ЛЖВ, усилению системы здравоохранения. В областях работа по профилактике ВИЧ осуществляется на основании областных программ и ведомственных планов по реализации мероприятий Государственной программы. Выполнение мероприятий в рамках стратегий Государственной программы отслеживается на основе национальных индикаторов и отчетов по реализуемым мероприятиям. Сбор данных осуществляет Министерство здравоохранения и ежегодно предоставляет обобщенный отчет в Правительство КР (24).

По оценкам с использованием программы «Спектр» в 2014 г. в стране оценочное количество ЛЖВ составило 8 012.(24)

Основными тенденциями развития эпидемии ВИЧ в Кыргызстане является:

- преобладание полового пути передачи ВИЧ (в 2014 году среди новых случаев ВИЧ – инфекции передача половым путем выросла до 62,3%, доля передачи парентеральным (инъекционным) составила 28,6%); (24, 25)

- рост доли женщин среди новых случаев ВИЧ (в 2010г. женщины составляли 30% из числа вновь зарегистрированных ЛЖВ, то в 2014г. они составили уже 43,7%);(24, 25)

- снижение распространенности ВИЧ среди молодых ЛУИН в возрасте до 25 лет на 6,4% (2010 г. - 8%, 2013 г.- 1,6%). (24, 25)

Кыргызская Республика остается страной с низким уровнем распространения ВИЧ. По данным РЦ «СПИД» на 1 января 2015 года всего зарегистрировано 5760 лиц, живущих с ВИЧ-инфекцией, из них 5505 граждане КР, и из них 691 больных на терминальной стадии. В 2014 году доля людей, живущих с ВИЧ (далее ЛЖВ) употребляющие инъекционно наркотики составляют 28,6%. Показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Кыргызской Республике на 100 000 населения составил в 2011 г. – 10,8, в 2012 г. – 12,5, в 2013г. – 8,5, в 2014г. – 10,5. (24)

Случаи ВИЧ-инфекции зарегистрированы во всех регионах республики. По данным РЦ «СПИД» на 1 января 2015 г. наибольшее число ЛЖВ зарегистрировано в Чуйской области (29,9% от всех зарегистрированных), в Ошской области (19,6%), г. Ош (16,8%) и г. Бишкек (15%). Наименьшее число ЛЖВ зарегистрировано в Таласской (1,3%) и Нарынской (1,5%) областях

За последние пять лет (с 2010 по 2014 гг.) число официально зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в стране увеличилось (с 2718 случаев на 01.01.2010 г. до 5760 – на 01.01.2015 г.) в два раза, а число женщин в 2,2 раза. Из них 2,4% женщин является потребителями наркотиков, у 10% женщин половые партнеры ЛУИН, у 87,6% женщин половые партнеры не имели отношения к употреблению наркотиков.

Основная доля выявления ВИЧ-инфекции приходится на категорию трудоспособного и репродуктивного возраста 20-39 лет – 67,4%. Доля ВИЧ-позитивных детей в возрасте до 15 лет составила 9,6 % (24)

КГН в Кыргызстане включают ЛУИН, заключенных, СР, МСМ; однако основным драйвером эпидемии остаются ЛУИН. Не смотря на то, что доля ЛУИН среди новых случаев снизилась, кумулятивно ЛУИН составляют 58% среди ЛЖВ, которые знают свой диагноз. (25)

Распространенность ВИЧ среди ЛУИН по данным ДЭН 2013 года составила 12,4%, и имела значительные колебания в различных регионах. (25, 26)

Позитивным фактором является снижение на 6,4% распространенности ВИЧ среди молодых ЛУИН в возрасте до 25 лет (2010 г. 8%, 2013 г. 1,6%).

МСМ в Кыргызской Республике являются закрытой группой, поэтому данные ДЭН, касающиеся МСМ, репрезентативны только для г. Бишкек. Распространенность ВИЧ среди МСМ составила 13,3%. (84,85) Низкий уровень распространенности вирусного гепатита С (2,2% в 2013 г.), увеличение распространённости сифилиса (до 13,3% в 2013 г.) и наличие симптомов ИППП (17%) в 2013 году позволяет предполагать преобладание полового пути передачи ВИЧ среди МСМ (26).

Распространенность ВИЧ среди заключенных сократилась почти вдвое с 13,7% в 2010 г. до 7,6% в 2013 г. и остается достаточно высокой.

В Республике Кыргызстан зарегистрированы случаи инфицирования детей парентеральным путем, что обусловлено вспышкой ВИЧ – инфекции в Ошской области в 2007 году: на 01.01.2015 г. зарегистрировано 523 ребенка, из них парентеральный путь передачи — 345, вертикальный — 155, половой — 2, неуточненный — 21.

Умерло за все годы 1096 ЛЖВ, из них на стадии СПИД - 346 человека. Смертность от ВИЧ значительно возросла за последние годы и утроилась по сравнению с 2008 годом. Это тревожная тенденция отражает позднюю диагностику, поздний охват медицинскими услугами, позднее назначение АРТ, и проблемы удержания на АРТ, рост числа случаев ВИЧ/ТБ и неудовлетворительный менеджмент случаев ВИЧ,ТБ. В 2013 году, туберкулез явился причиной 58% смертей ЛЖВ. (25).

Раздел 2. Анализ каскада лечения ВИЧ-инфекции

По состоянию на 01.01.2015 оценочная численность ЛЖВ в Кыргызской Республике составляла 8 021, из них 5 642 (70%) знали о своем ВИЧ-статусе, 2 480 (31%) состояли на диспансерном учете в связи с ВИЧ-инфекцией, 1 942 (24%) получали АРТ и 1 223 (15%) достигли вирусной супрессии (Рис. 7).

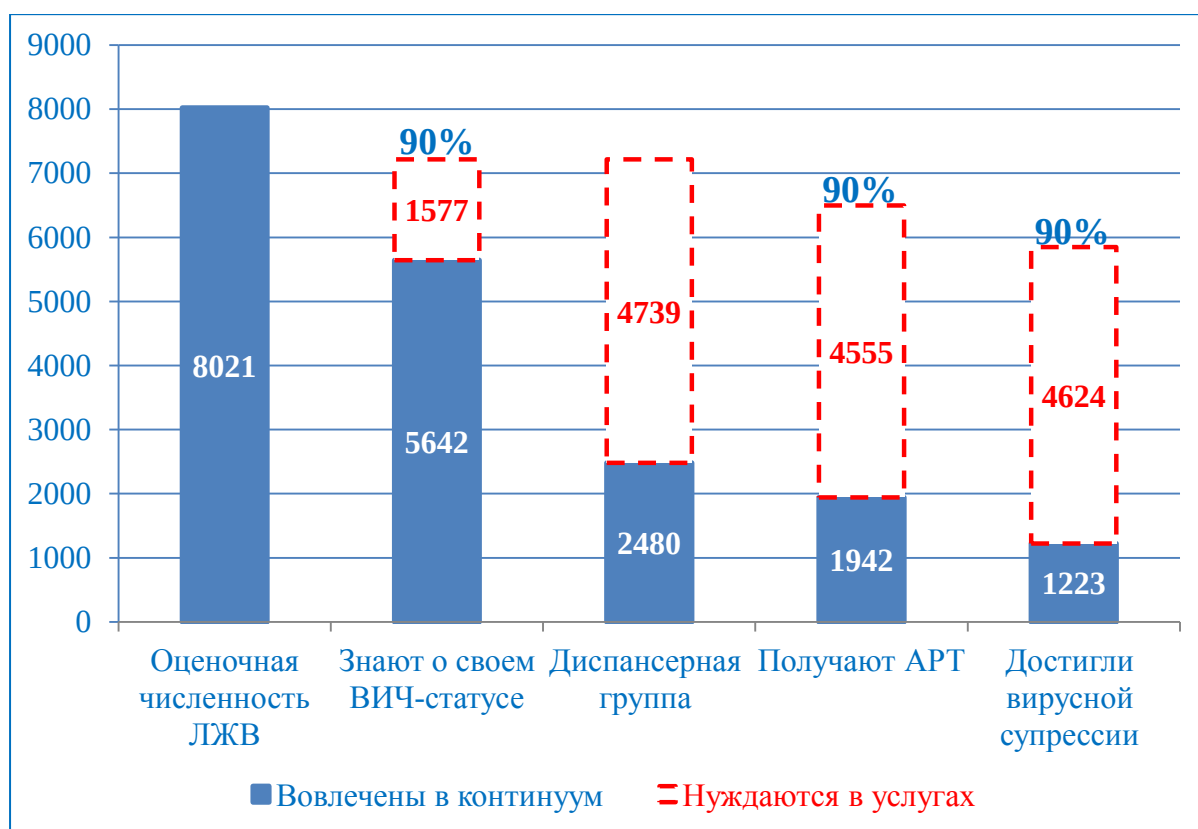


Рисунок 6 Каскад лечения ВИЧ - инфекции, 2014 г.

Как демонстрирует каскад лечения, практически на всех этапах получения услуг, связанных с ВИЧ – инфекцией, отмечаются существенные потери пациентов, однако на этапе диспансеризации эти потери наиболее значительные.

Раздел 3. Анализ доступа к услугам непрерывной помощи для ЛЖВ и

ключевых групп населения и определение барьеров к услугам

3.1. Консультирование и тестирование на ВИЧ

Порядок обследования на ВИЧ - инфекцию регулируется положениями «Закона о ВИЧ/СПИДе в Кыргызской республике», который принят 27 июня 2005 г.

В Кыргызской Республике тестирование на ВИЧ чаще всего проводится добровольно. Обязательное тестирование предусмотрено при обследовании доноров крови, биологических жидкостей, органов и тканей; иностранных граждан и лиц без гражданства, в случаях, предусмотренных международными договорами; а также представителей некоторых профессий. Принудительное тестирование на ВИЧ может быть проведено по решению суда при сохранении конфиденциальности.

Тестирование на ВИЧ для всех категорий населения проводится бесплатно. ДКТ с использованием экспресс-тестов (включая тестирование околоснежной жидкости) проводится на базе 20 НПО (25). Кроме того, тестирование на ВИЧ доступно в 63 лечебных учреждениях по всей стране: 9 центрах по борьбе со СПИДом, 54 учреждениях общественного здравоохранения (включая противотуберкулезные диспансеры, центры первичной медицинской помощи и 11 медицинских учреждений в пенитенциарной системе). В Кыргызстане 46 диагностических лабораторий выполняют скрининговую диагностику ВИЧ методом ИФА, а две референс - лаборатории на базе Республиканского центра СПИДа и центра СПИДа г. Ош проводят подтверждающие исследования методом иммунного блотинга. В связи с тем, что образцы крови позитивных пациентов для проведения подтверждающих исследований, доставляются в референс - лабораторию, пациент должен ждать подтверждающих результатов теста более одного месяца (25).

Все пациенты противотуберкулезных учреждений имеют доступ к

тестированию на ВИЧ, в 2014 г. 7052 (95%) больных туберкулезом были обследованы на ВИЧ (27).

В 2014 г. на ВИЧ было протестировано 436 347 граждан Кыргызской Республики, что составило 7,5% от численности населения страны, из них 92% узнали свои результаты. Основное количество обследований приходится на беременных женщин — 43,4%, из них у 0,04% женщин тестирование определило позитивный результат. Несмотря на то, что уровень инфицирования ВИЧ в КГН достаточно высокий, охват тестированием представителей данных групп является недостаточным; ЛУИН – 20%, СР – 17%, и МСМ – 1,2%.

С целью улучшения доступа к тестированию на ВИЧ в 2012 г. разработано и утверждено руководство по экспресс-тестированию на ВИЧ КГН, в том числе, с исследованием околодесневой жидкости (приказ Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики от 18.09.2012 г № 517. «Внедрение тестирования на ВИЧ методом экспресс-тестирования среди уязвимых групп населения»). В 2014 г. был утвержден приказ о расширении экспресс-тестирования еще на девять НПО (приказ Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики от 15.04.2014 г. №394 «О расширении экспресс-тестирования на ВИЧ среди уязвимых групп населения»).

Экспресс-тестирование на ВИЧ проводят обученные сотрудники 19 НПО. В 2014 г. быстрыми тестами было обследовано 7 273 представителей КГН, выявлено 305 ЛЖВ (4,2%), однако только 91 человек (30% от выявленных) был взят на диспансерный учет (25) (Табл.4).

Таблица 3 Характеристики предоставления услуг ДКТ и связи с диспансерным наблюдением для представителей КГН на базе неправительственных организаций, Кыргызская Республика, 2014 г.

КГН	Обследовано	ВИЧ+	Взято на Д-учет
-----	-------------	------	-----------------

ЛУИН	3 885	233	58
МСМ	836	34	21
СР	2 552	38	12
Всего	7 273	305	91

По мнению участников фокус - групп, одним из барьеров к тестированию является страх:

- ☐ *«Из-за страха, просто - на просто» . (Из-за страха чего?) «Что выявят и потом. Первым делом, когда мы это узнаем, очень тяжело. Когда нет рядом поддержки, что кто-нибудь сказал: ты не переживай, туда-сюда. Это очень тяжело. Поэтому, я, допустим, тоже, когда первый раз узнала, для меня это был шок. У меня просто муж рядом был, и он меня поддержал. А если б не он, я не знаю, наверное, уже не было б. Мы просто боимся этого»*
- ☐ *«Страх, бояться узнать диагноз. Мало информации где и как это можно сделать»*

Барьерами доступа к тестированию являются:

- Низкая мотивация к тестированию среди представителей КГН (25);
- Длительная процедура проведения подтверждающих исследований;
- Самостигматизация и страх представителей КГН;
- Недостаточный охват ключевых групп услугами НПО.

3.2. Диспансеризация

В Кыргызской Республике представители КГН получают медицинские услуги независимо от места регистрации.

Взятие на диспансерный учет в Кыргызстане является одной из ключевых

проблем континуума услуг. На учете состоит только 31% от оценочной численности ЛЖВ или 44% из числа ЛЖВ, знающих свой статус (2 480 пациентов).

В 2014 г. было взяты на диспансерный учет только 30% ЛЖВ от общего количества ВИЧ - позитивных лиц, которые были выявлены при содействии НПО (25).

Сохраняется проблема поздней диагностики ВИЧ, особенно в группе ЛУИН. Доля ЛЖВ с уровнем $CD4 \leq 350$ кл/мм³ и наличием клинических симптомов ВИЧ-инфекции на момент установления диагноза составила 40%. В 2013 г. 66% новых случаев ЛЖВ-ЛУИН имели уровень $CD4$ менее 200 кл/мм³ (25).

По мнению участников фокус групп, ключевым барьером при обращении за медицинской помощью является страх, самостигматизация недостаточное внимания к собственному здоровью:

□ *«Страх. Еще бояться, что его там увидят, что если он в этот кабинет зашел то, что-то с ним не то. Там, например, есть такие девушки в хиджабах, она стоит как будто в другой кабинет, она посмотрела, что в коридоре никого нет, и раз зашла в этот кабинет»*

□ *«Самочувствие нормально, люди себя хорошо чувствуют и не обращаются»*

□ *«Есть категория людей, особенно женщины, чего они бояться? Во-первых, это как я сообщу мужу? Муж меня здесь увидит и что он скажет? А источник кто был? – Муж! Потом если женщина беременная, тут вообще головоломка начинается. Тут нужно и ребенка сохранить и психоэмоциональное и семью сохранить, и не сказать тоже как?»*

□ *«А мужики, которые приходят, вот: «А как я скажу своей жене?» Я им всегда открыто говорю, если ты джентльмен, если ты мужик, ты скажешь!»*

Барьеры при постановке на учет:

- Низкий уровень социальной адаптация большинства ЛУИН: отсутствие прописки; документов, удостоверяющих личность, постоянного места жительства, работы, перемещение в пределах и за пределами страны);
- отсутствие должной мотивации к сохранению собственного здоровья;
- высокий уровень само стигматизации и наличие мифов;
- недостаточное качество социального сопровождения и механизмов переадресации из НПО в медицинские учреждения, которые оказывают ВИЧ-услуги.

3.3. АРТ

В Кыргызстане основным документом, регулирующим государственные закупки, является Закон «О государственных закупках» № 69 от 24 мая 2004 г.; более детальные положения содержатся в других законах и подзаконных актах. В Кыргызстане действует централизованная система закупок лекарственных средств. На основании заявок, полученных от организаций здравоохранения, Министерство здравоохранения формирует сводную заявку централизованной закупки лекарственных средств на год с поквартальной разбивкой в разрезе областей, и вносит заявку в Фонд обязательного медицинского страхования не позднее двух месяцев до начала года. Фонд выполняет централизованную закупку лекарственных препаратов в соответствии с требованиями Закона «О государственных закупках». В 2014 году все АРВ препараты в Кыргызстане закупались в рамках проекта Глобального фонда (29).

В 2014 г. определение уровня CD4 было доступно только для половины всех пациентов, находящихся на диспансерном учете (24).

В Клинические протоколы по ВИЧ-инфекции, утвержденные Приказом Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики от 22.01.2015г,

№29 внесены изменения, расширяющие доступ к АРТ для ВИЧ позитивных пациентов:

- Рекомендуется назначать АРТ при уровне $CD4 \leq 500$ кл/мм³ (приоритет для пациентов с $CD4 \leq 350$ кл/мм³). Кроме того, рекомендуется назначение АРТ независимо от уровня CD4 пациентам с III и IV стадиями ВИЧ-инфекции, ко-инфекцией (ТБ, гепатит В или С), беременным или кормящим матерям, ВИЧ-позитивному партнеру из дискордантной пары.
- Стандартом первой линии АРТ является режим из двух НИОТ, третьим компонентом может быть ННИОТ или усиленный ингибитор протеаз.

Схемы на основе AZT применяются в 65% случаев, TDF — 6,2% и на основе ABC — 3,1%.

В среднем, стоимость АРВ-препаратов первой линии составила 198 USD, второй 620 USD на пациента в год.

В республике 76 учреждений здравоохранения предоставляют АРТ. Антиретровирусные препараты закупают за счет средств ГФ и распределяются между центрами СПИД (7 областных, 1 городской), далее в районные Центры Семейной Медицины или Группам Семейных Врачей (25). Среди пациентов, получающих АРТ, 34,7% - ЛУИН, 6,6% - дети, рожденный от ВИЧ-позитивных матерей, и 0,5% МСМ. ЛЖВ, одновременно получающие АРТ и ОЗТ, составляет 9,3%. В пенитенциарной системе находятся 488 ЛЖВ, из них 176 (36%) получают АРТ(24). Данные по охвату антиретровирусной терапией отдельных КГН не доступны.

Как показали результаты фокус - групп, часть ЛЖВ не знает о том, что АРТ доступна и предоставляется бесплатно:

□ *«У меня тоже есть знакомый, который не знает об АРТ, у него ВИЧ, семейные пары, они не знают, что есть лекарства и что их нужно пить.»*

Также пациенты отмечают перебои в поставках препаратов:

□ *«Вот один раз мы с мужем ходили за его лекарством, я не знаю, что у них там было, врач открывал тюбик и говорит, просто нет лекарств, ты же не один, и вот он кулечки делал и 10 штук каждому откладывал. И сказал прийти еще через 10 дней. Вот мы говорили, что нет возможности часто приходить, денег нет, но вот нужно было делить на всех»*

В 2015 г. был утвержден клинический протокол «Лечение сочетанной формы туберкулеза и ВИЧ среди взрослых и подростков». Лечение туберкулеза у пациентов с ко - инфекцией ВИЧ/ТБ чаще всего обычно проводят в стационаре во время интенсивной фазы противотуберкулезной терапии. Амбулаторные услуги доставляются в семи противотуберкулезных диспансерах. В учреждениях, предоставляющих медицинские услуги ЛЖВ, имеются сложности с оказанием помощи больным с ТБ/ВИЧ, включая: высокий уровень стигмы в отношении пациентов с ВИЧ и ТБ, ограниченное число сотрудников и высокую текучесть кадров. АРВ - препараты не доступны в противотуберкулезных учреждениях и лечение туберкулеза не доступно в лечебных учреждениях, оказывающих помощь ЛЖВ. Не организована система переправления пациентов из противотуберкулезной службы в службу СПИДа, и наоборот (25).

В 2014 г. 84,6% ЛЖВ прошли скрининг на туберкулез. По состоянию на 1 января 2015 г. на учете состояло 679 больных с ко-инфекцией ВИЧ/ТБ, из них 421 (62%) получали АРТ. В 2014 г. профилактическое лечение изониазидом получали 17,6% ЛЖВ. Профилактическое лечение

котримоксазолом получают практически все больные с сочетанной инфекцией (27).

Из 219 ЛЖВ, умерших в 2014 году, от туберкулеза умерло 73 человек, что составляет 33% (24).

Участники фокус - групп также указали на сложности получения медицинской помощи больными с ВИЧ/ТБ:

☐ «Для ЛЖВ/ТБ есть отдельное лечение. Сначала начинают лечения ВИЧ, а потом посылают на лечения от ТБ, так как лечения этих обоих заболеваний сразу не бывает. У них несхожие лекарства, совсем разная программа. Для ЛЖВ\ТБ, когда выдаются лекарства. Выдаются сразу на 2-3 месяца сразу»

☐ « ..нужно сначала лечить ТБ а потом назначать АРТ за редкими исключениями.»

Барьеры доступа к АРТ

- дефицит знаний пациентов о возможности получения бесплатного лечения;
- перебои в поставках АРВ препаратов.

3.4. Достижение вирусной супрессии

В 2014г. не было зарегистрировано перебоев поступления антиретровирусных препаратов. Количество ЛЖВ (взрослых и детей) на АРТ спустя 12 месяцев после начала получения терапии составило 85% (25).

Из 1 718 ЛЖВ, получающих АРТ, исследование ВН проводилось у 1111 ЛЖВ, у 692 (62,3%) ВН составляла от 0 до 500 копий/мл, а у 720 (64,8%) не превышала 1 000 копий/мл (24).

Учитывая, что более 50% ЛЖВ составляют ЛУИН, актуальным является вопрос охвата услугами ОЗТ.

ОЗТ в Кыргызстане предоставляется на 30 сайтах в разных районах страны, включая пенитенциарные учреждения. На 01.01 2014 г. число клиентов ОЗТ

достигло 1 424 человек (при оценочном числе ЛУИН в 25 500 человек). Требуют дополнительного анализа причины отрывов от программ ОЗТ. В программы заместительной терапии метадонот были включены более 3 000 клиентов, но через 12 месяцев продолжали получать ОЗТ только 29 - 40% участников (25).

Участники фокус - групп указали на важность интеграции сайтов ОЗТ и ВИЧ-услуг:

□ *«В городском центре СПИД была такая практика, открытое окно, там метадонотый сайт, там только ВИЧ были и там сразу по месту и консультация инфекциониста, фтизиатра, СД4 и вирусная нагрузка, но он работал только 1 год. Почему закрыли, я не могу сказать»*

Один из участников фокус-групп таким образом описал причины отказа от АРТ:

□ *«Зависимость, алкоголь, наркотики, и потом неверие в эффективность АРВ, когда просто не донесли информацию и человек ее просто не принимает. Нюансов море, кто занаркоманился, кто-то заалкашился»*

Барьеры доступа к вирусной супрессии:

- низкая приверженность к лечению у ЛУИН;
- проблемы менеджмента побочных эффектов АРТ.

Раздел 4. Рекомендуемые направления адвокационной деятельности

- Объединение усилий всех заинтересованных сторон с целью разработки и внедрения эффективного механизма социального сопровождения клиентов после тестирования, в том числе на базе

сообществ, для своевременного взятия на диспансерный учет, обеспечения лечением.

- Социальная мобилизация представителей сообществ и НПО с целью мотивации представителей КГН к тестированию и лечению.
- Адвокация при поддержке международных и национальных партнеров пересмотра алгоритма тестирования на ВИЧ с целью сокращения времени получения окончательного результата обследования.
- Мобилизация сообществ на борьбу со стигмой и самостигмой с целью профилактики отрывов представителей КГН от услуг, связанных с ВИЧ – инфекцией,
- Адвокация при поддержке международных и национальных партнеров формирования эффективной системы плановых закупок АРТ и оптимизация схем лечения.
- Адвокация создания эффективной системы менеджмента побочных эффектов при активном участии сообществ с целью минимизации отрывов от лечения.
- Адвокация расширения доступа к программам ОЗТ для ЛЖВ как метода формирования приверженности к лечению.
- Социальная мобилизация ВИЧ – сервисных организаций и сообществ с целью усиления их роли в работе по формированию приверженности и удержанию пациентов на АРТ.

Российская Федерация

Раздел 1. Эпидемиологическая ситуация в Российской Федерации

Российская Федерация — страна с самыми большими масштабами развития эпидемии ВИЧ в ВЕЦА, в которой эпидемия в ряде регионов перешла из концентрированной стадии в генерализованную.

В 2014 году в Российской Федерации парентеральный путь передачи составил 57,3% среди новых случаев ВИЧ - инфекции.

Первая Государственная стратегия противодействия распространению ВИЧ в Российской Федерации на период до 2020 г. была разработана и утверждена только в 2016 г. (Распоряжение от 20 октября 2016 года №2203-р). Федеральным законом Российской Федерации от 30 марта 1995 г. «О мерах по предупреждению распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекцией)» определены основы государственной политики в области противодействия ВИЧ-инфекции. (30)

В настоящее время основным инструментом реализации данной политики является государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденная постановлением Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 г. № 294, а также региональные программы. Финансовое обеспечение реализации мероприятий, направленных на профилактику, выявление, лечение и мониторинг лечения больных ВИЧ-инфекцией осуществляется из разных источников, но основные расходы производятся из федерального бюджета. (30)

В субъекты Российской Федерации были перечислены средства федерального бюджета для закупки диагностических средств и антивирусных препаратов для профилактики, выявления, мониторинга лечения и лечения лиц, инфицированных ВИЧ, вирусными гепатитами В и С, а также на реализацию мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции и гепатитов В и С, включающих в себя кампании по информированию и обучению различных групп населения средствам и методам профилактики ВИЧ-инфекции и гепатитов В и С.

Основными тенденциями эпидемии в Российской Федерации в 2014 году являются:

- переход эпидемии в генерализованную стадию в отдельных регионах стран, о чем свидетельствует выход эпидемии из уязвимых групп населения в общую популяцию;
- рост доли парентерального пути передачи ВИЧ-инфекции среди наркопотребителей. (30)
- преобладание парентерального пути передачи ВИЧ (в 2014 году - 57,3% среди новых случаев);
- рост заболеваемости и смертности от туберкулеза среди людей, живущих с ВИЧ, включая тех, кто получает антиретровирусную терапию (в 2014 году зарегистрировано 14394 новых ТБ/ВИЧ, что составило 38% среди новых случаев ТБ. Умерло 6685 пациентов с ТБ/ВИЧ) (30)

По данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом (ФНМЦ СПИД) на 01.01.2015 г. оценочная численность ЛЖВ составляла 13000, ЛУИН - 2 500 000, МСМ - 1 500 000 и СР - 1 000 000. По данным, представленным страной в «Отчете о мерах по борьбе с ВИЧ/СПИД за 2014 год», общее число ЛЖВ, зарегистрированных в Российской Федерации на 1 января 2015 г. составило 742 631 человека, из них мужчин 61% (452 892 случаев) и 39% женщин (289 739 случаев) (30).

Одной из ключевых проблем является отсутствие единой системы мониторинга ВИЧ – инфекции в Российской Федерации: данные Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом (ФНМЦ СПИД) отличаются от данных Министерства здравоохранения: по данным ФНМЦ СПИД на 01.01.2015 г. зарегистрировано 937 068 ЛЖВ (из них – 913 035 граждан РФ).

В Российской Федерации ВИЧ распространен преимущественно среди городского населения (74%). В 2014 г. было зарегистрировано 92 613 новых случаев ВИЧ-инфекции. Среди впервые выявленных ЛЖВ в 40% случаев диагноз установлен у женщин (37144 случаев) и в 60% случаев диагноз установлен у мужчин (55 469 случаев). Доля иностранных граждан составляет 2% среди всех ЛЖВ и 4,3% среди новых случаев ВИЧ.

У 57,3% ЛЖВ с установленными факторами риска заражения, впервые выявленных в 2014 г., основным фактором риска было употребление наркотиков нестерильным инструментарием. Гетеросексуальные контакты как основной фактор риска заражения был указан у 40,3% ЛЖВ впервые выявленных в 2014 г. Доля ЛЖВ-МСМ среди новых случаев ВИЧ-инфекции в 2014 г. составила 1,2%.

Из числа зарегистрированных ЛЖВ 3,4% (24 940) умерли в 2014 г.

В 2014 г. на диспансерном наблюдении находилось 522 611 больных ВИЧ-инфекцией, Среди состоящих на учете преобладали мужчины - 297 569 больных (57%).

Среди больных, состоящих на учете, стадия СПИДа была зарегистрирована у 37 217 (7%) пациентов. В отчетном году стадия СПИДа была выявлена у 9 151 больного (9,8% от числа впервые выявленных). Умерло больных СПИДом - 6 753 человек (18% из общего числа больных на стадии СПИДа).

Из 522 611 ЛЖВ, состоявших на диспансерном учете в 2014 г., в этом же году прошли обследование в 2014 году 461 295 больных (88,3%). Обследование с целью определения степени иммуносупрессии проведено у

439 912 пациентов (84% от состоящих на диспансерном учете), вирусная нагрузка определена у 415 472 больных (79% от диспансерной группы) (31).

Раздел 2. Анализ каскада лечения ВИЧ-инфекции

По состоянию на 01.01.2015 в Российской Федерации только 57 % от оценочного числа ЛЖВ знали свой статус (Рис. 8). На диспансерном учете состоят 70% от числа знающих статус или 40 % от оценочного числа ЛЖВ. АРВ – терапию получают 34% диспансерной группы, что составляет 14% от оценочного числа ЛЖВ в стране [2]. Данные о количестве ЛЖВ, достигших вирусной супрессии, в открытом доступе отсутствуют.

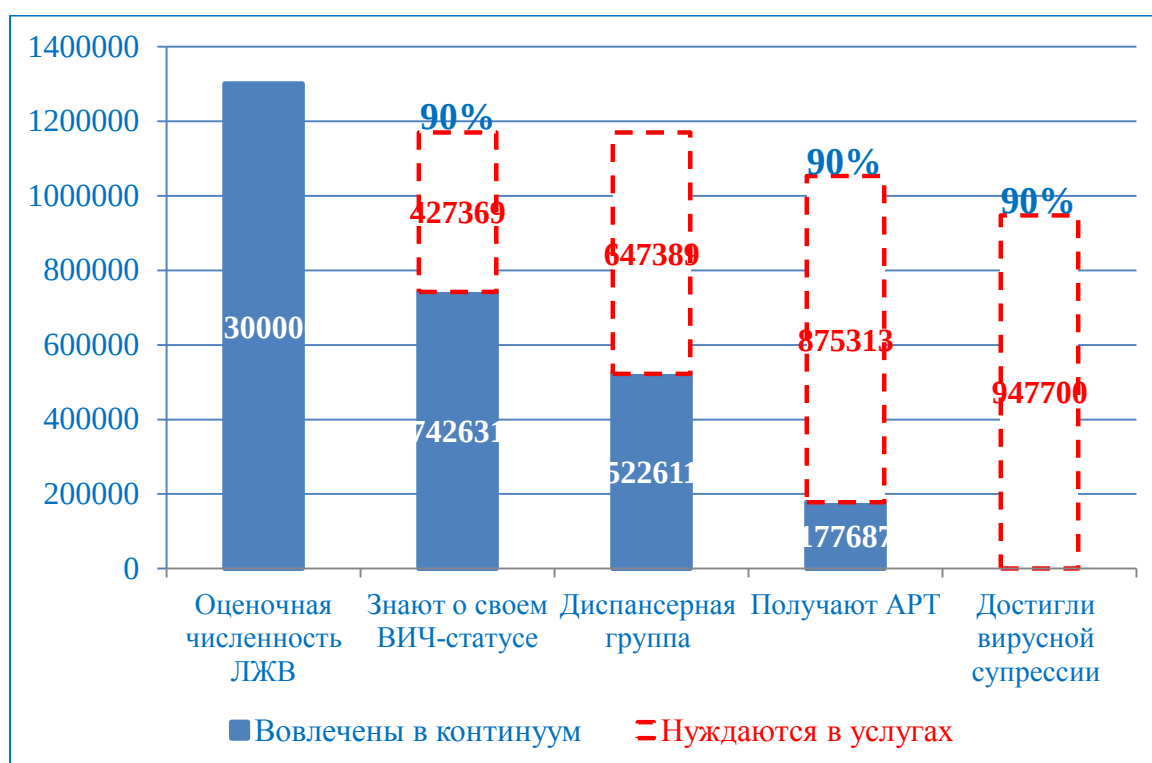


Рисунок 7 Каскад лечения ВИЧ - инфекции, 2014 год.

Выпадение из континуума услуг наблюдаются на всех этапах каскада, но ключевыми направлениями адвокационных мероприятий могут стать

вопросы выявления ЛЖВ, охвата диспансеризацией и доступ к АРТ (36).

К сожалению, более детальная информация — каскад лечения в КГН — недоступна.

Раздел 3. Анализ доступа к услугам непрерывной помощи для ЛЖВ и КГН, определение барьеров к услугам

3.1. Консультирование и тестирование на ВИЧ

Согласно национальным стандартам обследование на ВИЧ проводится методом иммуноферментного анализа с подтверждением методом иммунного блотинга. Длительность получения результата подтверждающего тестирования занимает от 3 - 7 дней до одного месяца (32). Использование быстрых тестов предусмотрено для скрининга образцов донорской крови, обследования беременных, поступивших в роддом без планового результатов обследования на ВИЧ. Использование экспресс - тестов для обследования КГН Национальными клиническими рекомендациями по диагностике и лечению ВИЧ-инфекции у взрослых не предусмотрено (33).

Охват больных туберкулезом тестированием на ВИЧ в 2014 г. не превышал 50% (34).

Сокращение международного финансирования на сервисы для КГН, предоставляемые неправительственным сектором, ограничивает доступ к профилактическим услугам. Стратегия тестирования на ВИЧ недостаточно сфокусирована на КГН. Чаще всего тестирование на ВИЧ проводится в местах лишения свободы, по инициативе медицинского работника во время визита в медицинское учреждение, при оформлении различных официальных документов, устройстве на работу, ограничивает доступ представителей КГН к тестированию на ВИЧ (35).

В Российской Федерации существует проблема поздней диагностики ВИЧ-инфекции, особенно острая в наиболее пораженных регионах страны и регионах с низким охватом тестированием на ВИЧ (30, 36).

Участники фокус - групп отметили барьеры доступа к тестированию, связанные с малоэффективной логистикой проведения тестирования и необходимостью оплаты тестирования для лиц без клинических проявлений:

□ *“Первый раз я сдавала в районной поликлинике. Там неточный тест пришел. Еще пока ни да, ни нет. И для того, чтобы пересдать, я поехала в Центр, там есть специальное отделение, можно и анонимно, и по паспорту сдать. ... мне прямо по телефону озвучили диагноз положительный. Никак меня не подготовили, не сказали, чтоб приехала”*

□ *“Согласно законодательству РФ, каждый гражданин имеет право на бесплатное тестирование. В системе ОМС прописано, по какой причине может терапевт его направить – это 113 код, то есть наличие клинических проявлений. Всё. Если их нету, то извините – идите и платите.”*

Барьеры доступа к тестированию:

- задержки в получении подтверждающего результата тестирования;
- ограниченный доступ КНГ к услугам тестирования с использованием быстрых тестов;
- ограниченный доступ к тестированию на базе сообществ.

3.2. Диспансеризация

Всего в 2014 г. было впервые взято под наблюдение 73 538 ЛЖВ, в том числе 42 520 мужчин (57%) и 31 018 женщин (43%). Среди ЛЖВ, впервые взятых на диспансерное наблюдение, у 6,5% пациентов была зарегистрирована острая стадия ВИЧ-инфекции, у 64% — бессимптомная стадия заболевания (32).

Число больных, у которых зарегистрирована стадия СПИДа, составило 37 217, в 2014 г. стадия СПИДа была выявлена у 9 151 больного (9,8% от новых

случаев). Из общего количества больных, умерших в стадии СПИД 6 753 человек (18% из общего числа больных на стадии СПИДа) (32).

По мнению участников фокус - групп, ЛЖВ – внутренним трудовым мигрантам, не имеющим регистрации по месту фактического проживания, сложно получить услуги в связи с ВИЧ-инфекцией:

□ *«В Москве не очень-то все двери открыты, потому что у меня нет регистрации, будет она у меня только подмосковная. И пока что не знаю, куда идти. Пришла я недавно в Федеральный СПИД-центр, и там врач пошел мне на встречу, сказал, что он принимает только местных и без определенного места жительства, но раз мне так дорого сдать лабораторные анализы, то возьмет хоть вирусную нагрузку бесплатно»*

□ *«Я в другом городе не могу встать на учёт. Я приезжал, чтоб поставили. В Москву приехал – тоже отказали. Говорят, что без регистрации не могут поставить на учёт. Сейчас я стою на учёте в своём городе, а ездить за препаратами дорого»*

Дефицит корректной информации о заболевании, о доступности лечения ВИЧ-инфекции в среде ЛЖВ приводит к позднему обращению за услугами:

□ *«Я вот про себя могу сказать, почему я не хотела вставать на учёт. Я видела, что вокруг меня много ВИЧ - положительных и всё нормально у них, недохнут как мухи. Живут с этим диагнозом. И смысл мне бежать вставать на учёт? Мне было всё равно – встану я, не встану. Зачем? Встают на учёт, чтоб получать какие-то услуги в этом специализированном центре»*

Отдельные участники фокус - групп отметили неверие в правильность результата тестирования, страхи, а зачастую дискриминационные действия при постановке на учет:

□ *«У меня был страх, что вот начнут узнавать точки, кто с кем, где колосся, кому колос. Такие вопросы» (ЛУИН)*

□ *«Я столкнулась с этим при постановке на учет, меня прямо допрашивали. Где с кем, сколько человек» (СР)*

Среди ЛЖВ, состоящих на диспансерном учете, лечение от туберкулеза в общей сложности получили 34 225 больных - 90,8% от числа выявленных больных активным туберкулезом.

Химиопрофилактика туберкулеза изониазидом проводилась у 27 900 больных (5,3% от состоящих на диспансерном учете) (34).

Барьеры по данным представленного исследования и результатов ранее исследований(36,37) по изучению барьеров к диспансеризации:

- *вопросы транспортировки до ЛПУ, неудовлетворенность качеством услуг;*
- *негативное отношение персонала медицинского учреждения;*
- *личностные барьеры представителей КГН: низкое значение, придаваемое своему здоровью; внутренняя стигма и желание скрыть свой ВИЧ-статус, страх узнать реальную ситуацию в отношении здоровья;*
- *ограничения в доступе к услугам для внутренних трудовых мигрантов;*
- *централизация услуг: предоставление услуги, связанных с ВИЧ, исключительно в центрах СПИДа.*

3.3. АРТ

Согласно официальным данным, АРВ-терапию в 2014 г. получали 175 000 человек. По расчетам Федерального Центра СПИД количество людей, которые должны ее получать, составляет не менее 350 000 (3). По оценкам Всемирного банка общее число ЛЖВ в России к 2020 г. составит от 5,4 миллионов до 14 миллионов человек. Соответственно, существенно увеличится и потребность в АРВ препаратах.

По словам участников фокус - групп, большой объем и стоимость исследований, которые назначаются при первичном приеме у врача-инфекциониста в СПИД-центре приводят к задержке в назначении АРТ:

□ *«Раньше всё было бесплатно, и мы даже получали одно время талончики на томографию. Сейчас, конечно, никаких талончиков. Некоторые анализы, например, гормоны, не относящиеся к ВИЧ-инфекции, но тем ни менее, в СПИД Центре они уже платные. Даже для ВИЧ - положительных»*

Национальные клинические рекомендации по диагностике и лечению ВИЧ-инфекции у взрослых 2013 г. в Российской Федерации соответствуют рекомендациям ВОЗ 2013 г. Рекомендуется начинать АРТ всем пациентам с $CD4 < 500$ кл/мм³ а без учета уровня иммуносупрессии АРТ назначается всем пациентам с ко - инфекцией ВИЧ/ТБ, гепатитом С, беременным и кормящим матерям (32).

В Российской Федерации функционирует несколько научных центров, которые, в том числе, разрабатывают протоколы лечения, как результат, в разных регионах подходы к лечению отличаются (37).

В открытом доступе было обнаружено три документа, регламентирующих оказание медицинской помощи взрослым ЛЖВ (37):

- Стандарты первичной медико-санитарной помощи при болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекцией), утверждены приказом Министерства здравоохранения РФ от 24 декабря 2012 года N 1511.
- «Национальные клинические рекомендации по диагностике и лечению ВИЧ-инфекции у взрослых в РФ» 2013. Рекомендации одобрены Профильной комиссией по проблемам диагностики и лечения ВИЧ-инфекции Министерства здравоохранения Российской Федерации и Национальной вирусологической ассоциацией.
- Протоколы диспансерного наблюдения и лечения больных ВИЧ-инфекцией, утвержденные на Пленуме правления Национального научного общества инфекционистов.

Охват АРТ в 2014 г. составил 34% среди взрослых пациентов, состоящих на диспансерном учете, причем доля ЛУИН оставила только 26% (32).

Среди участников фокус-групп были ЛЖВ, которые отказались принимать АРТ из-за отсутствия корректной информации о ней, отрицания самого заболевания и собственных страхов:

□ *“Я не вдаюсь особо в подробности. Что-то про клетки, нагрузку, что скоро умрешь. А я бегаю на работу, что мне. Зачем мне что-то менять?”*

□ *“Я отказываюсь, потому что мне сказали, что начнешь пить еще это... Я плохо осведомлена, один одно скажет, другой - другое. Я постоянно боюсь. Сказали, что если начну пить, то еще хуже будет. У меня и так сейчас туберкулез”*

Среди ВИЧ-услуг отдельное место занимают услуги для пациентов с ко-инфекцией ВИЧ/ТБ. Согласно официальным данным, из общего числа ЛЖВ выявлено 55 051 случаев туберкулеза (7,4%), из них в 68% был выявлен активный туберкулез (37698 случаев).

Всего в 2014 г. выявлено 14 394 новых случаев сочетанной патологии ВИЧ/ТБ, из числа активного туберкулеза - 38%. В 2014 г. зарегистрировано 6 685 смертей от ВИЧ/ТБ (31).

Данные об охвате пациентов с ВИЧ/ТБ профилактическим лечением котримоксазолом и АРТ не доступны (34).

Барьеры доступа к АРТ:

- *отсутствие единых общегосударственных стандартов в определении клинической стадий ВИЧ-инфекции и показаний к началу АРТ;*
- *отсутствие стратегии внедрения социального сопровождения силами НПО и сокращение роли НПО в предоставлении услуг по постановке на учет и удержании пациентов на лечении;*
- *ограниченный пакет услуг для ЛУИН для формирования и сохранения*

приверженности к медицинским услугам и АРТ;

- *мифы и предубеждения относительно АРТ, бытующие в среде ЛЖВ.*

3.4. Достижение вирусной супрессии

Из числа состоящих под диспансерным наблюдением больных ВИЧ-инфекцией в 2014 году (522 611) прошли обследование в отчетном году 461 295 больных (88,3%). Обследование на вирусную нагрузку проведено у 415 472 больных (79%) (31) Как уже отмечалось, данные о количестве ЛЖВ, достигших вирусной супрессии, в открытом доступе отсутствуют.

Значительные проблемы имеются в лечении и удержании пациентов с ко-инфекцией ВИЧ/ТБ обусловлены тем, что система здравоохранения ориентирована вертикально, с жесткой специализацией персонала в контексте лечения конкретных заболеваний или групп пациентов. Эта жесткая система препятствует лечению ЛЖВ/ТБ, в частности врачи общей практики не считают себя ответственными за ведение таких случаев, что не соответствует целям децентрализации услуг (36).

По словам участников фокус - групп, причинами отрывов от лечения являлись побочные эффекты АРВ-препаратов, отсутствие сервисов для ЛУИН и перебои в поставках АРВ-препаратов:

□ *“Вообще у меня есть знакомый, которому половину препаратов дают, половину нет. Куда-то бегают, вообще неудобно».*

□ *«Вот у меня есть знакомый. Ему выдали 2 препарата, а третий препарат он должен был купить сам»*

Барьеры к достижению вирусной супрессии по результатам исследования (36):

- *большинство часть сайтов АРТ располагается в крупных городах, услуга недостаточно децентрализована, что обуславливает для ЛЖВ*

потребность в длительных и дальних территориальных передвижениях требует наличия времени и материальных затрат;

- *закупки АРТ проводятся децентрализованно, что приводит к росту закупочных цен, необоснованным заменам схем, закупке неполных схем, и как результат — к перебоям в поставках АРВ препаратов;*
- *стационарная модель лечения туберкулеза для ЛЖВ-ТБ требует отрыва от семьи и работы, как минимум, на 2-6 месяцев, что приводит к потере и серьезным негативным социальным последствиям для семьи;*
- *наличие вертикальных сервисов предоставления медицинских услуг для пациентов с ВИЧ – инфекцией и туберкулезом.*
- *программы лечения для ЛУИН не предусматривают ОЗТ.*

Раздел 4. Рекомендуемые направления адвокационной деятельности

- Адвокация расширения доступа к услугам тестирования для населения, включая представителей КГН, внедрения тестирования на ВИЧ на базе сообществ и силами сообществ.
- Адвокация внесения изменений в протокол проведения лабораторной диагностики ВИЧ с целью упрощения алгоритма тестирования и сокращения времени получения окончательного результата.
- Мобилизация сообществ с целью усиления компонента социального сопровождения для обеспечения доступа к всему спектру услуг, связанных с ВИЧ – инфекцией, мотивация представителей КГН к обследованию и лечению.
- Адвокация внесения изменений в законодательство с целью снижения барьеров для ЛЖВ – внутренних трудовых мигрантов при постановке на учет по месту фактического проживания.
- Адвокация децентрализации и интеграции сервисов для ЛЖВ и представителей КГН в первичную медицинскую сеть с целью

обеспечения универсального доступа к услугам, связанным с ВИЧ – инфекцией.

- Социальная мобилизация сообществ по борьбе с внутренней стигмой и работа по формированию приверженности ЛЖВ к медицинским услугам.
- Объединение усилий всех заинтересованных сторон с целью разработки и внедрения унифицированного протокола лечения ВИЧ – инфекции в соответствии с рекомендациями ВОЗ, с целью стандартизации лечения и максимального охвата ЛЖВ услугами лечения.
- Адвокация внедрения единой системы МиО с целью проведения сбора и анализа эпидемиологических данных, включая данные по охвату АРТ представителей КНГ.
- Централизация и оптимизация закупок препаратов в соответствие с рекомендациями ВОЗ и современными стандартами, создание современной системы фармацевтического менеджмента АРТ с целью снижения цены предотвращения перебоев в поставках.
- Нарращивание потенциала и развитие сотрудничества сообществ, НПО, ЛПУ с целью формирования системы менеджмента побочных эффектов АРТ.
- Объединение усилий всех заинтересованных сторон с целью расширения доступа к амбулаторной модели лечения туберкулеза у ЛЖВ

Республика Узбекистан

Раздел 1. Эпидемиологическая ситуация в Республике Узбекистан

В Республике Узбекистан эпидемия ВИЧ – инфекции находится на концентрированной стадии.

В настоящее время в Республике действует Стратегическая Программа по противодействию распространению ВИЧ.

Финансирование программ по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции осуществляется как из государственного бюджета, так и из донорских средств. За отчетный период в области противодействия эпидемии ВИЧ, выделено 18,6 млн. долларов США: Государственное финансирование мероприятий в области ВИЧ-инфекции в Республике Узбекистан в 2014 году составило более 11 млн. долларов США, финансирование из внешних источников составило около 7 млн. долларов США. Таким образом, более 55% финансовых вложений в сферу противодействия эпидемии ВИЧ в Республике Узбекистан осуществляется из государственных источников (39).

Ключевые тенденции развития эпидемии в Республике Узбекистан:

- в стране значительно преобладает половой путь передачи ВИЧ – инфекции (в 2014 году парентеральный путь - 24,4%, половой путь - 64,7) (39)
- ключевые группы населения в Узбекистане представлены ЛУИН, МСМ, СР, а также трудовыми мигрантами. (40)
- эпидемия распространяется среди лиц трудоспособного возраста (25- 49 лет). (39,40)

В 2014 году оценочная численность ЛЖВ составила 36692 человек.

В Республике Узбекистан по состоянию на 01.01.2015 г. зарегистрировано 30315 лиц с ВИЧ-инфекцией. Число лиц с ВИЧ-инфекцией широко варьирует в разных административных территориях страны. Наибольшее число ВИЧ инфицированных проживает в г. Ташкенте, Ташкентской, Андижанской, Ферганской, Самаркандской областях.

Число новых случаев ВИЧ в 2014 году составило 4236 (13,5 на 100 тыс. населения). В 2014 году среди новых случаев ВИЧ – инфекции женщины составили 44,6%, мужчин – 55,4%. (39)

В 2014 году из числа новых зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции 66,1% приходится на население в возрасте 25-49 лет. (39)

Доля парентерального пути передачи в 2014 году составила – 24,4%, на долю полового пути приходится 64,7%. Передача ВИЧ от матери к ребенку составила – 0,2%. (39)

Согласно результатам дозорного эпидемиологического надзора, проведенного в 2013 году, распространенность ВИЧ среди отдельных КГН превышает 5%. В частности, распространенность ВИЧ среди ЛУИН составила 7,2%. (39)

Ключевыми группами в распространении ВИЧ в стране все еще остаются потребители инъекционных наркотиков (ЛУИН) и лица, предоставляющие интимные услуги за вознаграждение (СР).

Роль группы мужчин, имеющих сексуальные отношения с мужчинами (МСМ) в качестве проводников инфекции неясна, так как не определено оценочное число МСМ по стране. Биоповеденческие исследования среди групп повышенного риска заражения ВИЧ проводились в трех группах: ЛУИН, СР и МСМ.

В 2014 году по инициативе ЮНЭЙДС проведено триангуляционное исследование данных по Республике. (39)

В 2014 году в республике функционирует более 230 кабинетов доверия. В 2014 году зарегистрировано более 500 000 обращений представителей уязвимых групп в кабинеты доверия. Проведено консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции, наркомании и ИППП; 176 700 лиц перенаправлены к специалистам узкого профиля (нарколог, психолог, терапевт и др.) для дополнительной консультации. В 2014 году 23 277 ЛУИН, 1475 МСМ, и 11 602 женщин – СР (40) были охвачены профилактическими программами. В

2014 году распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН снизилась до 7,1%, а среди СР – до 2,1%. (39).

Имеются региональные отличия в пакетах оказания услуг, в связи с тем, география работы субреципиентов ГФСТМ ограничена, как результат, доступ к услугам психосоциальной поддержки для ЛЖВ имеется в 10 регионах, услуги для MSM доступны лишь в 3-х регионах.(40,41)

Для Республики Узбекистан актуальна проблема распространения ВИЧ-инфекции среди трудовых мигрантов, выезжающих за пределы страны на длительное время. По официальным данным, распространенность ВИЧ – инфекции среди мигрантов составляет 0,01%. Из числа новых случаев ВИЧ-инфекции в группе мигрантов, половым путем инфицировано 88,5%, парентеральным путем — 5,6%. Всего 14,8% мигрантов прошли тест на ВИЧ-инфекцию во время миграции, а услугами ДКТ охвачено 78,6% трудовых мигрантов (39).

Раздел 2. Анализ каскада лечения ВИЧ–инфекции

Каскад лечения представлен за ноябрь 2015 года, использованы данные публикации ВОЗ: S. F. Jakobsen, D. Raben, M. Ristola “Expansion and optimization of ART in Uzbekistan» February 2016, WHO.

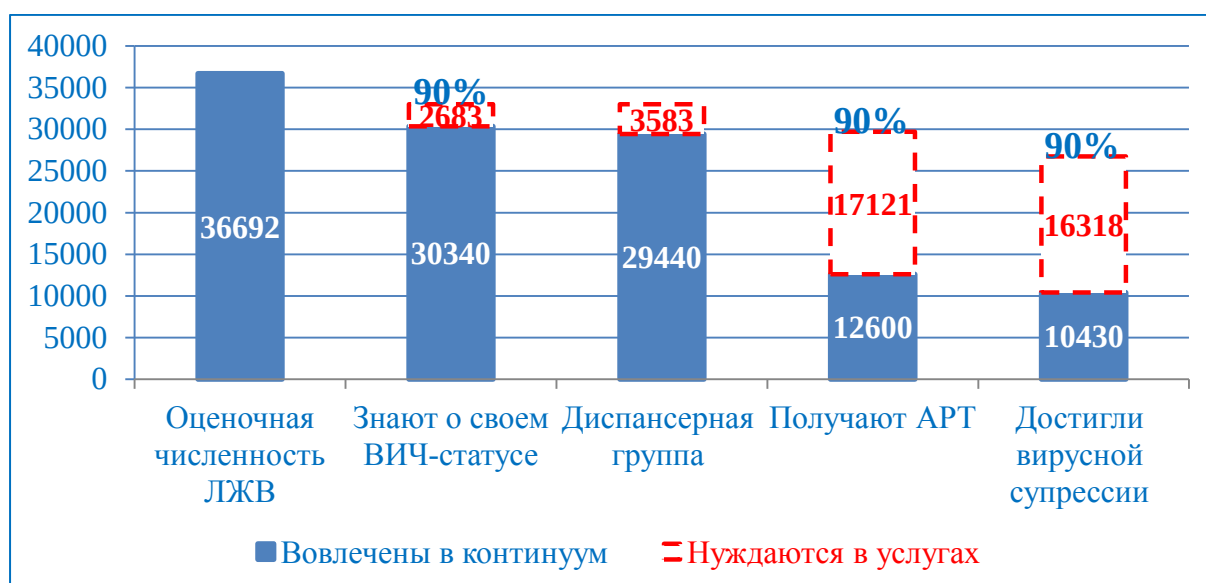


Рисунок 8 Каскад лечения ВИЧ - инфекции, Республика Узбекистан, 2015 год

Республика Узбекистан достигла значительных успехов в тестировании - 83% от оценочной численности ЛЖВ знают свой статус. Практически все ЛЖВ, которые знают свой статус, (99%) получают медицинские услуги. Охват АРТ в 2014 году составил 34% от оценочной численности ЛЖВ и 43% от состоящих на диспансерном учете. Достигли вирусной супрессии 83% получающих АРТ (28% от оценочной численности).

Основные усилия сотрудничества государственных и негосударственных организаций должны быть направлены на обеспечение мотивации и обеспечении доступа к АРТ и удержанию на АРТ представителей КГН.

К сожалению, более детальная информация — каскад лечения в КГН — недоступна.

Раздел 3. Анализ доступа к услугам непрерывной помощи для ЛЖВ и КГН, определение барьеров к услугам

3.1. Консультирование и тестирование на ВИЧ

В 2014 году всего по республике обследовано на ВИЧ 2859575 лиц, из них число вновь зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции составило 4236 (интенсивный показатель на 100 тыс. населения – 13,5). В 2014 году среди вновь выявленных ЛЖВ женщин было – 44,6%, мужчин – 55,4%. В 2014 году из числа новых зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции 66,1% приходится на население в возрасте 25-49 лет. Доля парентерального пути передачи составляет – 24,4%, на долю полового пути приходится – 64,7%. Среди них 6,9% составляют ПИН. Вертикальный путь составил – 0,2%.

Таблица 4 Охват тестированием отдельных групп населения, Республика

Узбекистан, 2015 г.

Общее количество тестов на 100000 населения	9319
<i>ЛУИН</i>	6460
<i>СР</i>	3230
<i>МСМ</i>	150
<i>Мигранты</i>	361993
<i>Доля беременных женщин, прошедших тестирование и знающих свой результат</i>	91,4%
<i>Доля ТБ пациентов, прошедших тестирование и знающих свой результат</i>	100%

Для тестирования используются тесты ИФА III и IV поколения, быстрые тесты чувствительностью не менее 99% и специфичностью 95-98%, и иммунный блотинг как подтверждающий тест.

Как правило, окончательные результаты теста поступают в региональный СПИД-центр в течение одной недели. Пациент может получить окончательный результат исследования в течение 2-4 недель после первого положительного результата теста. (40)

Согласно положениям Закона Республики Узбекистан «О противодействии инфекции, вызываемой вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» № ЗРУ-353 от 23.09.2013, в стране проводится обязательное тестирование определенных групп населения, которые могут быть подвержены заражению при соприкосновении с группами повышенного риска заражения. 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. (39)

Исследования среди групп населения, подлежащих обязательному тестированию, показали, что выявление ВИЧ среди них остается стабильно

низким.

Как показали результаты исследования, одним из барьеров для вовлечения МСМ в тестирование на ВИЧ являются 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 ДКТ. (41)

Со слов участников фокус - групп, одним из препятствий к обследованию на ВИЧ у населения является страх:

□ *«Люди?? получается неверие, непринятие. У людей столько проблем, а тут еще и ВИЧ. Они как-то отстраняются, они не могут представить себе, что они могут кого-то заразить. В этот факт поверить не могут»*

Ряд участников фокус – групп отметили наличие социокультурных особенностей, которые оказывают влияние на охват тестированием:

□ *«Они считают, что это болезнь проституток и наркоманов. Что это харам и нечистые люди. Опять же это получается менталитет наш. Многие нужно рожать детей, женить и замуж выдавать. И, не дай Бог, соседи узнают, уже ребенка не отдашь замуж, не женишь»*

3.2. Диспансеризация

На 01.01.2015 активная диспансерная группа насчитывала 26989 пациентов из 30340 знающих свой статус. На 1 января 2015 года число ЛЖВ, которые не наблюдаются в центре СПИДа, составило только 4% от общего количества ЛЖВ. Предположительно, в эту группу могут входить люди, которым нужно время на принятие диагноза, или имеющие иные причины не получать медицинскую помощь. Группа экспертов ВОЗ не обнаружила пациентов, которые внесены в диспансерный лист и выпавшие из

наблюдения. (40)

В 2014 году 98% состоящих на диспансерном учете ЛЖВ прошли обследование на туберкулез, из них у 780 ВИЧ – позитивных пациентов был выявлен туберкулез.

Лечение изониазидом получили 2438 ЛЖВ от ЛЖВ, состоящих на диспансерном учете (42).

Со слов участников фокус – групп, в Узбекистане нет серьезных барьеров при постановке на учет для граждан страны и для иностранцев:

□ *«Если они не являются гражданами Узбекистана у них создается немножко затруднительное положение в получении АРТ. Например были случаи когда приезжали пациенты из Казахстана, но по определенным причинам здесь живут родственники, родители и, естественно они не получают АРТ. Но когда вмешивалось например НПО, другие неправительственные организации то можно было получить все-таки»*

3.3. АРТ

Консолидированное руководство ВОЗ 2015 года было адаптировано в Узбекистане при поддержке странового офиса UNAIDS.

Новый национальный протокол содержит рекомендацию начинать АРТ при уровне $CD4 < 350$ кл/мм³. С целью достижения целей 90-90-90 в стране утвержден переходный план для внедрения назначения АРТ всем пациентам вне зависимости от уровня иммуносупрессии в 2018 году (40).

На 01.01.2015 10948 лиц получали АРТ, из них женщин было 5525 (50,4%), мужчин 5423 (49,6%), 3855 (35,2%) детей в возрасте до 15 лет. По данным Республиканского центра СПИД на конец 2015 г. из пациентов, получающих АРТ, 17% ЛЖВ, 26% СР. Данных по МСМ нет. По Республике предоставление АРВТ осуществляется 15 учреждениями.

Участники фокус - групп рассказали о собственном опыте приема АРТ:

□ *«Я в больнице. Врач со мной провели беседу, объяснила, как нужно препарат принимать. Начала и бросила его сразу»*

□ *«Мне тоже в Городском предложили АРТ. Первое время*

В 2014 г. более 98% ТБ пациентов прошли обследование на ВИЧ, выявлено 780 позитивных результатов. Из 780 пациентов с ВИЧ/ТБ 79% (615 пациентов) получали профилактическое лечение котримоксазолом, 45% (354 пациентов) начали прием АРТ (40).

В Республике Узбекистан в 2009 году были закрыты программы ОЗТ, что может оказать негативное влияние на охват ЛУИН/ЛЖВ антиретровирусным лечением, формирование приверженности, и как результат, снизить долю пациентов, достигших вирусной супрессии (43).

Отказы от лечения участники фокус - групп прокомментировали следующим образом:

- ☐ «Это безответственность, я не знаю, что это, вот у меня есть пример: знакомый, говорит, я все равно умру, зачем лечиться?»
- ☐ «Есть те, которые со своим статусом чувствуют себя очень плохо, причем каждый раз его чуть ли из могилы не вытягивают, и все равно не идет ни лечиться, ни (анализ) не сдает»

Барьеры доступа к АРТ:

- отсутствие знаний у пациентов о возможности получения лечения;
- мифы и самостигматизация среди пациентов;
- недостаточный менеджмент побочных эффектов.

3.4. Достижение вирусной супрессии

В 2014 г. доля пациентов, удержанных на АРТ через 12 месяцев после начала лечения, составила 89,4%, через 24 месяца 82,2%. (40)

Одна из причин отрывов от лечения, по мнению участника фокус – группы, это побочные эффекты АРТ:

□ *«Многие бросают из-за того, что побочные эффекты, нету терпения, изо дня в день одно и то же, надоедает. Многие от незнания, вот посчитали что результаты хорошие. Я по себе скажу, у меня как было, я когда начал, мне доктор назначил, у меня СД немножко поднялся я сразу бросил, я ничего врачам не говорил, не ходил и не брал»*

Национальные протоколы рекомендуют определять уровень вирусной нагрузки до начала АРТ, через 3 месяца после начала АРТ, и затем каждые 12 месяцев, что является финансово затратным и не соответствует рекомендациям ВОЗ. (40)

С 2013 года в Республике начали деятельность мультидисциплинарные команды (МДК), работа которых инициирована совместно ННО «Ишонч ва Хае», Противораковым обществом и Центрами по борьбе со СПИДом. Мультидисциплинарные команды оказывают социально-психологическую поддержку при входе в программу диспансерного наблюдения и при инициировании АРВТ, а также услуги по социально-бытовым вопросам. МДК являются связующим звеном между ВИЧ - сервисными организациями и учреждениями общей сети здравоохранения. Таким образом, обеспечивается преемственность оказания медицинских и социально - психологических услуг, оказываемых организациями различного уровня и профиля.

По мнению экспертов, в настоящее время большинство пациентов мотивированы к продолжению лечения, но при расширении программ лечения, в программы будут включаться пациенты КГН, которые потребуют

большого ухода и поддержки, предоставления средств поддержания приверженности (таблетниц, календарей для напоминания). (40)

Раздел 4. Рекомендуемые направления деятельности

- Мобилизация сообществ с целью борьбы с самостигматизацией среди представителей КГН и с целью мотивации к получению всего спектра услуг в связи с ВИЧ – инфекцией.
- Объединение усилий всех заинтересованных сторон с целью либерализации законодательства в отношении отдельных КГН (СР и MSM).
- Объединение представителей государственных структур, НПО и сообществ с целью создания системы социального сопровождения и мотивации к лечению всех ЛЖВ, включая работу с родителями ВИЧ – позитивных детей.
- Развитие услуг для представителей КГН на базе центров СПИДа с целью максимального охвата лечением «сложных» пациентов.
- Объединение усилий всех заинтересованных сторон - сообществ, НПО и государственных структур в борьбе за формирование мотивации ЛЖВ к АРТ, борьба с мифами и самостигматизацией.
- Усиление потенциала странового координационного механизма путем активного участия в его работе представителей сообществ с целью внедрения наиболее действенных и приемлемых для КГН сервисов.
- В сотрудничестве с национальными и международными партнерами провести пересмотр алгоритма обследования пациентов, в частности определения вирусной нагрузки, в соответствии рекомендациям ВОЗ с целью оптимизации использования финансовых и материальных ресурсов.
- Принять участие в развитии системы менеджмента побочных эффектов, участие сообществ в мониторинге и консультировании пациентов по принципу равный – равному.

Эстонская Республика

Раздел 1. Эпидемиологическая ситуация в Эстонской Республике

Эпидемия ВИЧ – инфекции в Эстонской Республике характеризуется как концентрированная. (44).

В 2005 году в Эстонии была разработана и утверждена Национальная стратегия по ВИЧ и СПИДу. Также был создан Межсекторальный Правительственный Комитет по ВИЧ - инфекции/СПИДу в качестве консультативного органом правительства с целью координации мер по реализации новой стратегии. В Эстонии разработан Национальный план здравоохранения на 2009 — 2020 гг., который объединяет большое количество стратегических документов, касающихся различных областей, в том числе включает Национальную стратегию по ВИЧ – инфекции/СПИДу. С 2013 года Национальная стратегия по профилактике наркомании до 2012 года и Национальная стратегия профилактики туберкулеза на 2008 - 2012 годы также составляют часть Национального плана здравоохранения (45).

На 31.12.2014 в Эстонии зарегистрировано 11 745 случаев ВИЧ-инфекции. Заболеваемость ВИЧ снизилась в два раза за последние 10 лет (от 46 в 2005 г. до 23 на 100 000 в 2014 г.).

Основные тенденции эпидемии

- преобладание полового пути передачи среди новых случаев ВИЧ;
- снижение заболеваемости ВИЧ в течении последних десяти лет (от 46.0 случаев в 2005 до 20.5 случаев на 100 000 в 2015)
- значительное снижение числа новых случаев ВИЧ – инфекции среди детей и молодежи (в 2014 году - 2 случая, и в 2015 – 5 случаев, в 2001 – 560 случаев в группе 15- 24 года).

Начиная с 2009 года в Эстонии преобладает половой путь передачи ВИЧ. Оценочная численность ЛУИН по оценкам 2011 года составила 9 000. Потребители наркотиков в основном сконцентрированы в Таллинне и в северо-восточных районах Эстонии (гг. Кохтла – Ярве и Нарва) (44). В данных районах заболеваемость ВИЧ среди ЛУИН достигла 46 и 81 на 100 тыс. населения, при средней заболеваемости по Эстонии - 2 на 100 000 населения. (45)

Согласно данным проведенных ранее исследований социальный портрет ЛЖВ/ЛУИН: мужчина старше 30 лет, преимущественно русскоговорящий, со стажем употребления наркотиков более 10 лет, не имеющий постоянного заработка и медицинской страховки. (46)

Оценочная численность МСМ составляет 9 000.(68) Распространенность ВИЧ среди МСМ возросла до 2–4% в течение последних лет. (44)

Численность СР в Эстонии оценивается в 3 000, и работают они преимущественно в Таллинне. Распространенность ВИЧ среди СР на основании данных исследования составила 6% в 2011 году.

Программы снижения для ЛУИН работают стране с 1997 года, в настоящее время реализуются в столице и на Северо-Востоке, реализуются 9 НПО. Всего есть 14 стационарных и 22 мобильных пункты обмена шприцев, которые в 2014 году посетили около 6 300 клиентов. (44)

Раздел 2. Анализ каскада лечения ВИЧ–инфекции

Каскад лечения представлен на основании данных ВОЗ 2014 года («*HIV/AIDS treatment and care in Estonia : Evaluation report 2014*» / D. Raben, S.F. Jakobsen, F. Nakagawa etc. —WHO, 2014)

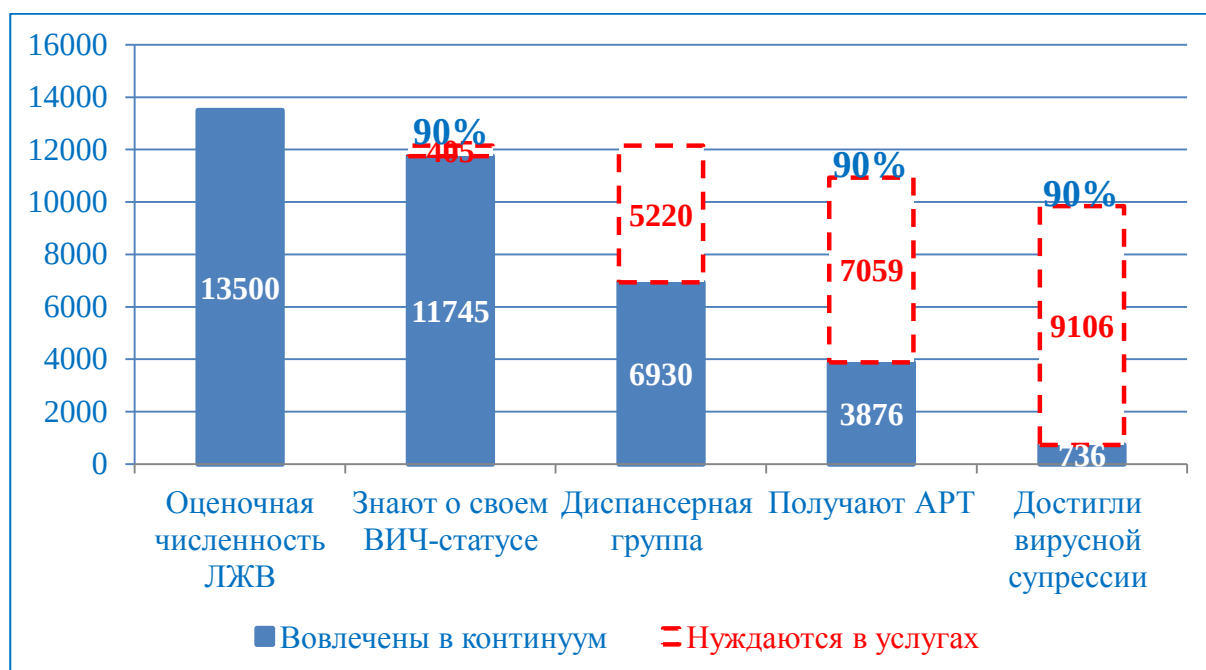


Рисунок 9 Каскад лечения инфекции, Эстония, 2014 г.

Как демонстрирует каскад доступа к услугам, связанным с ВИЧ – инфекцией (Рис.10), цель по тестированию в Эстонии практически достигнута: 87% оценочной численности ЛЖВ знают свой статус.

На медицинские услуги в лечебных учреждениях получают 59% от численности ЛЖВ, которые знают свой статус (или 51% от оценочной численности). Значительные потери ЛЖВ от континуума услуг отмечаются на этапе охвата АРТ – назначена АРТ 29% ЛЖВ от оценочной численности и 56% от диспансерной группы. Достигли вирусной супрессии лишь 5% от оценочной численности ЛЖВ (19% от числа пациентов на АРТ).

К сожалению, более детальная информация — каскад лечения в КГН — недоступна.

Раздел 3. Анализ доступа к услугам непрерывной помощи для ЛЖВ и КГН, определение барьеров к услугам

3.1. Консультирование и тестирование на ВИЧ

Обследование на ВИЧ в Эстонии проводят 33 лаборатории диагностики

ВИЧ, расположенные в крупных лечебно – профилактических учреждениях разных городов страны, и одна референс - лаборатория в г. Таллинн. Тестирование на ВИЧ является добровольным. Любой врач в Эстонии может рекомендовать тестирование на ВИЧ на основе клинических показаний, оценки риска либо по желанию пациента. В 2012 г. на основании рекомендаций ВОЗ Министерство здравоохранения разработало руководство по тестированию по инициативе провайдера услуг.

В Эстонии основными группами, которым рекомендуется тестирование на ВИЧ, являются беременные женщины, заключенные, пациенты с клиническими проявлениями СПИД - индикаторных заболеваний, представители КГН.

Тестирование проводят только медицинские работники, любой гражданин старше 16 лет может пройти обследование бесплатно, при желании анонимно.

Быстрые тесты для анонимного обследования используются на некоторых ДКТ/ИППП сайтах, кабинетах для консультирования молодежи и некоторых НПО в сотрудничестве с ЛПУ (45).

В 2014 году численность лиц, прошедших тестирование, и число проведенных тестов возросло как для общего населения, так и для представителей КГН. В 2014 более 152 000 лиц были обследованы на ВИЧ (11.6% от общего населения, в целом 116 человек на 1 000 населения; 55 человек на 1 000 населения, исключая беременных и доноров), общее количество выполненных тестов составило 212 000 (44).

Охват тестированием групп риска зачастую выше. Среди ЛУИН до 94% проходили тестирование хотя бы раз в жизни, и 93% ЛЖВ-ЛУИН знают свой диагноз. Среди MSM в 2013 году 70% были обследованы как минимум раз в жизни, и 35% обследованы в течение последних 12 месяцев.

В исследовании, проведенном среди СР в Таллинне в 2010 году, 93% были обследованы хотя бы раз в жизни, и 69% в течение последних 12 месяцев.

Доля ЛУИН среди новых случаев ВИЧ в 2014 году составила 18% (46).

Все пациенты с туберкулезом обследуются на ВИЧ по рекомендации фтизиатра. Тестирование проводится на ранней стадии диагностики туберкулеза.

По мнению участников фокус – групп, доступ к тестированию в Эстонии есть, информацию о возможности тестирования представители КГН получают из СМИ, интернета, буклетов, которые распространяют НПО. Участники фокус - групп отметили страх, самостигматизацию, особенно среди жителей малых населенных пунктов:

□ *«Если бы я жила в сельской местности, я бы...если бы даже что-то было доступно, я бы не пошла. Настолько маленький город и идёшь, и такое впечатление, что все на тебя смотрят и все всё знают, а если в местности это всё...ну там вообще...там просто все будут знать обо всем»*

3.2.Диспансеризация

В Эстонии наиболее пораженной ВИЧ группой населения являются ЛУИН и их партнеры. Поведенческие особенности этой группы обуславливают сложности при взятии на учет пациентов/ЛУИН и обеспечении их лечением. По оценкам ряда исследователей, барьерами для получения помощи для ЛЖВ-ЛУИН, в большом проценте не имеющих работы и страховки, является невозможность оплатить визит к врачу, отсутствие желания и интереса заботиться о своем здоровье и, возможно, надежда получить социальную пенсию, когда уровень CD4 значительно снизится. (47)

В Кохтла-Ярве после получения позитивного результата обследования пациент должен записаться на прием к инфекционисту, время ожидания приема составляет от 1 до 5 дней. Для такого рода пациентов отсутствует сопровождение и контроль взятия на учет. Стоимость визита к врачу в 5 евро является одним из факторов, снижающим мотивацию для визита к инфекционисту для ЛЖВ/ЛУИН, не имеющего медицинского страхования

(47). По разным оценкам, от 20 до 30% ЛУИН не имеют обязательного страхования, как результат, доступ к медицинским услугам для них значительно затруднен.

Среди больных туберкулезом в 2014 годы выявлено 9,2% пациентов с ко-инфекцией ВИЧ/ТБ. В целом, начиная с 2000 года, в стране зарегистрировано 423 случая ко-инфекции ТБ/ВИЧ. (44)

С 1999 года в Эстонии работают программы ОЗТ, количество клиентов ОЗТ в 2014 году составило 919 (12%), что критически недостаточно. В Эстонии ОЗТ доступно для пациентов на базе противотуберкулезных учреждений (на амбулаторной и стационарной фазе лечения), в местах лишения свободы. В Северо-Восточной Эстонии расположены две клиники, предоставляющие услуги по ВИЧ и ИППП для ЛУИН и их партнеров (44).

Барьеры при постановке на диспансерный учёт:

- *слабость социального сопровождения для КГН на этапе постановки на учет*
- *необходимость оплачивать за визит к врачу пациентам, не имеющим медицинского страхования;*
- *период ожидания визита к врачу 1-5 дней для КГН;*
- *необходимость оплачивать расходы на дополнительное обследование для лиц, не имеющих медицинского страхования.*

3.3. АРТ

По данным ряда исследований, низкий уровень вовлечения КГН в программы тестирования и диспансерного наблюдения приводит к позднему выявлению пациентов, большой нагрузке на общественное здравоохранение и росту смертности от заболеваний, связанных с ВИЧ — инфекцией. (45)

АРВ-терапия в Эстонии финансируется из государственного бюджета.

Препараты выдаются в клиниках по лечению ВИЧ в крупных городах.

В Эстонии регистрируется поздний охват лечением: в 2014 г. из 445 пациентов, начавших АРТ, 43% имели уровень CD4 менее 200 кл/мм³ доля ЛУИН неизвестна (в 2013 44% ЛУИН среди начавших АРТ). (44)

Причинами задержки начала АРВ - лечения и низкий охват АРТ могут быть как и низкая мотивация к лечению среди ЛЖВ/ЛУИН, боязнь побочных эффектов, так и сложности в ориентировании в системе здравоохранения: отсутствие медицинского страхования, необходимость платить взносы, трудности в навигации по системе здравоохранения и другие проблемы могут служить барьерами для доступа. (44)

В 2014 году из 464 пациентов, начавших лечение, отказались от АРТ 377 пациентов. (47)

В 2014 году доля ЛЖВ среди больных туберкулезом составила 9,2%. Из 24 пациентов в ТБ/ВИЧ получали АРТ 19 пациентов (79%). Пациенты имеют доступ к ОЗТ на базе противотуберкулезных клиник, клиник по лечению ВИЧ, в местах лишения свободы (в 2014 году 56 пациентов получали ОЗТ метадоном в тюрьмах).

Услуги ухода и лечения ВИЧ – инфекции, в том числе АРВ терапия, доступны в пенитенциарной системе Эстонии. В 2014 году медицинскую помощь в полном объеме получали 528 ЛЖВ местах лишения свободы. (44)

АРВ – терапия назначается решением консилиума врачей на основании рекомендаций Европейской сети по СПИДу (EACS) с некоторыми местными особенностями. Так, например комбинированные препараты (Atripla) недоступны в Эстонии из-за высокой цены. Препаратом первой линии для беременных в Эстонии является ИП, усиленный ритонавир в комбинации с AZT+3ТС; для ЛУИН в качестве первой линии преимущественно используется комбинация бустированного ИП в сочетании с TDF+FTC. На 2014 год планирована закупка 55% схем на основе ННИОТ и 45% на основе бустированных ИП для наивных пациентов. Препараты с фиксированной дозировкой на основе Эфавиренца не используются, несмотря на то, что ВОЗ

рекомендует их широкое использование для наивных пациентов, цена на данные препараты значительно снизилась, и нет никаких доказательств того, что Эфавиренц не могут быть использованы у пациентов, употребляющих инъекционные наркотики, как показали когортных исследования среди населения европейских стран (EuroSIDA) (48).

Таким образом, основные барьеры при назначении АРТ:

- *Для пациентов, не имеющих медицинского страхования, необходима оплата каждого визита к врачу в размере 5 евро;*
- *Необходимость ездить в другой город за получением АРВ препаратов;*
- *Необходимость лечения оппортунистических инфекций в случае позднего выявления ЛЖВ, что иногда откладывает и усложняет начало АРТ;*
- *Протоколы лечения предполагают закупку дорогостоящих препаратов, что может стать барьером при расширении охвата лечением.*

3.4. Достижение вирусной супрессии

В Эстонии наблюдается значительная доля отрывов от лечения ВИЧ – позитивных пациентов, в 2014 году АРТ начали принимать 464, в течение года прекратили лечение 377 (58%). (44)

Учитывая, что большинство ЛЖВ составляют ЛУИН, ключевой причиной отрывов от лечения является плохая приверженность к лечению, отсутствие системы социального сопровождения и отслеживание визитов к инфекционисту.(47)

Пациенты нуждаются в постоянной социальной помощи для навигации в существующей муниципальной системе социальной поддержки. (45)

ЛЖВ в Эстонии в целом понимают, что отказ от таблеток может привести к резистентности; при этом распространено мнение, что риск резистентности есть, если препараты не принимаются длительное время – месяц или два, а пропуск одной таблетки или прерывание терапии на неделю никак не отражается на приверженности к АРТ. (47)

Наличие мифов о лечении не способствует удержанию пациентов на АРТ:

□ *«Я знаю, что им дают ужасные ретровирусные препараты, которые выводят их из строя буквально. То есть человек очень себя плохо чувствует, в плачевном состоянии находится. Приблизительно недели две, а то и от месяца и дольше, у кого как привыкание идет. Что эти препараты, в принципе, помогают им, по анализам на клетки. Если честно, вот так серьезно в это не вникала. Я знаю, что есть на один кубический сантиметр, миллилитр, определенное количество клеток. Когда оно достигает критической отметки, то им дают антиретровирусные препараты. Все, вот это я знаю».*

□ *«Довольно мало знаю. Знаю, что энтеровирусные препараты, они разные, потому что у каждого свой курс, и не каждому все подходит. Знаю, что применять их нужно постоянно, что это на всю жизнь. Вот, наверное, все»*

Раздел 4. Рекомендуемые направления адвокационной деятельности

- Адвокация пересмотра алгоритма лабораторного этапа тестирования с целью сокращения сроков получения окончательного результата исследования;
- Адвокация разработки национальной стратегии социального сопровождения пациентов с целью минимизации отрывов представителей сообществ на всех этапах оказания услуг в связи с ВИЧ – инфекцией;
- Адвокация внесения изменений в национальное законодательство гарантированного государством минимального пакета услуг для пациентов, не имеющих медицинского страхования;
- Социальная мобилизация сообществ, партнерских НПО с целью максимально вовлечения ЛЖВ в медицинский уход;

- Адвокация пересмотра национальных протоколов лечения ВИЧ и приведения их в соответствие со стандартами ВОЗ с целью максимального охвата ЛЖВ лечением;
- Объединение усилий всех заинтересованных сторон с целью формирования эффективного механизма контроля проведения закупок АРВ препаратов для обеспечения адекватного количества и качества закупаемых АРВ препаратов.
- Адвокация создания национальной системы социального сопровождения пациентов на АРТ силами всех заинтересованных сторон.
- Мобилизация сообществ с целью активизации работы по формированию приверженности ЛЖВ к АРТ, удержанию пациентов на АР, борьбе с мифами об АРТ среди ЛЖВ.

Глава 2. Краткий анализ доступа к услугам лечения ВИЧ – инфекции в Армении, Грузии, Латвии, Литве, Таджикистане, Украине

Республика Армения

Раздел 1. Эпидемиологическая ситуация в Республике Армения

Армения относится к странам с низкой распространенностью ВИЧ – инфекции. В 2014 году численность ЛЖВ оценивалась в 4 000.

На 31.12.2014 кумулятивно с 1988 года в стране зарегистрировано 1 953 случая ВИЧ – инфекции, включая 38 детей. За всю историю эпидемии зарегистрировано 1006 случаев СПИДа, число смертей от СПИДа составило 417.(49)

В 2014 году половой путь передачи ВИЧ составил 65,4% (в том числе случаи инфицирования ВИЧ среди MSM – 2,4%), парентеральный путь составил 28%.(50)

Армения имеет высокий уровень трудовой миграции (от 22 до 40 процентов трудоспособного населения работает за рубежом), что отражается на регистрации новых случаев ВИЧ среди трудовых мигрантов. В 2014 году 57% новых случаев ВИЧ – инфекции составили мигранты.(49;50)

Раздел 2. Анализ каскада лечения ВИЧ–инфекции

Доступ к услугам в связи с ВИЧ в Армении представлены на рисунке 10.

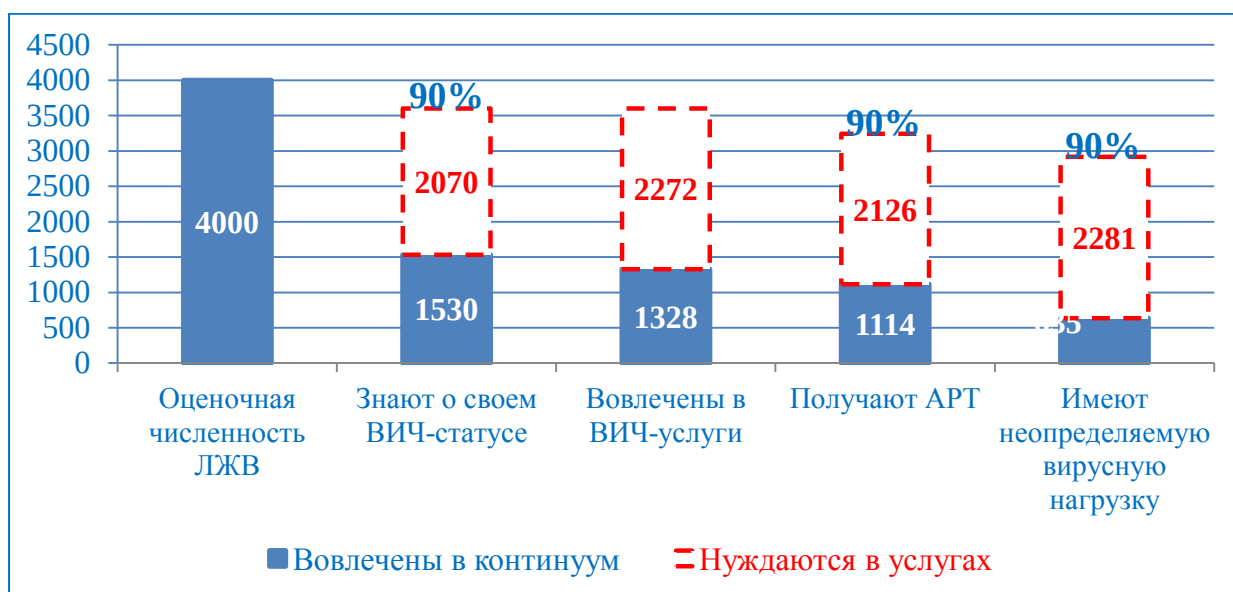


Рисунок 10 Каскад лечения ВИЧ - инфекции, 2014 г.

Согласно официальным данным, на 31.12.2014, в Армении только 38% от оценочной численности ЛЖВ знают свой статус (1530). В программы лечения и ухода включены 1328 человек, что составило 33% от оценочной численности. АРТ начали получать 1114 человек (83% от диспансерной группы и 28 от оценочной численности), достигли вирусной супрессии- 16% от оценочной численности.

Большое число ЛЖВ, которые не знают свой статус является серьезной проблемой, что может быть связано с высоким уровнем трудовой миграции. Данные каскада, дизагрегированные по полу, возрасту, принадлежности к КГН, отсутствуют и требуют дальнейшего изучения.(49)

Раздел 3. Анализ доступа к услугам непрерывной помощи для ЛЖВ и КГН, определение барьеров к услугам

3.1. консультирование и тестирование на ВИЧ

В Армении используются 3 подхода к тестированию: (50)

- тестирование по инициативе провайдера услуг для пациентов с клиническими показаниями, для представителей КГН, и для других групп (заключенные, трудовые мигранты, их партнеры) и беременные женщины;

- по инициативе клиента;
- обязательное: для доноров крови и органов, для детей, рожденных ВИЧ – позитивными матерями.

Исследование образцов крови проводится по классической схеме – после получения 2-х позитивных результатов в ИФА проводится подтверждающее исследование методом иммуноблота. (49)

Первый результат пациент может получить в течении дня в Республиканском центре СПИДа, если обследуется в районном центре (марце) – период получения результата может удлиняться до 7 - 30 дней, что связано с транспортировкой образцов сывороток крови. Пациенты из отдаленных районов вынуждены приезжать в Ереван для проведения подтверждающего результата исследования.(49) Быстрые тесты также преимущественно используются лаборатории Республиканского центра СПИДа. (50)

Консультирование на базе сообществ и тестирование быстрыми тестами несколько возросло среди ЛУИН, МСМ и СР, но остается низким. (49) Данные по количеству обследованных представителей КГН отсутствуют.

Обследование на ВИЧ ТБ - пациентов проводится либо на базе кабинетов противотуберкулезной службы на базе первичной сети, либо их перенаправляют в Республиканский центр СПИДа.

В 2014 году 1342 больных туберкулезом прошли тестирование на ВИЧ, позитивные результаты выявлены у 84 пациентов.

3.2. Диспансеризация

В Армении все ЛЖВ состоят на учете только в Республиканском центре СПИДа, все дополнительные методы обследования доступны только на базе этого учреждения.

Доступные данные по уровню СД на момент диагностики ВИЧ указывают на серьезные проблемы с поздним выявлением и поздним началом лечения. (52)

В 2014 г. 55% впервые выявленных пациентов имели уровень CD4 <350 кл/мкл и 37% из них CD4 <200 кл/мкл.

3.3. АРТ

АРТ проводится только специалистами республиканского центра СПИДа, поэтому пациенты вынуждены приезжать в Ереван каждые 3 месяца и чаще. Протоколы по лечению ВИЧ были пересмотрены в 2014 году в соответствии с Консолидированным руководством ВОЗ 2013 года, но начало внедрения отложено на июнь 2015 года, когда необходимый запас АРВ препаратов будет доступен. (49)

На 1 января 2015 года 741 ЛЖВ (взрослых и детей) получают АРТ на базе Национального центра СПИДа.(50).

ОЗТ предоставляется на 4 сайтах. Интегрированные услуги пациентам с двойной или тройной проблемой не предоставляются. В наркологических клиниках доступно тестирование на ВИЧ (скрининг), другие услуги в связи с ВИЧ – инфекцией не предоставляются.

Среди пациентов с ТБ/ВИЧ только 54 пациента (64%) были охвачены АРТ и профилактическим лечением ко – тримоксазолом..

В центре СПИДа прошли скрининг на туберкулез 265 ВИЧ+ пациентов (20% от активной диспансерной группы), профилактическое лечение изониазидом не назначалось. На базе Республиканского тубдиспансера предоставляются услуги ЗПТ. (51)

Ключевые барьеры доступа к услугам

1. В стране большая часть ЛЖВ является недовыявленной (более 70%), что связано как с высоким уровнем трудовой миграции (22- 40% всего населения) (54), так и с ограниченным доступом к услугам ДКТ для всех своем населения, включая КГН.

2. Несмотря на то, что большую часть новых случаев ВИЧ – инфекции составляют трудовые мигранты и их половые партнеры, отсутствуют данные анализа путей передачи ВИЧ в этой группе, и, как результат, создает барьер к услугам для представителей этой группы.
3. Для пациентов, состоящих на учете, серьезным барьером доступа к услугам является централизация услуг исключительно на базе национального центра СПИДа - от подтверждающих исследований до получения АРТ. (49)
4. Услуги тестирования на ВИЧ, в том числе с использованием быстрых тестов, проводится преимущественно на базе Республиканского центра СПИДа, что ограничивает доступ к услугам для представителей КГН и жителей отдаленных районов.
5. Поздняя диагностика ВИЧ – инфекции снижает шансы пациентов на успех лечения, значительно удорожает лечение оппортунистических инфекций, и приводит к смертности среди пациентов, которые получают медицинские услуги. (49)
6. Отсутствие системы активного скрининга на туберкулез для ЛЖВ на базе центра СПИДа является серьезным барьером доступа к услугам профилактики и своевременного лечения туберкулеза у ЛЖВ.

Грузия

Раздел 1. Эпидемиологическая ситуация в Грузии

В 2014 году распространенность ВИЧ – инфекции составила 72,4 на 100 000 населения, заболеваемость – 10,9 на 100 000 населения. Оценочная численность ЛЖВ в Грузии составила 6 800.

Кумулятивно в Грузии зарегистрировано 4 695 случаев ВИЧ – инфекции, в 2014 году 69% из них составили мужчины, 31% - женщины. (54)

Преимущественно новые случаи ВИЧ – инфекции регистрируются среди представителей КГН: МСМ, СР, ЛУИН. Распространенность ВИЧ – инфекции в 2012 году среди МСМ составила 13%. (54) Численность ЛУИН в Грузии оценена в 45 000, распространённость ВИЧ – инфекции среди ЛУИН колеблется от 0.4% до 9.1% согласно данных ДЭН. (54)

Количество данных о распространённости ВИЧ среди СР ограничены, Эта группа включает мужчин – секс работников. Распространенность ВИЧ среди женщин – секс работников колеблется от 0.8% до 1.3%. (56)

В Грузии преобладает половой путь передачи ВИЧ: в 2013 году он составил 49%, парентеральный – 35% из числа новых случаев. (54)

Раздел 2. Анализ каскада лечения ВИЧ–инфекции

Данные охвата ЛЖВ услугами, связанными с ВИЧ – инфекцией, отражены в каскаде услуг (рисунок 11). (56)

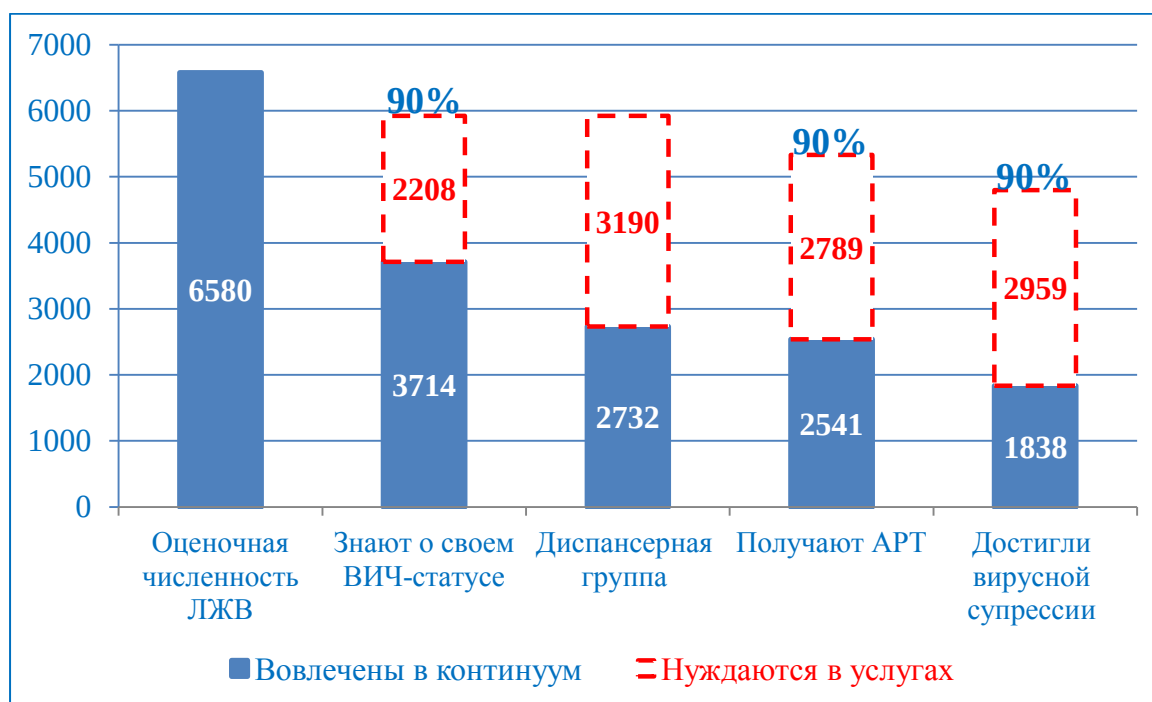


Рисунок 11 Каскад лечения ВИЧ - инфекции, Грузия, 2014

Доля диагностированных больных 56%, из них получают услуги по лечению 42%. Доля охвата АРТ составила 39% от оценочной численности. В Грузии практически все пациенты, состоящие на учете, получают антиретровирусное лечение. В целом, из оценочного числа ЛЖВ для достигших вирусной супрессии равна 28%.

Раздел 3. Анализ доступа к услугам непрерывной помощи для ЛЖВ и КГН, определение барьеров к услугам

3.1. Консультирование и тестирование на ВИЧ

В 2014 общее количество взрослых, тестированных на ВИЧ и знающих свой результат, составило 86 964, более половины из них были беременные женщины (44 869).

Подходы к тестированию среди представителей групп риска неудовлетворительны, согласно результатам ряда исследований

показывает, что доля представителей КНГ, прошедших тестирование и знающих свой результат, остается низкой: - 15% ЛУИН, 34% МСМ, 52% СР. (56)

3.2. Диспансеризация

В Грузии сохраняется высокий уровень стигмы в отношении ЛЖВ, представителей КНГ, особенно МСМ. (54)

Государственное криминальное законодательство, законы и политики в отношении наркотиков и профилактических интервенций для ЛУИН, являются ограничивающим фактором. Закон о профилактике и контроле наркопотребления не поддерживает внедрение эффективных интервенций как в гражданском обществе, так и в исправительной системе. (56)

ОЗТ стала более доступна как в гражданском секторе (20 сайтов), так и в пенитенциарной системе (2 сайта). На 31.12.2014 около 2 600 пациентов получали ОЗТ. (54)

Поздняя диагностика ВИЧ инфекции, позднее начало АРТ оказывает негативное воздействие на эффективность лечения и является причиной 90% смертности на фоне начала АРТ. (56)

3.3 АРТ

Национальные руководства по лечению ВИЧ в Грузии пересмотрены в соответствии с рекомендациями ВОЗ 2013 года, с 2014 года основным критерием назначения АРТ является уровень СД4 <500 кл/мм³.

Данных по отрывам от лечения нет, процент достигших вирусной супрессии 73% из начавших лечение. (54)

Согласно оценкам UNAIDS, Грузия достигла максимального охвата АРТ диспансерной группы пациентов (95% от получающих медицинские услуги).

(54, 57) Пациенты должны неоднократно являться в центр СПИДа перед назначением АРТ, и для проведения мониторинга АРТ. (57)

Ключевые барьеры доступа к услугам

1. Значительный процент не диагностированных случаев ЛЖВ свидетельствует о существовании ограниченного доступа к услугам тестирования для представителей КГН.
2. Высокий уровень стигмы по отношению к КГН , особенно МСМ, является серьезным барьером доступа к услугам, связанным с ВИЧ инфекцией, для представителей сообществ.
3. Необходимость расширение доступа к ОЗТ как фактора обеспечения приверженности в АРТ для пациентов на АРТ.
4. Большое число визитов в центр СПИДа до и после назначения АРТ являются серьезным барьером для пациентов из отдаленных от центра СПИДа населенных пунктов

Латвийская Республика

Раздел 1. Эпидемиологическая ситуация в Латвийской Республике

На 31.12.2014 в Латвии кумулятивно зарегистрировано 6214 случаев ВИЧ – инфекции, в том числе 1521 случая СПИДа. В 2014 году зарегистрированы 347 новых случаев ВИЧ – инфекции (заболеваемость - 17,3 на 100 000 населения). (58)

В Латвии преобладает половой путь передачи ВИЧ: в 2014 году половой путь передачи зарегистрирован в 38% новых случаев, и только 21.3% - парентеральным путем. Кроме того, в стране зарегистрировано высокий уровень случаев ВИЧ инфекции с неустановленным путем передачи - 31.4%. (58)

Раздел 2. Анализ каскада лечения ВИЧ–инфекции

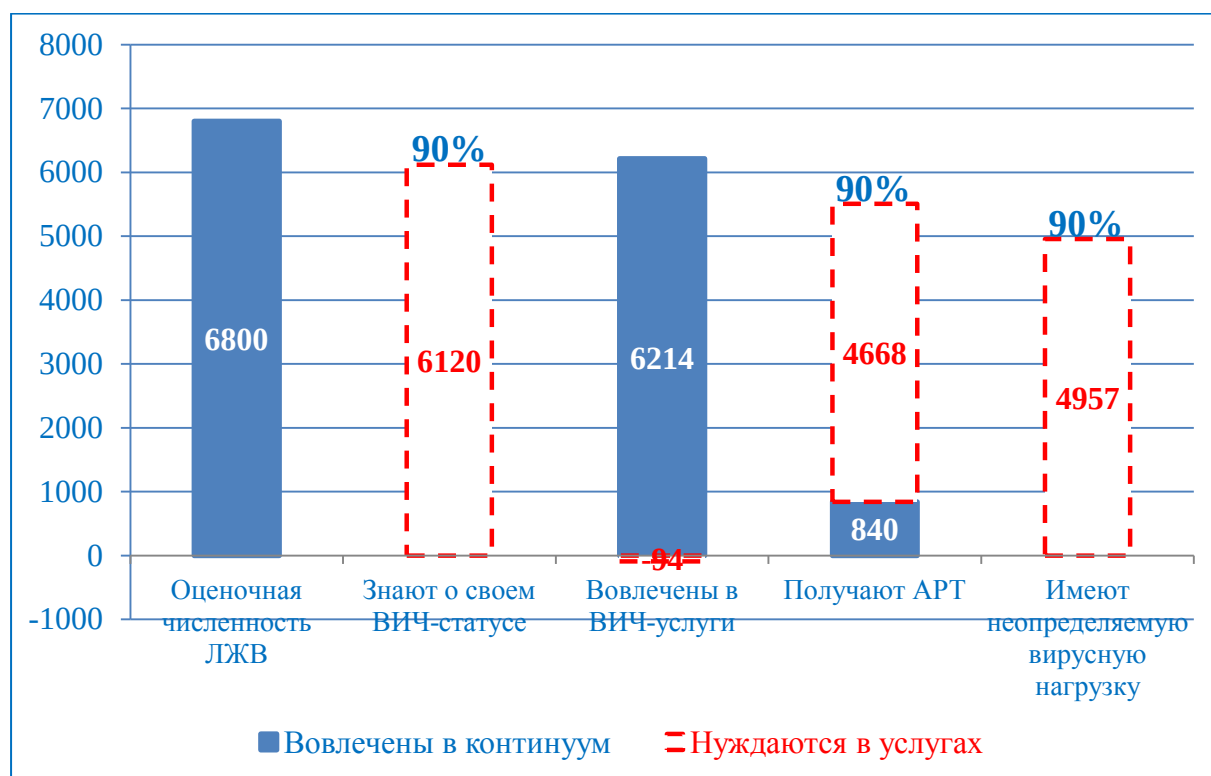


Рисунок 12 Каскад лечения, Латвия, 2014

В Латвии более нет данных об охвате тестированием, нет информации о

численности ЛЖВ, которые знают свой статус, не смотря на это, 90% от оценочной численности ЛЖВ получают медицинские услуги в связи с ВИЧ – инфекцией. Проблемой является низкий охват АРВ – терапией – 12% от оценочной численности, данные числе достигших вирусной супрессии отсутствуют.

Раздел 3. Анализ доступа к услугам непрерывной помощи для ЛЖВ и КГН, определение барьеров к услугам

В Латвии созданы и работают Пункты профилактики ВИЧ - 18 сайтов в 16 городах. Три мобильные клиники оказывают профилактические услуги представителям КГН (бывшим заключенным, бездомным, ЛУИН, МСМ, СР, иммигрантам, представителям этнических меньшинств). В 2014 году было выполнено проведено 1984 исследования ВИЧ с использованием экспресс - тестов, в результате чего было получено 5% позитивных результатов. Сеть пунктов профилактики ВИЧ координируется муниципалитетами и сотрудничает с лечебными учреждениями и НПО.

Антиретровирусная терапия обеспечивается за государственный счет, предоставляется всем без исключения группам пациентов.

В 2014 году были приняты новые протоколы лечения, согласно которым критериями назначения АРТ является:

- острый ретровирусный синдром (АРТ назначается на 3-6 месяцев);
- симптоматическая ВИЧ – инфекция (3-4 стадии, тромбоцитопения);
- иммунная супрессия $CD4 < 350$ клеток /мл

Ключевым барьером доступа к услугам является несоответствие Национальных протоколов лечения ВИЧ – инфекции рекомендациям ВОЗ.

Отсутствие информации не позволяет определить большее число барьеров.

Литовская Республика

Раздел 1. Эпидемиологическая ситуация в Литовской Республике

В 2014 году в Литве зарегистрировано 141 новый случай ВИЧ - инфекции (заболеваемость - 4.8 на 100 000 населения). На 31.12.2014 кумулятивно в стране зарегистрировано 2378 случаев ВИЧ, и 415 случаев СПИДа. (59) В 2014 году в Литве преобладал половой путь передачи среди новых случаев ВИЧ. (59)

Кумулятивно случаи передачи ВИЧ по путям передачи распределились следующим образом:

- парентеральный путь (употребление наркотиков) – 63,5%;
- гетеросексуальный контакт - 19.2%;
- гомосексуальный контакт (МСМ) - 7.1%;
- ППМР - 0.2%;
- не установленный - 10.0 % (59)

На 31.12.2014 кумулятивное число умерших от СПИДа в Литве составило 190. (59) Распространенность ВИЧ среди ЛУИН 3.2%, среди МСМ 2.7%, среди РКС 0%. (59)

Построить каскад из-за отсутствия информации не представляется возможным.

Начиная с 1998 года АРТ стало доступным для ЛЖВ, которые отвечают критериям назначения АРТ. Антиретровирусная терапия доступна всем группам населения. В Литве все ЛЖВ обеспечиваются обязательным медицинским страхованием за счет общественных фондов. Антиретровирусная терапия предоставляется без доплат со стороны пациентов. Расходы на АРТ полностью компенсируются Национальным Фондом Страхования Здравоохранения. (59)

В 2014 году из 2378 ЛЖВ, которые получали медицинские услуги, 547

получали АРТ в соответствии с национальными протоколами лечения. (59) Охват АРТ не превышает 20%, через 12 месяцев продолжают получать АРТ 80%, данных о достижении вирусной супрессии нет.

Ключевым барьером доступа к услугам является несоответствие Национальных протоколов последним рекомендациям ВОЗ, что ограничивает доступ к лечению ЛЖВ.

Молдова

Раздел 1. Эпидемиологическая ситуация в Республике Молдова

Эпидемия ВИЧ – инфекции находится на концентрированной стадии.

На 01.01.2015 кумулятивно зарегистрировано 9398 случаев ВИЧ на всей территории Молдовы, 58% из них составили мужчины, 42% - женщины. (60)

На 01.01.2015 на диспансерном учете в медицинских учреждениях состояло 6891 ЛЖВ, из них 54% мужчин и 46% женщин.

В 2014 году зарегистрировано 234 новых случаев ВИЧ – инфекции. Кумулятивно в Молдове зарегистрировано 2789 случаев СПИДа. В 2014 году умерло 302 ЛЖВ. Начиная с 2011 года, половой путь является лидирующим ВИЧ – инфекции в Республике Молдова и составил 86,6% среди новых случаев в 2014 году. (60)

Оценочная численность КНГ в Молдове: МСМ- 13500 чел; ЛУИН - 30200 чел; СР - 12000 чел.

Распространенность ВИЧ – инфекции среди КНГ в Молдове составила: среди МСМ - 5,7 %; ЛУИН - 8.5%; СР - 11.6%.

Раздел 2. Анализ каскада лечения ВИЧ–инфекции

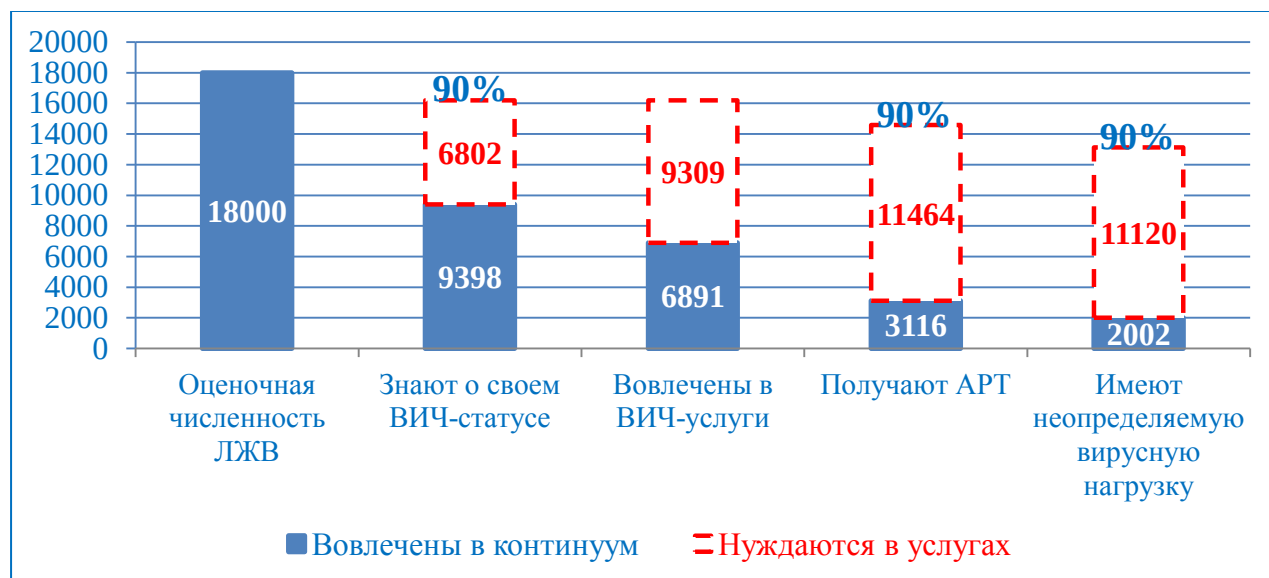


Рисунок 13 Каскад лечения ВИЧ - инфекции, Молдова, 2014

В Республике Молдова знают свой ВИЧ – позитивный статус 52% ЛЖВ, на диспансерном учете состоит 38% от оценочной численности, АРВ – терапию получают 17%, и достигли вирусной супрессии согласно официальным данным – 11% ЛЖВ.

Раздел 3. Анализ доступа к услугам непрерывной помощи для ЛЖВ и КГН, определение барьеров к услугам

Протоколы ДКТ в Молдове полностью соответствуют международным стандартам. С целью обеспечения доступа к тестированию широко используются экспресс - тесты. Кроме того, в течение последних лет в законодательство внесены антидискриминационные нормы, касающиеся прав КГН, расширения доступа к ОЗТ, что способствует снижению барьеров доступа к услугам для представителей КГН. (60)

В Молдове пересмотрены протоколы назначения АРТ в соответствии с международными стандартами, что обеспечивает доступ к лечению всех нуждающихся. АРТ назначают врачи Центра СПИДа. (60)

Ключевыми проблемами организации лечения являются низкая приверженность к АРТ, поздняя диагностика ВИЧ и позднее начало АРТ. В Транснистрии нет возможности улучшения паллиативной помощи для взрослых и детей со СПИДом. (60)

В 2014 году не было проблем с поставками АРТ. (60) Препараты закупаются за счет грантов Глобального Фонда и за государственный счет.

Ключевые барьеры доступа к услугам в связи с ВИЧ

1. Ограниченный доступ к тестированию для представителей КГН, особенно в Транснистрии, ограниченное использование экспресс – тестов
2. Протоколы лечения до последнего времени создавали серьезный барьер доступа к получению АРТ для ЛЖВ

3. Проблемы формирования приверженности к АРТ, особенно для ЛУИН, связанные с недостаточным охватом ОЗТ

Республика Польша

Эпидемиологические данные крайне ограничены.

Медицинские услуги в связи с ВИЧ – инфекцией в Республике Польша получают 18 587 человек. Другие данные отсутствуют. (61)

В связи с дефицитом данных каскад лечения построить невозможно.

Информация о барьерах доступа к услугам в связи с ВИЧ отсутствует.

Республика Таджикистан

Раздел 1. Эпидемиологическая ситуация в Республике Таджикистан

Согласно официальным статистическим данным (данные ГУ РЦ СПИД) на 31 декабря 2014 года число людей, живущих с ВИЧ, составило 5242 человек, из них женщин – 1737 чел. (33,1%) и мужчин – 3505 чел. (66,9%). Распространенность ВИЧ в стране на 31.12.2014 года составила 64,9 на 100 000 населения .(61)

Ключевой тенденцией развития эпидемии ВИЧ в Таджикистане является преобладание полового пути передачи ВИЧ: в 2014 году доля полового пути в структуре всех путей передачи составила 60,4%, доля парентерального - 24,2%.(61)

На декабрь 2013, оценочное количество ЛЖВ в Таджикистане составило 14 000 (по оценкам UNAIDS/WHO). Количество зарегистрированных случаев составило 5 550 (60% от оценочного количества не выявлены).

Оценочная численность КГН: ЛУИН - 23100 чел; СР - 14100 чел; МСМ - 13400 чел. Распространенность ВИЧ составила среди ЛУИН 13,5%; МСМ- 2,7%, СР - 3,5%.

Раздел 2. Анализ каскада лечения ВИЧ-инфекции

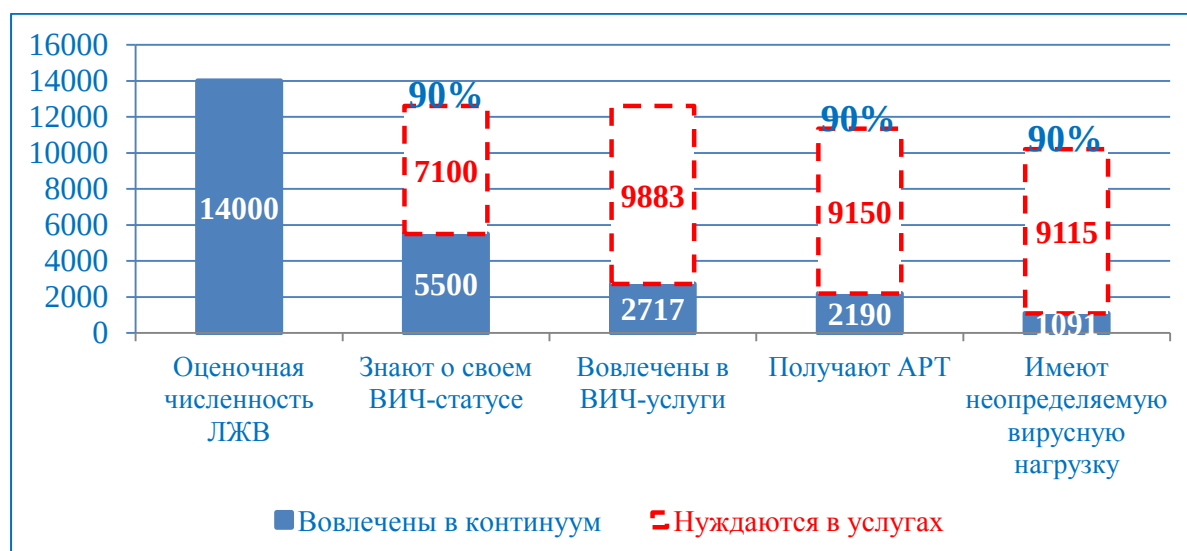


Рисунок 14 Каскад лечения, Таджикистан, 2014

В Республике Таджикистан знают свой ВИЧ – статус 39% от оценочного числа ЛЖВ, охвачены медицинскими услугами 19%, получают АРТ 16% , достигли вирусной супрессии 8% от оценочной численности.(62)

Раздел 3. Анализ доступа к услугам непрерывной помощи для ЛЖВ и КГН, определение барьеров к услугам

Доступ к тестированию на ВИЧ ограничен для КГН. Тестирование не проводится в местах скопления КГН, на базе НПО, которые предоставляют услуги ЛУИН и СР, например, на пунктах обмена шприцев, сайтах ОЗТ, кабинетах лечения ЗПТ, в которые обращаются СР и MSM.(62)

Проблема доступа к тестированию на ВИЧ существует для беременных женщин.(62)

В целом 2717 ЛЖВ получают медицинские услуги в связи с ВИЧ – инфекцией (49% из ЛЖВ, которые знают свой статус).

Одной из ключевых проблем является поздняя диагностика и позднее обращение за медицинской помощью, что приводит к риску оппортунистических инфекций и позднему началу АРТ.(63)

Среди взятых на учет в 2013 (n=384) уровень CD4 был определен у 333, у 67% уровень CD4 был ниже 350 и 40% имели CD4 уровень <200. Все пациенты с клиническими проявлениями и иммунной супрессией начали получать АРТ. (63, 62)

Потери пациентов происходят на всех этапах континуума услуг, причиной чего может быть длительный период получения окончательного результат обследования, отсутствие контроля обращения за медицинской помощью, неэффективное использование ресурсов.(63)

АРВ – терапия доступна в стране с 2006 года и в на конец 2013 года 1399 получают АРТ (51% от состоящих на диспансерном учете), из них 30% - ЛУИН. у 737 пациентов на АРТ был определен уровень вирусной нагрузки, 73% достигли вирусной супрессии.(1) Оценочное число нуждающихся в АРТ

в 2013 году - 3400, таким образом охват АРТ составил 35%. Охват оценочного количества ЛЖВ достиг 8%. (62)

Недостаточный охват пациентов АРТ, проблемы удержания на лечении, особенно ЛУИН, наносит вред как непосредственно пациентам, так и влияет на эпидемиологическую ситуацию в стране в целом. (63)

Система здравоохранения не имеет возможности оказывать необходимую поддержку и уход ЛУИН с целью обеспечения приверженности. Охват ОЗТ и программами снижения вреда крайне низкий.(63)

Ключевые барьеры доступа к услугам

- Длительный алгоритм проведения тестирования на ВИЧ с использованием лабораторных методов диагностики
- Протоколы лечения АРТ не соответствуют современным стандартам и целям
- Недостаток услуг социального сопровождения негативно влияет на формирование приверженности и удержанию на лечении ЛЖВ, в особенности представителей КГН.
- Низкий охват программами снижения вреда и ОЗТ ЛУИН создает дополнительный барьер к АРТ и удержанию на АРТ для этой группы пациентов.

Украина

Раздел 1. Эпидемиологическая ситуация в Украине.

Эпидемия ВИЧ – инфекции в Украине находится в концентрированной стадии.

В период 1987 - 2015 гг. в Украине получено 479 358 ВИЧ – положительных результатов по данным лабораторных исследований, официально зарегистрировано 280 358 случаев ВИЧ – инфекции среди граждан Украины. На 01.01.2016 г. на учете состояло 126 604 ВИЧ – положительных граждан Украины (распространенность 297,2 на 100 населения), в том числе 34 016 больных СПИДом.(64)

Оценочная численность ЛЖВ по данным UNAIDS в 2014 году оценивалась в 220 000 человек.

В Украине преобладает половой путь передачи, который в 2014 году составил более 70%. (65)

ЛУИН - группа представлена преимущественно мужчинами, наибольшей возрастной группой старше 25 лет- 86,6%. Из оценочной численности 61070 ЛЖВ /ЛУИН 36 642 знают свой статус. Данные по охвату АРТ не доступны.(66)

МСМ в Украине: средний возраст 28 лет, для подростков - (14–19 лет) – 11%. 79% опрошенных МСМ никогда не были женаты. Из 10369 МСМ (оценочная численность) знают свой статус 6222, состоят на диспансерном учете 5288. (67, 68)

РС: Средний возраст- 28,5 лет. Динамика распределения РКС по возрасту демонстрирует снижение доли РС в возрастной группе 14–19 лет. Чаще всего находят клиентов на трассе, улице, автодорогах. По образовательному уровню наибольшая группа с полным средним (33%), или профессионально - техническим образованием (33%). Большая часть не состоит в браке, не имеют постоянного полового партнера (65,7%). 52% сообщили, что имеют родственников, которых содержат. Для 81% РС секс за вознаграждение

является основным источником дохода. (69)

Оценочная численность РС в Украине 5827, знают статус 3496, состоят на диспансерном учете 3146. Данные об охвате АРТ не доступны. (69)

Раздел 2. Анализ каскада лечения ВИЧ-инфекции

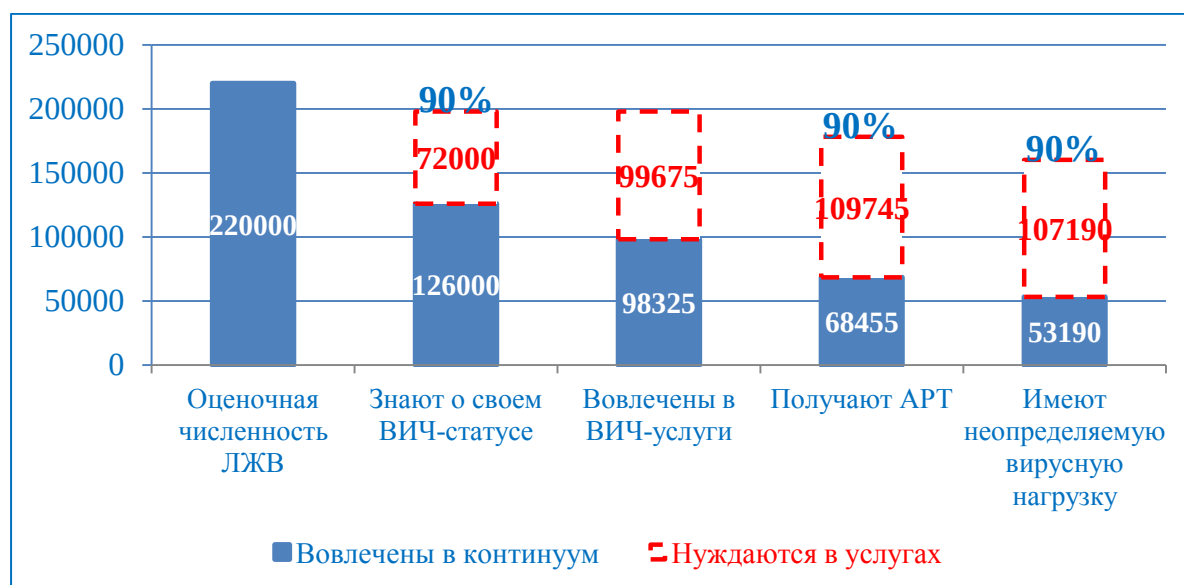


Рисунок 15 Каскад лечения ВИЧ – инфекции, Украина, 2015 г.

Каскад континуума услуг демонстрирует пробелы в предоставлении услуг лечения для ЛЖВ (64). По данным 2015 г. только 57% ЛЖВ знают свой статус, вовлечены в услуги, связанные с ВИЧ 45% , получают АРТ 31% от оценочной численности ЛЖВ. Достигли вирусной супрессии 24% от оценочной численности.(63)

Раздел 3. Анализ доступа к услугам непрерывной помощи для ЛЖВ и КГН, определение барьеров к услугам

Тестирование на ВИЧ в Украине проводится на принципах добровольности и конфиденциальности. Для привлечения к обследованию пациентов противотуберкулезных клиник, беременных и некоторых других категорий

пациентов используется тестирование по инициативе провайдера услуг. В Украине широко используются экспресс - тесты, в том числе для тестирования КГН. Имеется опыт пилотных проектов по ассистированному самотестированию, который используется для обследования представителей КГН, особенно ЛУИН и МСМ. (70)

В Украине период получения окончательного результат исследования может занимать от нескольких дней до месяца, что связано с необходимостью транспортировки образцов сывороток крови в референс – лаборатории областных центров. (65)

По данным биоповеденческих исследований 2013 года процент лиц, которые в течение 12 месяцев прошли тестирование на ВИЧ-инфекцию и знают свои результаты, среди представителей КГН все еще остается на низком уровне, за исключением СР - 63,1% (59% в 2011 г.). Данный показатель в 2013 году оставался почти на том же уровне и составил среди ЛУИН 42,8% (35,7% в 2011 г.), среди МСМ - 38,3% (37,8% в 2011 г.). (65)

В стране проводится децентрализация ВИЧ – услуг, что позволит снизить барьеры доступа к АРВ – терапии для ЛЖВ.

Одной из ключевых проблем остается формирование приверженности к АРВ – терапии для ЛУИН, внутренних трудовых мигрантов, переселенцев.

Процент людей с ВИЧ-инфекцией / СПИДом, получающих лечение через 12 месяцев после начала АРТ, за отчетный период с 01.01.2014 г. по 31.12.2014 г. составил 85,43% (Продолжали получать лечение 12254 человека из 14344 человек, которые начали лечение в когорте 2013) и немного уменьшился против соответствующего показателя за отчетный период с 01.01.2013 г.. По 31.12.2013 г.. (86,67% должны получать лечение 12291 человек из 14183 человек, которые начали лечение в когорте 2012).

Стратегия реформирования системы здравоохранения Украины, с одной стороны, демонстрирует положительный сдвиг по ориентированного на пациента подхода, более эффективного финансирования здравоохранения,

внедрение социального заказа создание потенциала для устойчивого развития повышения качества медицинских услуг для ЛЖВ. С другой стороны, в результате реструктуризации и децентрализации системы здравоохранения - влечет нестабильность и создает риск в реализации мероприятий по противодействию эпидемии ВИЧ - инфекции. (64)

Ключевые барьеры доступа к услугам, связанным с ВИЧ

- Низкая мотивация КГН и населения к прохождению тестирования на ВИЧ (64)
- Децентрализация услуг проведена не во всех регионах, что создает географические и организационные барьеры для ЛЖВ
- Недостаточный охват ОЗТ, недостаточное развитие интегрированных сервисов для ЛУИН/ЛЖВ, ЛУИН/ЛЖВ/ТБ являются серьезным барьером доступа к услугам для пациентов с двойной/тройной проблемой.

Список литературы

1. European Centre for Disease Prevention and Control. From Dublin to Rome: ten years of responding to HIV in Europe and Central Asia: 2014 progress report — Stockholm, ECDC, 2014.
2. European Centre for Disease Prevention and Control. Thematic report: HIV continuum of care. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2014 progress report — Stockholm: ECDC, 2015.
3. European Centre for Disease Prevention and Control. Evidence brief: HIV data. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia – 2014 progress report — Stockholm: ECDC, 2015.
4. ECDC Evidence brief. HIV and treatment. September 2015. European Centre for Disease Prevention and Control — Stockholm: ECDC, 2015
5. Review of the HIV Programme in Azerbaijan : November 2014 / D. Burrows, A. Boltaev and M. Musa (APM Global Health, Sydney, Australia); and M. Gottfredsson (Landspítali University Hospital, Reykjavik, Iceland); and J. Suleymanova (WHO CO Azerbaijan). — WHO, 2016.
6. Отчетность о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер ответ на СПИД : Мониторинг выполнения Политической декларации ООН по ВИЧ/СПИДу 2011 года: Азербайджанская Республика: Отчетный период: январь 2012 г. – декабрь 2013 г. / Минздрав Азербайджанской республики. — Баку, 2014.
7. WHO country TB profile. Azerbaijan. 2014
8. ВИЧ/СПИД в Азербайджане : социально-культурный подход / UNESCO. — Баку, 2005.
9. Национальный отчет о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД (по выполнению Политической Декларации по ВИЧ/СПИДу) : Республика Беларусь : Отчетный период: январь 2013 г. – декабрь 2014 г. / Минздрав Республики Беларусь. — Минск, 2015.
10. Optimizing investments in Belarus for the National HIV Response. — World Bank, 2016.
11. HIV Programme Review in Belarus : Evaluation report: November 2014 / D. Raben and J. Klinte (WHO Collaborating Centre for HIV and Viral Hepatitis), A. Sönnernborg (Karolinska Institute, Stockholm), and E. Subata (WHO Collaborating Centre for Harm Reduction). — WHO, 2016.
12. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 97 от 12 июля 2012 года “Об установлении клинических показаний, по которым лица подлежат обязательному медицинскому обследованию, и перечня иных категорий лиц, подлежащих обязательному медицинскому освидетельствованию”
13. WHO mission on ART optimization in Belarus March 30-31, April 1, 2016 April, 2016 / M. Ristola (Helsinki University Hospital, Finland), V. Rusovich (WHO Country Office, Belarus), J. Lundgren, S. F. Jakobsen (WHO Collaborating Centre for HIV and Viral Hepatitis, Denmark)
14. Внешняя оценка ВОЗ Национальной программы борьбы с туберкулезом в Беларуси 10-21

октября 2011 года / П. де Коломбани, Региональное европейское бюро ВОЗ

- 15 WHO country TB profile, Belarus. — WHO, 2014.
16. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing: HIV infection: recommendations for a public health approach : June 2013. — WHO, 2013.
17. Показатель уровня стигмы в Беларуси / Республиканское общественное объединение «Белорусское сообщество людей, живущих с ВИЧ», 2013 г.
18. Key Facts on HIV epidemic in Kazakhstan and progress on 2011. —WHO, 2013.
19. Национальный доклад о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД : Отчетный период : 2015 / Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан, ГУ «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД». — Алматы, 2016.
20. Katsaga A., Kulzhanov M., Karanikolos M., Rechel B. Kazakhstan: Health system review. Health Systems in Transition, 2012; 14 (4) : 1–154.
21. WHO TB country profile. Kazakhstan. — WHO, 2014.
22. Kazakhstan Report — NCPI, 2013.
23. Antiretroviral therapy. The Republic of Kazakhstan. — UNAIDS, 2014.
24. Страновой отчет о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на ВИЧ-инфекцию: Кыргызская Республика : Отчетный период: январь – декабрь 2014 г. / Министерство здравоохранения Кыргызской Республики. — Бишкек, 2015.
25. HIV Programme Review in Kyrgyzstan : Evaluation report : December 2014 / Maiken Mansfeld and Matti Ristola (WHO Collaborating Centre for HIV and Viral Hepatitis) and Giedrius Likatavicius. — WHO, 2015.
26. Результаты дозорного эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией в Кыргызской Республике. — Бишкек, 2013.
27. WHO TB country profile, Kirgizstan. — WHO, 2014.
28. Дерябина А., Дооронбекова А. Интегрированное био-поведенческое исследование среди половых партнеров людей, употребляющих инъекционные наркотики, в Кыргызской Республике. — Бишкек, 2015.
29. Абдуллаев Т., Константинов Б., Хамельманн К. Нормативно-правовая база по антиретровирусным препаратам и терапии в отдельных странах Восточной Европы и Центральной Азии. Субрегиональный аналитический отчет (Азербайджан, Армения, Грузия, Кыргызстан, Молдова, Украина) // Устойчивое финансирование национальных мер по противодействию ВИЧ. — ПРООН, 2015.
30. Отчет о мерах по борьбе с ВИЧ/СПИД за 2014 год / Министерство Здравоохранения Российской Федерации. — Москва, 2015.

31. Покровский В. В., Ладная Н. Н., Тушина О. И., Буравцова Е. В. ВИЧ - инфекция. Информационный бюллетень № 40. / Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. Федеральное бюджетное учреждение науки Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом. — Москва, 2015.
32. Справка «ВИЧ-инфекция в Российской Федерации на 31 декабря 2014 года» / Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом. — <http://hivrussia.org/files/spravkaHIV2014.pdf>
33. Национальные клинические рекомендации по диагностике и лечению ВИЧ-инфекции у взрослых / Мазус А. И., Каминский Г. Д., Зимина В. Н. и др. — М., 2014.
34. Country TB profile : Russian Federation. — WHO, 2014.
35. Bismukhametov D. A., Anokhin V. A., Vinogradova A. N., Triner W. R., McNutt L. A. Bias in medicine: a survey of medical student attitudes towards HIV-positive and marginalized patients in Russia, 2010. — PubMed PMC3494162
36. The Influence of Stigma and Discrimination on Female Sex Workers' Access to HIV Services in St. Petersburg, Russia / E. J. King, S. Maman, J. M. Bowling, K. E. Moracco, V. Dudina // AIDS Behav. 2013; 17 (8). — doi:10.1007/s10461-013-0447-7
37. Barriers and Facilitators of HIV Care Engagement :Results of a Qualitative Study in St. Petersburg, Russia / A. V. Kuznetsova, A. Y. Meylaks, Y. A. Amirkhanian et al. // AIDS and Behavior. — 2016. — P. 1-11.
38. Абдуллаев Т., Константинов Б., Хамельманн К. Нормативно-правовая база по антиретровирусным препаратам и терапии в отдельных странах Содружества независимых государств : Субрегиональный аналитический отчет (Беларусь, Казахстан, Россия, Таджикистан, Узбекистан) // Устойчивое финансирование национальных мер по противодействию ВИЧ". — ПРООН, 2014.
39. Национальный доклад о ходе выполнения Декларации о приверженности делу борьбы со ВИЧ/СПИДом Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН : Республика Узбекистан : Отчетный период: январь – декабрь 2014 / Министерство здравоохранения Республики Узбекистан. — Ташкент, 2015.
40. Jakobsen S. F., Raben D., Ristola M. Expansion and optimization of ART in Uzbekistan February 2016. — WHO, 2016.
41. Концептуальная записка Узбекистан 2016-2017.
42. TB country profile : Uzbekistan. 2014 — WHO, 2014.
43. Федорова О., Чигин А. Наркотическая ситуация и антинаркотическая политика // Pompidou Group of the Council of Europe. Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit

trafficking in Drugs, 2014.

44. HIV in Estonia. Situation, prevention, treatment, and care. Narrative report for GARPR 2015. // National Institute for Health Development. — Tallinn, 2015.

45. HIV/AIDS treatment and care in Estonia : Evaluation report 2014 / D. Raben, S. F. Jakobsen, F. Nakagawa etc. — WHO, 2014.

46. Platt L., Bobrova N., Rhodes T., Uusküla A., Parry J. P., Rüütel K. et al. High HIV prevalence of HIV among injecting drug users in Estonia: implication for understanding the risk environment // AIDS 2006; 20 : 2120–2123.

47. Laisaar K.-T. People living with HIV in Estonia: Engagement in medical care and methods of increasing adherence to antiretroviral therapy and safe sexual behavior. — Dissertation Medicinæ Universitas Tartuensis. — Tartu, 2016.

48. Reekie J., Reiss P., Ledergerber B. et al. A comparison of the long-term durability of nevirapine, efavirenz and lopinavir in routine clinical practice in Europe: a EuroSIDA study. — doi: 10.1111/j.1468-1293.2010.00877.x

49. HIV Programme Review in Armenia : March 2015 // Jeffrey V. Lazarus (WHO Collaborating Centre on HIV and Viral Hepatitis), Valerie Delpech (Public Health England), Anders Sönnernborg (Karolinska Institute), Hernan Fuenzalida (The World Progress Center, Inc), Emilis Subata (WHO Collaborating Centre on Harm Reduction). — WHO, 2016.

50. Responce Progress Report: Republic of Armenia Reporting period: January-December 2014// Erevan, 2015

51. WHO Country TB profile. Armenia 2014

52. Mallitt K.A., Grigoryan S.R, Papoyan A.S., Wand H.C., Wilson D.P.. Access to antiretroviral therapy and survival in eastern Europe and central Asia: a case study in Armenia. 2013

53. Erica Richardson Health Systems in Transition, European Observatory on Health Systems and Policies, 2013

54. Global AIDS Response Progress Report. Georgia. Country Progress Report/ Reporting Period January – December, 2014 //Tbilisi, 2015

55 Optimizing Investments in Georgia's HIV Response. — World Bank, 2016

56. Antiretroviral Treatment in Georgia / UNAIDS, 2014

57. HIV Programme Review in Georgia\March 2015\ J. V. Lazarus, A. Sönnernborg, H.Fuenzalida, E.s Subata\ WHO, 2015

58. Country Progress Report : Latvia: Reporting period: January 2014 – December 2014. — Riga, 2015
59. Country Progress Report . Lituvania, Vilnius . 2015
60. Republic of Moldova. South-East European Region. National Coordination Council Declaration of Commitment of the United Nations. General Assembly Special Session on HIV/AIDS. REPUBLIC OF MOLDOVA. PROGRESS REPORT ON HIV/AIDS. January – December 2014. // Chisinau 2015
61. Minister Zdrowia, Sprwozдание zrelacji Krajowego program zapobiegania zakazeniom HIV i zwalczania w 2013 roku. opracowane przez Krajowe Centrum do Spraw AIDS. Warszawa, sierpień 2014 r.
62. Отчет страны о достигнутом прогрессе в противодействии эпидемии ВИЧ, 2015. Таджикистан. Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан. Государственное учреждение «Республиканский центр по профилактике и борьбе с СПИД» //Душанбе, 2015
63. Maiken Mansfeld, Matti Ristola, Jesper Klinte, Jan Bultman, Andrej Kastelic, Signe Rotberga. HIV programme review in Tajikistan. WHO Technical Assistance for concept note development under Cooperative Agreement with the Global Fund. // WHO, 2015
64. Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДУ (GARPR Ukraine) : Звітний період: січень 2012 р. – грудень 2014 р. / МОЗ України, 2015
65. Державна установа «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України» . Державна установа «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського Національної академії медичних наук України» ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень № 45. Київ, 2015
66. Моніторинг поведінки та поширення ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління: аналіт. звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2013 року / Балакірева О. М., Бондар Т. В. та ін. — К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2014. — 181 с.
67. Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед чоловіків, які практикують секс із чоловіками, як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління: аналітичний звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2013 року / Большов Є. С., Касянчук М. Г., Трофименко Л. В. — К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2014. — 112 с.
68. <http://aidsinfo.unaids.org>
69. Моніторинг поведінки та поширення ВІЛ-інфекції серед жінок, які надають сексуальні

послуги за винагороду, як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління: аналіт. звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2013 року / Балакірева О. М., Бондар Т. В., Серeda Ю. В. та ін. — К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2014. — 144 с

70. «Здоров'я партнера»: втручання щодо залучення до тестування на ВІЛ статевих партнерів людей, які живуть з ВІЛ, та людей, які вживають наркотики. Посібник із впровадження / А. Бойко, Н. Дмитришина, Деніел Дарроу де Мора, Н. Тюленєва. — К.: «Поліграф плюс», 2016. — 52 с.

71. ЗАКОН АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ от 11 мая 2010 года №1001-IIIQ “О борьбе с заболеванием, вызванным вирусом иммунодефицита человека”

72. Azerbaijan Repot NCPI 2013\ UNAIDS

73. Women, Harm Reduction, and HIV: Key Findings from Azerbaijan, Georgia, Kyrgyzstan, Russia, and Ukraine. October 2009 \ IHRDP, Open Society Institute

74. Ministry of Health, Azerbaijan\2014\ Draft National Strategic Plan for HIV 2016-2020

75. Azerbaijan Country Report on Human Rights Practices \US State Department Bureau of Democracy, Human Rights and Labor.2013

76. Azerbaijan. Demographic and Health Survey 2006.\ State Statistical Committee (SSC) [Azerbaijan] and Macro International Inc. 2008.

77. Legal and regulatory frameworks for antiretroviral medicines and treatment in selected countries of Eastern Europe and Central Asia. A sub-regional analytical report including Armenia, Azerbaijan, Georgia, Kyrgyzstan, Moldova, and Ukraine. Sustainable Financing of National HIV Responses \ Timur Abdullaev, Boyan Konstantinov, Christoph Hamelmann\ UNDP 2015

78. Terlikbayeva A. et al. Access to HIV counseling and testing among people who inject drugs in Central Asia: Strategies for improving access and linkages to treatment and care / Assel Terlikbayeva, Baurzhan Zhussupov, Sholpan Primbetova, Louisa Gilbert, Nurmat Atabekov, Gusal Giasova, Murodali Ruziev, Alijon Soliev, Daniyar Saliev, and Nabila El-Bassel // Drug Alcohol Depend. — 2013. — Vol. 132. — P. 1–7.

79. Optimizing Investments in Kazakhstan's HIV Response. — World Bank, 2015.

80. KAZAKHSTAN TB Proposal for NFM, 2014-2017

81. Antiretroviral therapy. The Republic of Kazakhstan / UNAIDS, 2014. — http://ecuo.org/media/filer_public/2016/03/29/4_kazakhstan_art_mapping_eng.pdf

82. Евдокимова И. Женщины и ВИЧ в странах ВЕЦА. Отчет по результатам онлайн-анкетирования НП «Е.В.А.». 2015.

83. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Казахстан» на 2011–2015 гг. / Президент РК Н. Назарбаев. — 2010.
84. Alternative report on the implementation of the provision of ICCPR related to LGBT people in Kyrgyzstan/ N Yuryeva, A Mamytov, D Kasmamytov, E Orsekov, R Kim, and J Votslava.
85. «Оценка численности мужчин, практикующих секс с мужчинами, в Кыргызской республике» Аналитический отчет, май 2013 г./ ПРООН, Бишкек 2013