

«90-90-90»

Амбициозная цель в области
лечения, направленная на
прекращение эпидемии СПИДа

UNAIDS / JC2684F

Авторское право © 2014

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

Все права защищены.

Воспроизведение графиков, таблиц, карт и цитирование разрешено в образовательных, некоммерческих и коммерческих целях, при условии соответствующей ссылки с указанием источника (ЮНЭЙДС) и года публикации. В случае использования фотографий необходимо ссылаться на источник (ЮНЭЙДС), автора фотографии и год публикации. Разрешение на воспроизведение или ответы на вопросы, связанные с переводом материалов, независимо от того, предназначены ли они для коммерческого или некоммерческого распространения, могут быть получены в Информационном центре по адресу: publicationpermissions@unaid.org.

Употребляемые обозначения и изложение материала в настоящей публикации не означают выражения со стороны ЮНЭЙДС какого бы то ни было мнения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города, района, или их властей, или относительно делимитации их границ.

ЮНЭЙДС не гарантирует полноту и правильность содержащейся в данной публикации информации, и не несет ответственности за ущерб, связанный с ее использованием.

Если не указано иное, фотографии, использованные в данном документе, приводятся исключительно в целях иллюстрации. Если не указано иное, любое лицо, изображенное в документе, является «моделью». Использование фотографии не означает одобрение со стороны модели содержания данного документа, более того, никакой связи между моделью и темами, освещенными в данном документе, не существует.

Прекращение эпидемии СПИДа выходит за рамки исторического обязательства перед 39 миллионами человек, ушедшими из жизни по причине этого заболевания. Это - исключительная возможность заложить основу более здорового, справедливого и равноправного мира для будущих поколений. Прекращение эпидемии СПИДа послужит толчком к наращиванию усилий, направленных на всеобщее здравоохранение и развитие, что явится примером того, каких результатов можно добиться при всеобщей консолидации, реализации мероприятий основанных на доказательных данных, а также многосекторальных партнерств.

Несмотря на то, что написание заключительной главы в истории СПИДа потребует выработки еще множества стратегий, одно не вызывает сомнений: *прекращение СПИДа не представляется возможным без обеспечения лечением каждого, кто в этом нуждается.*

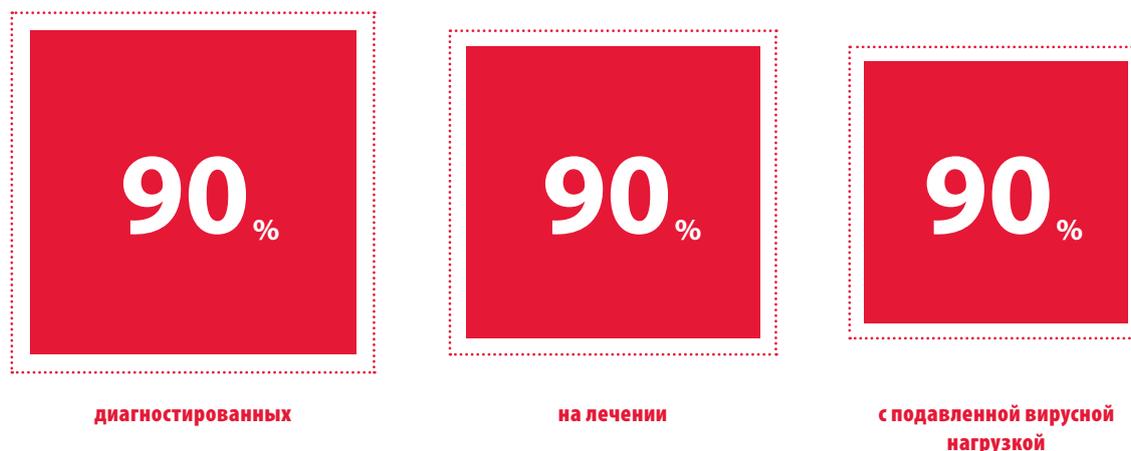
В то время как мировое сообщество сосредоточено на достижении целей 2015 года и обязательств, прописанных в Политической декларации 2011 года в области ВИЧ и СПИДа, конечная цель необходима, для приближения финальной главы в истории эпидемии СПИДа, к усилению ответственности и объединению усилий множества заинтересованных сторон. В то время как прежние цели в области СПИДа были направлены на достижение поступательного прогресса в рамках ответных мер, целью временного периода, следующего за 2015 годом, является не что иное, как прекращение эпидемии СПИДа к 2030 году.

В декабре 2013 года Координационный совет программы ЮНЭЙДС призвал ЮНЭЙДС поддержать усилия стран и регионов, направленные на определение новых целей по расширению масштабов лечения ВИЧ после 2015 года. Как результат этого призыва во всех регионах мира прошли консультации с участием заинтересованных сторон. Заинтересованные стороны объединились на глобальном уровне для проведения различных тематических консультаций по вопросам гражданского общества, лабораторной медицины, предоставления лечения в связи с ВИЧ инфекцией детям и подросткам и другим ключевым аспектам.

В настоящее время есть уникальная возможность активизации усилий в разработке нового подхода сценария лечения и постановки новой конечной и амбициозной, но достижимой цели:

- К 2020 году 90% процентов людей, живущих с ВИЧ, будут знать о своем ВИЧ-статусе.
- К 2020 году 90% всех пациентов с диагнозом ВИЧ-инфекции будет предоставлена антиретровирусная терапия.
- К 2020 году у 90% всех пациентов, получающих антиретровирусную терапию, будет достигнута подавленная вирусная нагрузка.

ЦЕЛЬ В ОБЛАСТИ ЛЕЧЕНИЯ



При достижении этой, состоящей из трех компонентов цели, минимум у 73% людей, живущих с ВИЧ во всем мире, будет достигнута подавленная вирусная нагрузка, что представляет собой 2-х-3-кратное увеличение по сравнению с текущими расчетными оценками вирусной нагрузки. Смоделированные сценарии показывают, что достижение упомянутых целей к 2020 году позволит положить конец эпидемии СПИДа в мире к 2030 году, что в свою очередь приведет к значительным выгодам в области здравоохранения и экономики.

Единственный путь к достижению этой амбициозной цели лежит в подходах, основанных на принципах соблюдения прав человека, взаимного уважения и широкого вовлечения. Силовые подходы не только попирают фундаментальные основы в области прав человека, но способны также подорвать надежды на прекращение эпидемии СПИДа. Как неоднократно и убедительно показывал мировой опыт, силовые подходы отталкивают людей от услуг, в которых они же и нуждаются.

Лечение ВИЧ инфекции является важнейшим, но не единственным инструментом на пути к прекращению эпидемии СПИДа. Помимо усилий по достижению максимальной эффективности профилактического эффекта лечения в связи с ВИЧ, также необходимы срочные меры по расширению масштабов других основных стратегий профилактики, включая искоренение вертикального инфицирования, программы распространения презервативов, доконтактную антиретровирусную профилактику, добровольное медицинское мужское обрезание в приоритетных странах, услуги по снижению вреда для потребителей инъекционных наркотиков и

целевые программы профилактики среди других ключевых групп населения. Чтобы обеспечить реализацию комплексных ответных мер по прекращению эпидемии, понадобятся объединенные усилия по искоренению стигмы, дискриминации и социальной изоляции.

Прекращение СПИДа потребует обеспечения непрерывного доступа к лечению на протяжении всей жизни для десятков миллионов людей, для чего необходимо наличие сильной и гибкой системы здравоохранения и общественной системы, соблюдение и поощрение защиты прав человека, с устойчивыми механизмами финансирования, способными поддержать программы лечения в течение всей жизни людей, живущих с ВИЧ. Внедрение новых технологий, включая упрощенные и более доступные методы диагностики; простые и легко переносимые, а в конечном итоге имеющие более продолжительный эффект и более доступные антиретровирусные препараты, исключаящие ежедневный прием, потребуют политической воли, готовности системы и своевременного принятия и реализации глобальных нормативных руководящих принципов, обеспечивающих масштабную реализацию этих новых инструментов. Точно так же, как и меры профилактики *пневмоцистной пневмонии* на начальном этапе эпидемии СПИДа проложили жизненно важный мост к антиретровирусной терапии для миллионов людей, живущих с ВИЧ, в той же степени сейчас мир нуждается в достижении максимальной эффективности существующих инструментов, чтобы продлить жизнь людей до момента, когда станут доступными средства излечения или подходы, обеспечивающие более упрощенные схемы лечения.

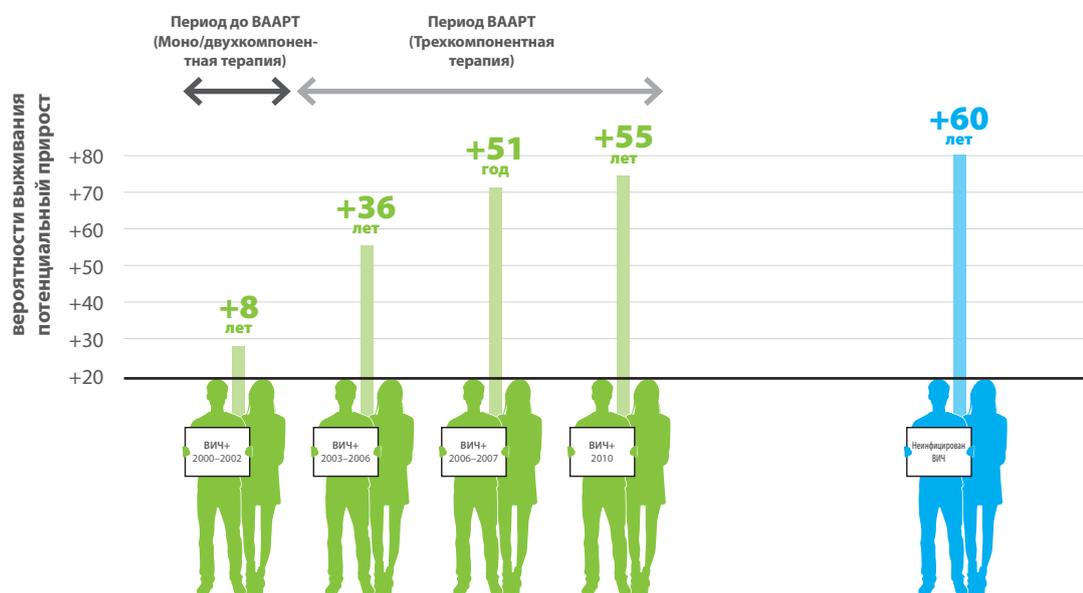
ЛЕЧЕНИЕ В СВЯЗИ С ВИЧ: КРИТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ В ДЕЛЕ ПРЕКРАЩЕНИЯ ЭПИДЕМИИ СПИДА И ЗНАЧИТЕЛЬНОГО СОКРАЩЕНИЯ СЛУЧАЕВ ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ

Лечение ВИЧ инфекции является уникальным инструментом в рамках комплекса мер по противодействию СПИДу, который позволяет не допускать развитие заболевания и смертельные исходы, предотвращать новые случаи инфицирования и экономить денежные средства. В силу того, что надежды на прекращение эпидемии

СПИДа большей частью зависят от способности мирового сообщества обеспечить лечением в связи с ВИЧ, основанным на правозащитном подходе каждого, кто в нем нуждается, постановка конечных целей в области обеспечения всеобщего доступа к лечению чрезвычайно важна.

Рис. 1

ЛЕЧЕНИЕ ВИЧ ИНФЕКЦИИ МОЖЕТ НОРМАЛИЗОВАТЬ ПОКАЗАТЕЛИ ВЫЖИВАНИЯ



Возможное воздействие лечения ВИЧ инфекции на вероятность выживания 20-летнего молодого человека/девушки, живущих с ВИЧ, в странах с высоким уровнем доходов (различные периоды)

Источник: Samji H et al., PLoS ONE, 2013 г.

Лечение ВИЧ инфекции предупреждает развитие заболеваний, связанных с ВИЧ

В 2013 году, когда ВОЗ предложила увеличить необходимый порог CD4 для начала лечения с 350 до 500 клеток на кубический миллиметр, организация ссылалась на растущий объем доказательных данных клинических преимуществ начала лечения на ранних стадиях¹. С момента начала реализации рекомендаций дополнительный анализ результатов исследований в формате HPTN 052 показал, что у участников исследований, выбранных случайно в группу лечения на ранних стадиях (при числе клеток CD4 от 250 до 500), в течение первых двух лет наблюдения был отмечен превышающий средние показатели уровень числа клеток CD4, при этом

вероятность возникновения первичных клинических проявлений снизилась на 27%, на 36% снизилась вероятность возникновения характерных для СПИДа клинических проявлений и на 51% сократилась вероятность выявления туберкулеза.²

Лечение ВИЧ инфекции предотвращает смертные случаи по причине СПИДа

В то время как человек, инфицированный ВИЧ в период отсутствия лечения мог рассчитывать только на 12,5 лет жизни³, инфицированный сегодня молодой человек, живущий в промышленно развитой стране, может прожить практически среднюю продолжительность жизни (или дополнительные 50 лет) при условии прохождения непрерывного

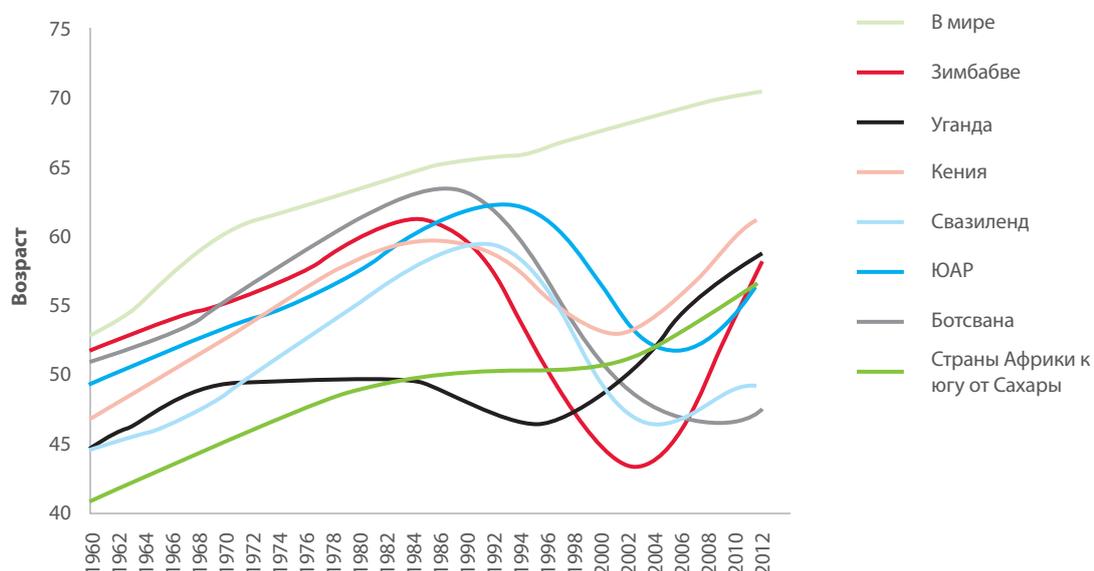
лечения на протяжении всей жизни (рисунок 1).⁴ Стремительно увеличивающийся объем доказательных данных указывает на то, что сопоставимые результаты достижимы и в условиях ограниченных ресурсов.²

В странах с низким и средним уровнем доходов после внедрения широкомасштабного лечения ВИЧ инфекции наблюдалось резкое снижение уровня смертности, вызванной СПИДом. С расширением доступа к лечению в странах с высокими

показателями распространенности ВИЧ за последние 10 лет удалось сдержать разрушительное воздействие эпидемии на здоровье населения и добиться значительного увеличения продолжительности жизни в странах, где обеспечено широкомасштабное лечение ВИЧ инфекции (рисунок 2). Сам факт того, что еще не достигнуты показатели продолжительности жизни на уровне периода, предшествовавшего 90-ым годам, подчеркивает необходимость продолжения наращивания масштабов лечения.

Рис. 2

ТЕНДЕНЦИИ В ПОКАЗАТЕЛЯХ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ В УСЛОВИЯХ ЭПИДЕМИИ СПИДА



Источник: данные Всемирного банка относительно средней продолжительности жизни. <http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN>. от 15 сентября 2014 г.

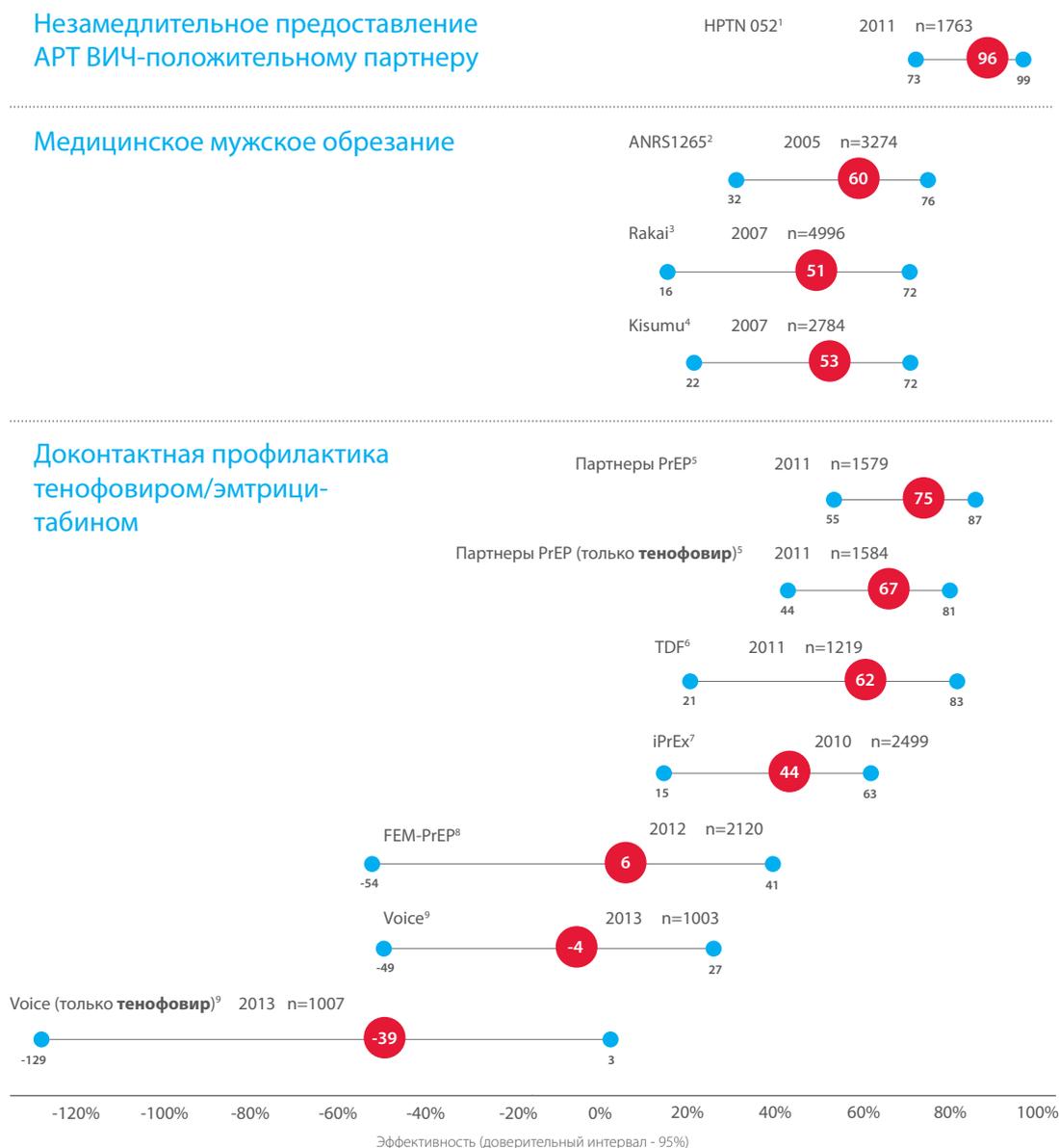
Лечение ВИЧ инфекции предупреждает появление новых случаев инфицирования

По последним оценкам в рамках рандомизированных контролируемых исследований в области мер профилактики, лечение ВИЧ инфекции опережает другие стратегии, оказывая значительное воздействие на заболеваемость ВИЧ (рисунок 3).⁵ Промежуточные результаты исследования PARTNER указывают на то

что, среди 767 серодискордантных пар, где у одного из партнеров подавленная вирусная нагрузка, не имел место ни один случай передачи ВИЧ-инфекции. Исследование включало приблизительно 40000 эпизодов половых контактов.⁶ В качестве средства профилактики, лечение ВИЧ инфекции должно рассматриваться как неотъемлемый компонент комплекса подходов на основе доказательных данных (известных как «комбинированные подходы к профилактике»).

Рис. 3

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДОСТУПНЫХ БИМЕДИЦИНСКИХ МЕР ПРОФИЛАКТИКИ НА ОСНОВЕ РАНДОМИЗИРОВАННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ. МОДИФИЦИРОВАНЫ С РАЗРЕШЕНИЯ MARRAZZO ET AL, JAMA, IN PRESS, 2014 Г.*



Источник: 1. Cohen M, Chen Y, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, et al. (2011). Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med*, 2011;365:493–505. DOI:10.1056/NEJMoa1105243 2. Auvert B, Taljaard D, Lagarde E, Sobngwi-Tambekou J, Sitta R, et al. (2005) Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: The ANRS 1265 trial. *PLoS Med* 2(11):e298. DOI:10.1371/journal.pmed.0020298. 3. Gray RH, Kigozi G, Serwadda D, Makumbi F, Watya S, et al. Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomised trial. *The Lancet*, 369(9562): 657–666, 24 February 2007. DOI:10.1016/S0140-6736(07)60313-4. 4. Bailey RC, Moses S, Parker CB, Agot K, Maclean I, et al. Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 369(9562):643–656, 2007 Feb 24. DOI:10.1016/S0140-6736(07)60312-2. 5. Baeten JM, D. Donnell D, Ndase P, Mugo NR, Campbell JD, et al. Antiretroviral Prophylaxis for HIV Prevention in Heterosexual Men and Women. *N Engl J Med* 2012;367:399–410. DOI:10.1056/NEJMoa1108524. 6. Thigpen MC, Kebaabetswe PM, Paxton LA, Smith DK, Rose CE, et al. Antiretroviral Pre-exposure Prophylaxis for Heterosexual HIV Transmission in Botswana. *N Engl J Med* 2012;367:423–34. DOI:10.1056/NEJMoa1110711. 7. Grant RM, Lama JR, Anderson PL, McMahan V, Liu AY, et al. Preexposure Chemoprophylaxis for HIV Prevention in Men Who Have Sex with Men. *N Engl J Med* 2010;363:2587–99. DOI:10.1056/NEJMoa1011205. 8. Van Damme L, Cornelli A, Ahmed K, Agot K, Lombaard J, et al. Pre-exposure Prophylaxis for HIV Infection among African Women (FEM-PrEP). *N Engl J Med* 2012;367:411–22. DOI:10.1056/NEJMoa1202614. 9. J. Marrazzo, G Ramjee, G Nair, et al. Pre-exposure prophylaxis for HIV in women: daily oral tenofovir, oral tenofovir/emtricitabine or vaginal tenofovir gel in the VOICE study (MTN 003). 20th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. Atlanta, GA, March 3-6, 2013. Abstract 26LB.

Положительный профилактический эффект лечения при ВИЧ очевиден на уровне населения. Так в КваЗулу-Натал в Южной Африке увеличение масштаба охвата лечением на 1% процент приводит к сокращению уровня заболеваемости ВИЧ на 1,1%.⁷ Результаты этих наблюдений схожи с результатами, полученными в провинции Канады Британская Колумбия, где увеличение числа людей с подавленной вирусной нагрузкой на 1% позволяет добиться уменьшения расчетного уровня заболеваемости ВИЧ на 1,2%.⁸ В то время как профилактический эффект лечения ВИЧ инфекции может варьироваться в зависимости от стадии и природы эпидемии и не всегда может развиваться в линейной зависимости, доказательные данные однозначно свидетельствуют о том, что расширение масштабов лечения приводит к ощутимым положительным результатам на уровне популяции. Если коротко, то лечение ВИЧ инфекции является основополагающим элементом комбинированных подходов к профилактике.

Лечение ВИЧ инфекции экономит деньги

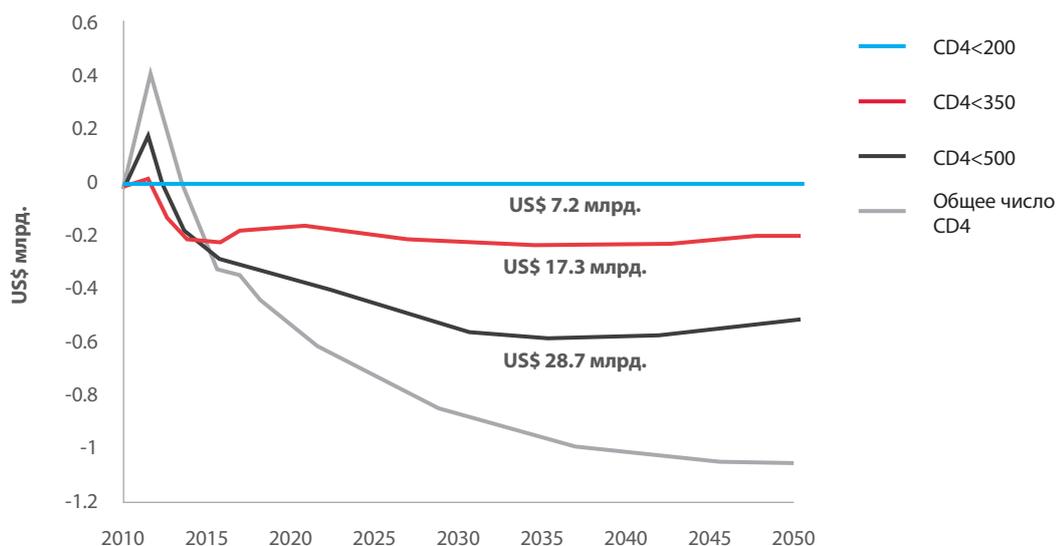
Начало лечения на ранних стадиях приносит как экономические выгоды, так и выгоды в сфере здравоохранения. Например, в Южной Африке все варианты расширения охвата лечением на основе повышения начального порога CD4 были смоделированы на одновременное извлечение как экономических выгод, так и выгод в сфере

здравоохранения, однако наиболее значимые успехи достигаются при условии предоставления лечения всем людям, живущим с ВИЧ, вне зависимости от числа CD4 клеток (рисунок 4). Расширение быстрыми темпами масштабов охвата лечением всех людей, живущих с ВИЧ по оценкам, позволит предотвратить 3,3 миллиона новых случаев инфицирования в Южной Африке до 2050 года и сэкономить 30 млрд. долларов США.⁹

В соответствии с другими расчетами инвестирование в расширение масштабов лечения ВИЧ инфекции может принести более, чем двукратную прибыль с учетом экономии затрат на обеспечение медицинского обслуживания, ухода за сиротами и возросшей производительностью труда.¹⁰ И не понадобятся десятилетия, чтобы увидеть экономические выгоды от инвестиций в ускоренное расширение масштабов лечения. Некоторые страны незамедлительно бы ощутили эффект от сэкономленных средств, как результат инвестиций в расширение лечения.¹¹ В странах же с высокими показателями распространенности ВИЧ фактическая экономия расходов стала бы заметна несколько позднее. И все же, по оценкам, даже в Южной Африке, где сосредоточено наибольшее число людей, живущих с ВИЧ, чем в любой другой стране мира, страна достигнет прорыва/перелома в течение 10 лет после реализации мер по расширению масштабов лечения с обеспечением доступа для каждого нуждающегося вне зависимости от числа клеток CD4.^{12,13}

Рис. 4

РАСШИРЕНИЕ ДОСТУПА К АНТИРЕТРОВИРУСНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЯВЛЯЕТСЯ УМНОЙ ИНВЕСТИЦИЕЙ: ПРИМЕР ЮЖНОЙ АФРИКИ



Источник: Granich R et al. Expanding ART for treatment and prevention of HIV in South Africa: Estimated cost and cost-effectiveness 2011-2050. PLoS ONE, 2012, 7:e30216.

Лечение при ВИЧ и период после 2015 года: стоящий перед миром выбор

С учетом приближения срока реализации поставленных к 2015 году целей и, принимая во внимание тот факт, что мировое сообщество

продумывает шаги по формированию и стимулированию прогресса в период после 2015 года, представляются возможными несколько путей в направлении расширения масштабов лечения (рисунок 5):

Рис. 5

ВОЗМОЖНЫЕ ВАРИАНТЫ ВЫБОРА



- Сохранение статус-кво: как один из вариантов можно было бы далее почитать на лаврах, эффективно поддерживая достигнутый на сегодняшний день уровень охвата лечением, но не вкладывать средства в дальнейшее расширение доступа к лечению. Поддержание статус-кво привело бы к постоянной нехватке препаратов, а также к крайне низкому охвату лечением в ряде стран с высоким бременем ВИЧ, таких как Нигерия, Российская Федерация и Демократическая республика Конго. Подобный подход привел бы к неуклонному росту бремени эпидемии СПИДа в мире, умаляя и сводя на нет все достижения, которых удалось добиться на сегодняшний день.
- Сохранение текущего темпа расширения охвата лечением: при подобном подходе дальнейшее инвестирование в программы лечения позволит и в будущем сохранять устойчивый рост охвата населения лечением. Однако с течением времени продолжение текущей стратегии в отношении наращивания масштабов лечения, скорее всего, привело бы к тенденции получения недостаточных результатов в силу необходимости вложения более интенсивных трудовых затрат на обследование и предоставление лечения труднодоступным группам населения. Что касается детей и ключевых групп населения, а также десятка стран, где показатели охвата лечением остаются низкими, то при подобного рода сценарии цель обеспечения всеобщего охвата к 2030 году останется недостижимой.
- Интенсификация расширения масштабов лечения в соответствии с руководящими принципами ВОЗ 2013 года: ускоренная реализация руководящих принципов 2013 года, в том числе в отношении подростков и ключевых групп населения, позволила бы значительно укрепить усилия в области лечения в мировом масштабе, учитывая, что следуя рекомендациям ВОЗ, порядка 85% всех людей, живущих с ВИЧ, соответствуют критериям постановки на лечение. Однако подобное развитие событий оставит за рамками предоставления незамедлительного лечения миллионы людей, живущих с ВИЧ, с числом клеток CD4 ниже 500, включая множество представителей ключевого населения.
- Ускоренное расширение масштабов лечения ВИЧ инфекции вне зависимости от числа клеток CD4: подобный подход требует от стран использования общего числа населения, живущего с ВИЧ, в качестве знаменателя при расчете охвата лечением. Принимая во внимание четкую тенденцию к постановке на лечение ВИЧ инфекции на ранних стадиях, и с учетом того факта, что национальные руководства более десятка стран предусматривают или допускают постановку на антиретровирусное лечение вне зависимости от числа клеток CD4, подобный сценарий предполагает, что международные руководящие принципы в конечном итоге будут рекомендовать в отношении всех людей, живущих с ВИЧ, подход в формате «обследование и предложение о постановке на лечение» на добровольной основе с учетом принципов соблюдения прав человека (рисунок 6).

Рис. 6

ВАРИАНТЫ КРИТЕРИЕВ НАЧАЛА АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ: ПРЕДЛАГАЕМОЕ ВОЗ ВИДЕНИЕ



Текущая ситуация с расширением охвата лечением ВИЧ инфекции

Мировое сообщество в данный момент прилагает усилия по достижению цели по предоставлению лечения в связи с ВИЧ, как минимум, 15 миллионам людей к 2015 году. На декабрь 2013 года почти 12,9 миллионов людей во всем мире получали антиретровирусную терапию. Это – исключительное достижение – и оно должно послужить вдохновением для мирового сообщества в свете начала планирования программы действий на период после 2015 года. Потенциал стран в преодолении существенных проблем в области расширения масштабов лечения, достигнутый в настоящее время, позволяет мировому сообществу рассчитывать на то, что ранее даже сложно было представить – на прекращение эпидемии СПИДа.

Однако в то время как текущие достижения стран не что иное, как исторический успех, это не отменяет предстоящего большого объема работы по предоставлению лечения в связи с ВИЧ тем, кто в нем

нуждается. На период декабря 2013 года только 37% людей, живущих с ВИЧ, получали лечение, оставляя более 22 миллионов без соответствующей медицинской помощи.

Вероятнее всего, что в случае тех, кто уже получает лечение во глобальный прогресс в расширении охвата лечением ВИЧ инфекции также несет в себе множество вариаций касательно доступа к жизненно важным услугам лечения. Существуют значительные пробелы в охвате лечением как внутри регионов, так и за их пределами; например, на Африканском континенте уровень охвата населения лечением варьировался в 2013 году от 41% в Восточной и Южной Африке до 19% в Северной Африке (рисунок 8). Помимо Африки с 2005 года незначительный прогресс в сокращении уровня смертности, вызванной СПИДом (если вообще можно говорить о каком-либо прогрессе), был достигнут в странах Ближнего Востока, Восточной Европы, Центральной Азии и некоторых Азиатских странах по причине сохраняющегося недостаточного охвата населения лечением.

Рис. 7

ОБЩИЙ ОХВАТ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИЕЙ ПО РЕГИОНАМ В 2013 Г.

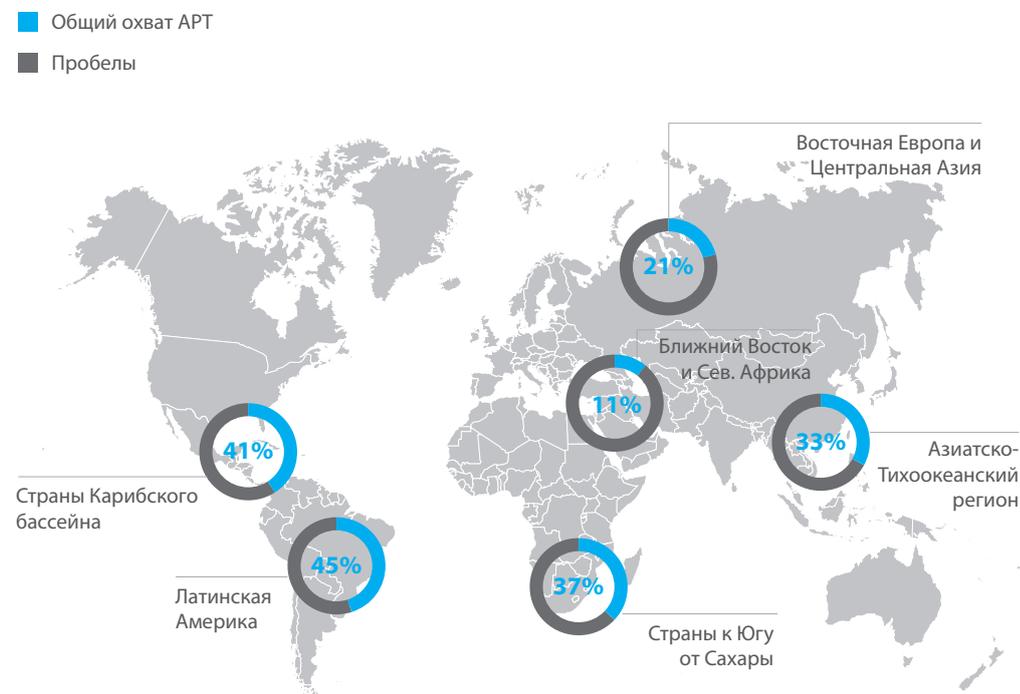


Рис. 8

ОХВАТ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИЕЙ ВАРЬИРУЕТСЯ ВНУТРИ АФРИКАНСКОГО КОНТИНЕНТА



Источник: оценки ЮНЭЙДС, 2013 г.

В то время как в 2013 году, 37% взрослого населения, живущего с ВИЧ во всем мире, получало антиретровирусную терапию, только 24% детей с диагнозом ВИЧ были обеспечены соответствующим лечением. Так как у инфицированных ВИЧ детей вероятность летального исхода до исполнения им двух лет составляет 50% при условии отсутствия

соответствующего лечения¹⁴, повсеместное ошибочное игнорирование имеющихся в наличии терапевтических и диагностических методов является огромным и недопустимым упущением в области мер по противодействию эпидемии СПИДа. По оценкам, в 2013 году 190 000 детей умерло по причине СПИДа.

90-90-90: НОВОЕ ПРОЧТЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ В СВЯЗИ С ВИЧ, ЗАКЛАДЫВАЮЩЕЕ ОСНОВУ ПРЕКРАЩЕНИЯ ЭПИДЕМИИ СПИДА

В свете текущей цели в области лечения ВИЧ инфекции по предоставлению лечения 15 миллионам людей к 2015 году, одобренной на совещании высокого уровня по вопросам противодействия СПИДу в 2011 году, появление мощных доказательных данных в отношении профилактических и терапевтических положительных эффектов начала лечения на ранних стадиях трансформировало понимание оптимальных подходов к лечению. Накопленный опыт реализации программ (особенно значим опыт прерываемого пациентами курса лечения в условиях каскадной модели) также изменил видение лечения в связи с ВИЧ, подчеркивая критическую роль качества услуг в использовании потенциала антиретровирусной терапии для здравоохранения и вновь подтверждая чрезвычайную важность применения правозащитного подхода. Массив доказательных данных, полученных в результате как клинических исследований, так и значительного странового опыта является еще одним свидетельством прозорливости ведущих экспертов, призывавших еще в 2006 году к максимальному использованию профилактических преимуществ лечения в связи с ВИЧ.¹⁵

Становится все более отчетливым тот факт, что мир нуждается в новом прочтении лечения ВИЧ инфекции на основе доказательной медицины, при котором эффективно используется беспрецедентная возможность распространения наработок в области лечения. Новая цель в области лечения в рамках программы «90-90-90» отражает существенные изменения представлений относительно подхода к расширению масштабов лечения:

- Вместо акцента на одном лишь числовом показателе (т.е. на числе пациентов, получающих лечение), новая цель признает необходимость сосредоточения усилий на *качестве и результатах* антиретровирусной терапии в условиях расширения масштабов лечения. Эти новые цели направлены на достижение прогресса на протяжении всего комплекса услуг по уходу

при ВИЧ, оценивая уровень, при котором программы достигают конечной цели подавления вирусной нагрузки.

- В противоположность ранее существовавшим целям, акцентированным исключительно на снижении показателей заболеваемости и смертности вследствие расширения масштаба лечения, новая цель вбирает в себя *как терапевтические, так и профилактические преимущества* лечения в связи с ВИЧ. В соответствии с новой целью необходимо провести разъяснительную работу на индивидуальном уровне, уровне сообществ, лиц, принимающих решения и общего населения, донося мысль о том, что антиретровирусная терапия не только сохраняет жизни людей, но и предотвращает дальнейшее распространение вируса.
- Новая цель ставит в приоритет принцип *равенства*. Мир не избавится от эпидемии СПИДа до тех пор, пока не будет обеспечен полный и равный доступ к спасающему жизни лечению и другим профилактическим услугам для всех сообществ, затронутых ВИЧ. В частности, амбициозная цель «90-90-90» требует достижения значительного прогресса в устранении пробелов в охвате услугами лечения детей, подростков и ключевых групп населения на основе правозащитного подхода.
- В рамках новой цели уделяется особое внимание *темпам* расширения масштабов и начала лечения на ранних стадиях ВИЧ инфекции с учетом соблюдения прав человека. Расширение охвата услугами лечения на ранних стадиях дает начало опережению темпов распространения самой эпидемии в рамках ответных мер и позволяет добиться долгосрочных экономических выгод. Достижение цели прекращения эпидемии СПИДа к 2030 году, потребует ускоренного наращивания масштабов лечения к 2020 году.

ЗАЧЕМ НУЖНА НОВАЯ ЦЕЛЬ В ОБЛАСТИ ЛЕЧЕНИЯ

Новая цель в области лечения остро необходима для ускорения прогресса на пути к прекращению эпидемии СПИДа в период после 2015 года.

- *Цели – двигатель прогресса.* Многие скептически отнеслись к тому обстоятельству, когда в 2003 году ряд стран поддержали инициативу «3 к 5» и в 2011 году также скептически восприняли обязательство со стороны мирового сообщества по предоставлению лечения 15 миллионам людей к 2015 году. И все же наличие этих целей придало мировому сообществу решимости и явилось толчком к беспрецедентному расширению доступа к лечению. Несмотря на значительные успехи, более 60% людей, живущих с ВИЧ во всем мире, не были обеспечены соответствующим лечением на период декабря 2013 года, что еще раз подтверждает необходимость активных действий, направленных на предоставление услуг по лечению каждому, кто в нем нуждается. Постановка новой цели жизненно важна для придания нового импульса решимости мирового сообщества устранить пробелы в обеспечении доступа к лечению.
- *Новая цель 2020 года необходима для определения направлений деятельности в период после 2015 года.* Хотя эпидемия далеко не побеждена, все еще не поставлена цель в области расширения масштабов лечения на период после декабря 2015 года. Прекращение эпидемии потребует новых ключевых этапов в процессе придания направления и ускорения прогресса в период, следующий за 2015 годом.
- *Цели способствуют обеспечению отчетности.* Четко сформулированная цель позволяет различным заинтересованным сторонам определить соответствующие роли и зоны ответственности, а также критически оценить слабые места, чтобы ускорить достижение согласованных результатов. Так, например, регулярные отчеты о ходе работы в рамках

инициативы «3 к 5» заставляли заинтересованные стороны устранять барьеры, замедляющие темпы расширения масштабов лечения в соответствии с целью 2005 года, такие как слабые системы управления закупками и поставками, дефицит кадров и высокие цены на антиретровирусные препараты. Основанная на последних научных разработках и доказательных данных, полученная в ходе реализации, новая цель послужит толчком к достижению прогресса в устранении актуальных проблем, включая отрывы от непрерывного курса лечения ВИЧ инфекции и наличие неприемлемых препятствий в доступе к лечению, с которыми все еще сталкиваются дети, ключевые и другие группы населения.

- *Новая амбициозная цель служит подтверждением того, что прекращение эпидемии СПИДа осуществимо.* Ранее цели в области лечения ВИЧ инфекции с учетом последних соответствующих рекомендаций воспринимались как промежуточный этап в длительном процессе расширения доступа к лечению в условиях дефицита ресурсов. Сегодня при большем понимании всего потенциала имеющихся на вооружении инструментов, следует конкретизировать план действий для достижения конечной цели ответных мер в сфере противодействия эпидемии СПИДа – ее прекращение путем сохранения жизней и сведения до минимума случаев инфицирования ВИЧ. Решительный настрой в подходе к решению этой задачи демонстрирует мировому сообществу тот факт, что прекращение эпидемии СПИДа как достижимо, так и является долгосрочным результатом, который послужит не только подходящим эпилогом к долгой борьбе со СПИДом, но и вдохновит на расширение спектра деятельности в области глобального здравоохранения и международного развития.

ВОПЛОЩЕНИЕ ЦЕЛИ «90-90-90» В РЕАЛЬНОСТЬ ДЛЯ ВСЕХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

Цель «90-90-90» является амбициозной для любой страны или любых групп населения. Однако в некоторых случаях потребуются крайне целенаправленные усилия по преодолению

препятствий на пути расширения масштабов лечения. Это в большей степени касается групп населения, не охваченных ответными мерами по противодействию эпидемии СПИДа.

Ключевые группы населения

В 2014 году в подготовленном ЮНЭЙДС Докладе о существующих пробелах в области охвата услугами в связи с ВИЧ (*Gap report*) уделяется внимание тому, каким образом многие группы населения остаются неохваченными услугами в связи с ВИЧ. В силу того, что ключевые группы населения подвергаются несоразмерному риску и крайне уязвимы, они в приоритетном порядке заслуживают поддержки с учетом принципа правозащитного подхода. Однако из-за продолжающихся стигмы, дискриминации и социальной изоляции представителей ключевых групп населения ущемляют в отношении доступа к услугам по уходу, что приводит к неудовлетворительным результатам в области охраны здоровья. Цели «90-90-90» не могут быть достигнуты без преодоления множества факторов, подрывающих эффективные ответные меры в отношении ключевых групп населения.

Во всем мире бремя эпидемии, которое несут ключевые группы населения, как правило, на несколько порядков выше бремени, оцениваемого в отношении взрослого населения в целом. В соответствии с данными о распространенности ВИЧ, предоставленными ЮНЭЙДС 74 странами в 2014 году, вероятность инфицирования ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков в 28 раз выше превышает данный показатель среди взрослого населения.¹⁶ Инфицированность ВИЧ среди мужчин, практикующих половые контакты с мужчинами, в 19 раз выше, чем в целом у взрослого мужского населения¹⁷, а распространенность случаев ВИЧ среди женщин, задействованных в сфере секс-бизнеса, в 13,5 раз превышает этот показатель, отмеченный среди общего числа женского населения.¹⁸ Распространенность ВИЧ среди трансгендерных лиц в мире в 49 раз выше уровня распространенности ВИЧ среди взрослого населения репродуктивного возраста.¹⁹

Несмотря на то, что ключевые группы населения подвергаются большему риску заражения ВИЧ, для них, как правило, обеспечен недостаточный доступ к соответствующим услугам. Например, во многих странах доступ к тестированию и лечению для потребителей инъекционных наркотиков значительно уступает вероятности получения услуг другими людьми, живущими с ВИЧ.²⁰ Результаты глобального опроса показали, что только лишь 14% мужчин, практикующих половые контакты с мужчинами, и живущих в странах с низким уровнем доходов, имеют полноценный доступ к услугам по лечению ВИЧ.²¹

Стигма и дискриминация со стороны общества в целом и, особенно со стороны работников здравоохранения, вынуждают многих представителей ключевых групп населения отказываться от возможности узнать свой ВИЧ-статус или получить

жизненно важные услуги по профилактике и лечению. Исследования в рамках определения индекса стигмы по отношению к людям, живущим с ВИЧ, указывают на то, что представители ключевых групп населения зачастую сталкиваются с неодобрением, отказом и предоставлением недостаточного объема услуг со стороны учреждений здравоохранения. Трансгендерные лица, как правило, натываются на враждебное, осуждающее или пренебрежительное отношение при попытке получить медицинские услуги.²² В Банкоке 25% потребителей наркотиков, принявших участие в опросе, сообщили о том, что они избегают обращения за медицинской помощью из-за страха принудительного лечения.²³ Подобным же образом выше упомянутый глобальный опрос среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, показал, что гомофобия является важнейшим фактором, снижающим объем пользования медицинскими услугами среди данной группы населения.²¹

Исключение ключевых групп населения зачастую закреплено в законодательстве страны и проводимой в этой области политике. В мире существует практика криминализации работников секс-бизнеса и потребителей наркотиков. Так, во многих странах принудительное содержание является обычным делом; 78 стран применяют карательные законы по отношению к людям, практикующим однополые половые отношения; трансгендерные лица неизменно борются за юридическое признание своей гендерной идентичности или ищут защиту от насилия и дискриминации при трудоустройстве.¹⁶

Негативные последствия этих дискриминирующих практик очевидны. В странах с серьезной эпидемиологической ситуацией, усугубляют которую, в первую очередь, потребители инъекционных наркотиков, запрет опиоидной заместительной терапии нередко ослабляет эффективность ответных мер по противодействию ВИЧ. Таким же образом принятие законов, враждебных по отношению к людям гомосексуальной ориентации, может явиться причиной широко практикующегося жестокого обращения и применения насилия к мужчинам, имеющим половые контакты с мужчинами, а также может привести к развитию климата в обществе, радикально разнящегося с концепцией расширения прав и возможностей сообществ, обеспечением устойчивой обращаемости за услугами и поощрения взаимоотношений, основанных на доверии и взаимном уважении между пациентами и поставщиками медицинских услуг.

Связь карательных законов и неудовлетворительных результатов в области охраны здоровья ключевых групп населения наглядно прослеживается в Азиатско-Тихоокеанском регионе. 37 стран региона криминализуют ряд аспектов секс-бизнеса; в 11 странах имеются центры принудительного содержания потребителей наркотиков; в 16 странах

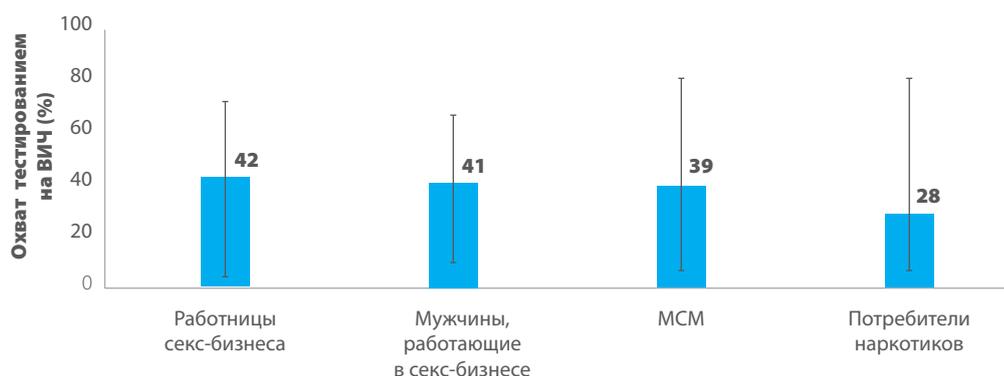
предусмотрена высшая мера наказания за нарушения, связанные с наркотиками; а в 19 странах предусмотрена уголовная ответственность за однополые сексуальные отношения. В Азиатско-Тихоокеанском регионе, где эпидемия большей частью сконцентрирована в группах ключевого

населения, эти карательные законы приводят к весьма неудовлетворительным результатам в группах населения, наиболее затронутых ВИЧ. Менее половины людей, живущих с ВИЧ в регионе, знают о своем ВИЧ-статусе (рисунок 9).

Рис. 9

АЗИАТСКО-ТИХООКЕАНСКИЙ РЕГИОН: МЕНЕЕ ПОЛОВИНЫ ОТ ОБЩЕГО ЧИСЛА КЛЮЧЕВЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ ЗНАЮТ О СВОЕМ ВИЧ-СТАТУСЕ

Охват тестированием на ВИЧ среди ключевых групп населения, средние показатели по региону, 2007–2012 гг.



Источник: страновые текущие отчеты, предоставляемые ЮНЭЙДС, 2007–2012 гг.

Устранение законов и политики, препятствующих усилиям в области обеспечения населения тестированием и лечением, является существенным условием достижения цели «90-90-90». Недавно проведенный группой экспертов в области здравоохранения анализ показал, что декриминализация сферы секс-бизнеса позволила бы сократить число новых случаев инфицирования ВИЧ среди работников секс-бизнеса на 33-46% в течение следующих десяти лет.²⁴

Во многих уголках мира достижение цели «90-90-90» в отношении ключевых групп населения не представляется возможным путем простого упорядочивания систем оказания услуг. Для реализации целей в области лечения групп населения, наиболее затронутых эпидемией, понадобятся отвечающие их нуждам подходы и стратегии, разработанные совместно с представителями ключевых групп населения. Также потребуются инвестиции в развитие инфраструктуры сообществ.

Подростки

смотря на то, что ежегодное число смертельных случаев по причине СПИДа сократилось до 35% в период с 2005 по 2013 гг., смертность среди подростков с диагнозом ВИЧ в возрасте от 10 до 19 лет резко возросла. В эпоху антиретровирусной терапии СПИД остается второй по частоте причиной смерти среди подростков в мире и основной

причиной смерти среди подростков в странах Африки к югу от Сахары.²⁵

Как показали организованные ЮНЭЙДС глобальные консультации по проблемам лечения среди подростков, подростки, живущие с ВИЧ, сталкиваются с многочисленными препятствиями в получении полноценного доступа к лечению и в достижении благоприятных результатов в области охраны здоровья. Среди проблемных аспектов значатся стигма, дискриминация и спорные законы и политика, включая законы, предписывающие получение согласия родителей и ограничивающие возможность молодых людей самостоятельно получить доступ к тестированию на ВИЧ и другим медицинским услугам. Как и в случае со взрослым и детским населением, подростки зачастую сопротивляются постановке на учет и удержанию на лечении и борются с типичными проблемами, возникающими в период перехода от услуг педиатрической помощи к медицинским услугам для взрослого населения. Достаточно часто молодые люди не имеют доступ к половому воспитанию и владеют ограниченным объемом информации о сексуальном и репродуктивном здоровье и своих правах. Многие подростки, живущие с ВИЧ, сопротивляются открытию своего ВИЧ-статуса отчасти по причине того, что они, как правило, остаются наедине со своими проблемами и вынуждены самостоятельно справляться со сложностями, с которыми сталкиваются молодые люди, живущие с ВИЧ.

Результатом глобальных консультаций по проблемам обеспечения доступа подростков к лечению стали многочисленные рекомендации к действиям касательно новых целей в области лечения. Эти рекомендации включают в себя усовершенствованный сбор данных с разбивкой по возрасту и подготовку отчетности, а также разработку эффективных стратегий в сфере эпидемиологического надзора для мониторинга тенденций и результатов лечения среди детей и подростков. Существует единое мнение о том, что необходим новый толчок усилиям в области предоставления лечения ВИЧ инфекции молодым людям, включая работу по привлечению активных представителей молодежи в качестве сторонников лечения. В ходе консультаций также были озвучены рекомендации относительно конкретных шагов по увеличению числа молодых людей, проходящих тестирование на ВИЧ, расширению спектра услуг по лечению, ориентированных на подростков, адаптации услуг здравоохранения к их потребностям, мобилизации усилий по оказанию

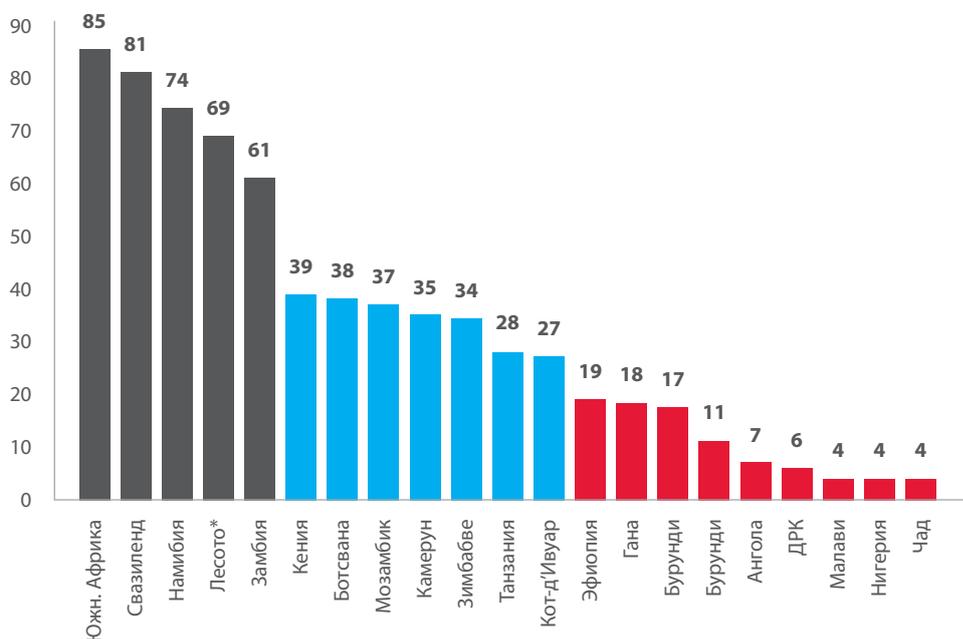
социальной поддержки и расширению прав и возможностей молодежи.

Дети

В июне 2014 года ЮНЭЙДС, ВОЗ, Педиатрический фонд по СПИДу Элизабет Глейзер и ЮНИСЕФ организовали встречу для консультаций по вопросам новых целей в области лечения ВИЧ инфекции у детей в период после 2015 года. Несмотря на то, что были достигнуты исторические успехи в области профилактики инфицирования детей ВИЧ, кризиса в сфере лечения детей не удастся избежать, т.к. вновь инфицированные дети (240 000 новых случаев только в 2013 году) через 15 лет станут взрослыми – если они выживут в свои юные годы. Без соответствующего лечения 50% детей, живущих с ВИЧ, умрут к своему двухлетию²⁶. Даже с учетом продолжающихся успехов в сфере профилактики передачи вируса от матери ребенку ВОЗ и ЮНИСЕФ предполагают, что 1.9 миллионов детей будут нуждаться в лечении в связи с ВИЧ в 2020 году.

Рис. 10

ДОСТУП К ВИРУСОЛОГИЧЕСКОМУ ТЕСТИРОВАНИЮ НА ВИЧ (РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ВИЧ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ), 2012 Г.



*Данные касательно Лесото относятся к показателям охвата лечением 2011 г.

Источник: Подготовленная ЮНЭЙДС глобальная отчетность о прогрессе в деле противодействия СПИДу (Глобальная отчетность GARPR) за 2013 г. и моделирование (Sprestim) на основе расчетных данных за 2012 г. в области ВИЧ и СПИДа, ЮНЭЙДС.

С учетом того, что пик смертности среди новорожденных после инфицирования приходится на 2-3 месяца, обеспечение ранней диагностики представляется весьма существенным. Однако в 2012 году только 40% детей, рожденных от ВИЧ-положительных матерей, прошли раннее

тестирование младенцев в 21 приоритетной стране (рис. 10). В пяти приоритетных странах (Ангола, Чад, Демократическая Республика Конго, Малави и Нигерия) менее одному из 10 детей с подтвержденным статусом ВИЧ были предоставлены услуги ранней диагностики ВИЧ.

Рис. 11

В ПОИСКЕ ДЕТЕЙ: ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ТЕСТИРОВАНИЯ НА ВИЧ

Источник: Fergusson et al., 2008 г.; Hesselting et al. 2009 г.; Ferrand et al. 2010 г.; Cohen et al. 2010 г.

Тестирование на ВИЧ детей, рожденных ВИЧ-положительными матерями, как правило, не предусматривается программами лечения для детей, к тому же не привязанных к услугам диагностики в рамках систем профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку. Эта недоработка представляет собой серьезную упущенную возможность, поскольку обычно среди детей с потребностями, удовлетворяемыми другими службами по оказанию профильных услуг, наблюдаются высокие показатели распространенности ВИЧ (рисунок 11). Например, среди недоедающих детей в странах Африки к югу от Сахары 29% инфицированы ВИЧ, что делает службы по предоставлению питания идеальной возможностью для выявления случаев инфицирования и привязки к услугам по уходу²⁷. Это имеет отношение и к 22% детей в Южной Африке, болеющих туберкулезом и инфицированных ВИЧ²⁸, что указывает на необходимость использования противотуберкулезных служб для продвижения тестирования на ВИЧ среди детей.

Однако для детей, своевременно диагностированных на ВИЧ, существует ограниченный спектр услуг по лечению. Большую часть антиретровирусных препаратов, одобренных к применению для взрослого населения, нельзя назначать детям.²⁹ То небольшое число доступных для детей лекарственных препаратов неприятны на вкус и требуют применения схем лечения, превосходящих по сложности схемы терапии для взрослых. Следует в срочном порядке обеспечить наличие комбинированных препаратов, позволяющих снизить лекарственную нагрузку и улучшить приверженность лечению. Среди детей, получающих услуги по лечению в связи с ВИЧ, отмечается значительная доля выбывающих из программ лечения, что подчеркивает необходимость реализации комплекса мер по удержанию пациентов на лечении.³⁰

ВОЗ возглавляет усилия мирового сообщества по оптимизации лечения ВИЧ инфекции для детей. В сотрудничестве с партнерами ВОЗ обозначила основные первоочередные приоритетные направления в области научных исследований и разработок, включая разработку комбинированных препаратов для детей с учетом возраста и приоритетную разработку комбинированных препаратов, включающих такие многообещающие новые антиретровирусные препараты, как долутегравир или TAF.³¹ С целью поддержки оптимизации лечения ВОЗ рекомендует дополнительные шаги, включая улучшенное прогнозирование спроса на лечение и предоставление патентов для повышения доступности медицинских препаратов для детей.

Признавая острую необходимость придания большей значимости потребностям детей в лечении в связи с ВИЧ, партнеры на встрече с целью консультаций безоговорочно одобрили инициативу в рамках «90-90-90», направленную на помощь детям, включая поддержку текущей цели по обеспечению своевременного тестирования и лечения 100% новорожденных детей, подвергнутых риску заражения. Прозвучал призыв к тому, чтобы при достижении целей «90-90-90» в части оказания помощи детям, в полной мере использовались существующие инициативы по противодействию ВИЧ для детей, в том числе «Глобальный план по искоренению новых случаев ВИЧ-инфекции среди детей к 2015 году и сохранению жизни их матерей», Межведомственную рабочую группу по подготовке глобального плана, а также инициативу «Двойная выгода» (Double Dividend) с участием Педиатрического фонда по СПИДу Элизабет Глейзер, ЮНИСЕФ и ВОЗ.

«90-90-90» МОЖЕТ СТАТЬ РЕАЛЬНОСТЬЮ: ОСНОВА РЕАЛИЗАЦИИ НОВЫХ ДОСТИЖИМЫХ ЦЕЛЕЙ

Консультативный совет ЮНЭЙДС, состоящий из экспертов в области глобального здравоохранения, изначально обозначил цели в рамках инициативы «90-90-90». Эксперты исходили из документально подтвержденных успешных результатов в рамках региональных и национальных программ в различных уголках мира.

На национальном уровне растущее число стран неумолимо приближаются к достижению цели «90-90-90» либо уже приблизились, осуществили или перевыполнили план по достижению одного или более компонентов цели. То, что необходимо сделать сейчас - это сопоставить накопленный опыт с непосредственно всеми этапами лечения в целом и каждым в отдельности и перенести передовые наработки стран и программ с высокими результатами в отстающие страны и программы.

НА ПУТИ К РЕАЛИЗАЦИИ ЦЕЛИ 1:

90% всех людей, живущих с ВИЧ, будут знать о своем ВИЧ-статусе (90% диагностированных)

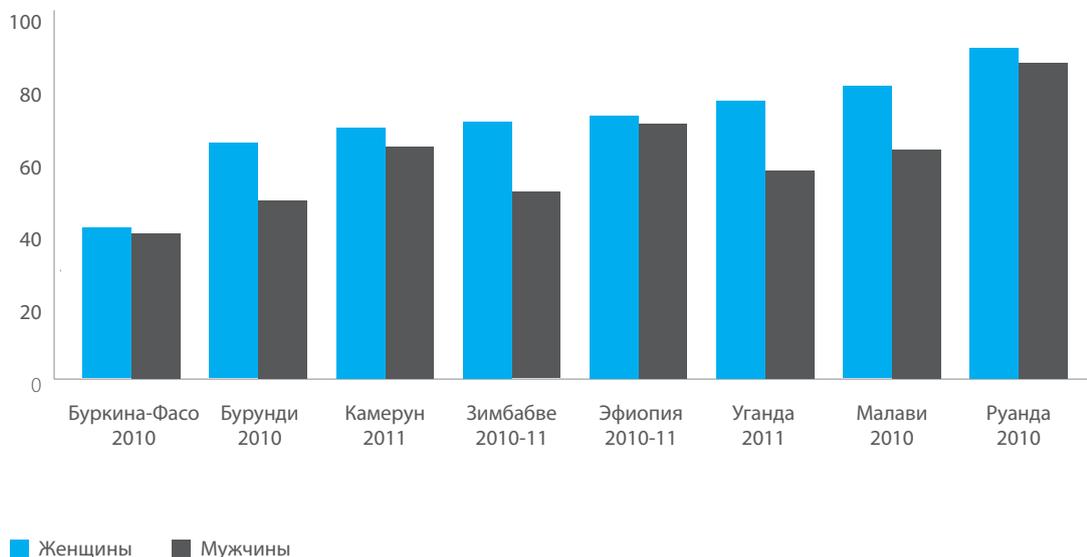
Ряд Африканских стран практически приблизились или неумолимо приближаются к достижению цели обеспечения, по крайней мере, однократного обследования 90% людей, живущих с ВИЧ (рисунок 12). Несмотря на то, что эти целевые показатели представляют собой значительное улучшение по сравнению с предыдущим периодом, расчетные данные указывают на тот факт, что только 45% людей, живущих с ВИЧ в странах Африки к югу от Сахары, знают о своем ВИЧ-статусе. Пробел между текущими показателями и целью достижения 90% диагностированных еще раз подчеркивает необходимость обеспечения регулярного проведения обследований и более сосредоточенного, стратегически обоснованного целевого предоставления диагностических услуг для обеспечения информированности о своем ВИЧ-статусе 90% людей, живущих с ВИЧ, включая подростков, ключевые группы населения и другие группы населения, не охваченные профильными услугами.

Достижение резкого роста доли людей, живущих с ВИЧ, знающих о своем ВИЧ-статусе, потребует выхода за рамки пассивного подхода к тестированию, который рассчитывает на осознание самими людьми

риска заражения и инициативу с их стороны в отношении прохождения обследования, зачастую не сопровождаемого соответствующими знаниями или поддержкой. Потребуется более проактивные инициативы в области проведения тестирования с учетом принципов соблюдения прав человека, включая поощрение целенаправленных обследований в основных географических и демографических «горячих точках». Наряду с этим понадобится инвестирование в развитие стратегий, направленных на повышение спроса на диагностические услуги, а также использование более широкого спектра методов тестирования на ВИЧ и консультирования, в том числе самостоятельное обследование, консультирование и тестирование, инициированное поставщиком услуг, а также применение подходов с привлечением сообществ. Исследования в Кении и Уганде показывают, что включение тестирования на ВИЧ в кампании по профилактике заболеваний привело к росту показателей охвата населения диагностическими услугами до 86% и 72%, соответственно; чтобы подобные кампании были эффективными, необходимо проведение активных консультаций с представителями местных сообществ, серьезная логистическая подготовка и эффективный маркетинг.³²

Рис. 12

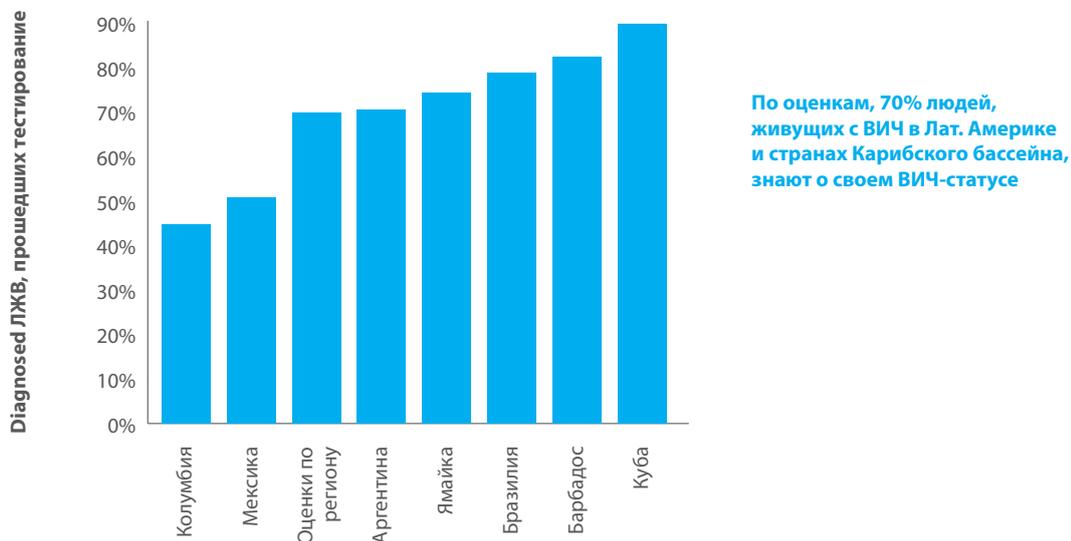
ДОЛЯ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, ПРОШЕДШИХ, КАК МИНИМУМ, ОДНОКРАТНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ



Источник: Staveteig et al., 2013 г. Демографические особенности обращаемости за диагностическими услугами в связи с ВИЧ в странах Африки к югу от Сахары. Сравнительный анализ в рамках исследования в области демографии и здравоохранения (DHS) №. 30. ICF International.

Рис. 13

ДОЛЯ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, И ЗНАЮЩИХ О СВОЕМ ВИЧ-СТАТУСЕ, ЛАТИНСКАЯ АМЕРИКА И СТРАНЫ КАРИБСКОГО БАССЕЙНА



Источник: данные министерств здравоохранения за 2012-2013 гг. Числитель рассчитан на основе данных эпиднадзора в области ВИЧ и представляет собой число, прошедших тест на ВИЧ, и продолжающих жить людей. Знаменатель - оценочное число людей, живущих с ВИЧ. Показатель охвата в масштабах региона - это средневзвешенная величина для 7 стран.

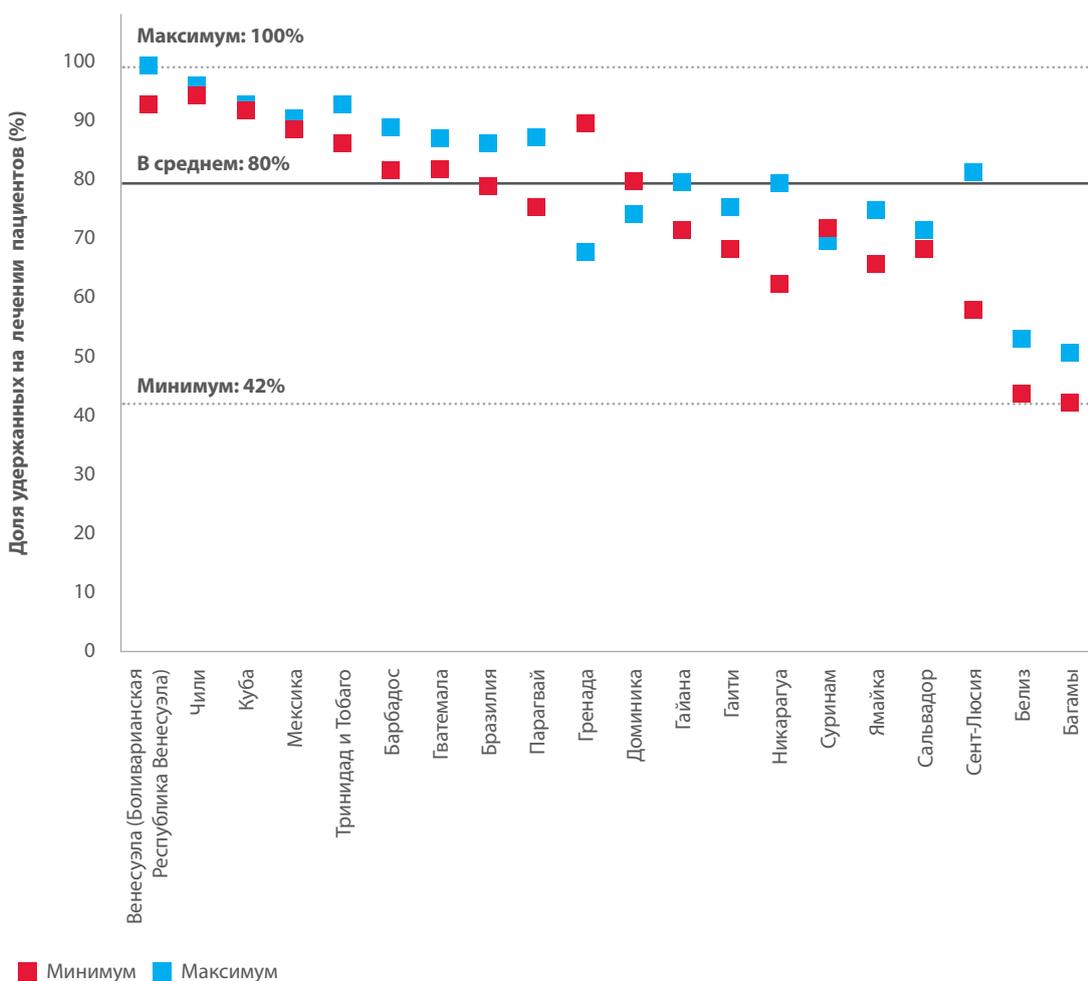
Кроме стран Африки к югу от Сахары многие другие страны показывают признаки неуклонного приближения к достижению цели обеспечения 90% диагностирования людей, живущих с ВИЧ, к 2020 году. В Барбадосе более 90% всех людей, живущих с ВИЧ, информированы о своем ВИЧ-статусе, в то время как, по меньшей мере, 80% людей, живущих с ВИЧ в Бразилии, знают о своем ВИЧ-статусе.³³ Что касается стран Латинской Америки и Карибского бассейна, то, по оценкам, 70% от общего числа людей, живущих с ВИЧ, прошли диагностику на ВИЧ (рисунок 13). В масштабах региона с общей численностью людей, живущих с ВИЧ, достигающей 1,75 миллионов, текущие тенденции указывают на то, что диагностирование 90% людей, живущих с ВИЧ, к 2020 году, проведенного с учетом принципов

соблюдения прав человека, представляется вполне реальной целью.

Такая же многообещающая картина наблюдается и в Азии, где ряд стран неуклонно приближаются к достижению цели 90%; так например, во Вьетнаме, по оценкам, 79% от общего числа людей, живущих с ВИЧ, знали о своем ВИЧ-статусе на момент 2012 года.³⁴ В Соединенных Штатах Америки, где недостаточная информированность о ВИЧ-инфекции в течение долгого времени затрудняла успешную реализацию национальных ответных мер по противодействию эпидемии СПИДа, в настоящее время, по оценкам, насчитывается 86% людей, живущих с ВИЧ, информированных о своем ВИЧ-статусе.³⁵

Рис. 14

УДЕРЖАНИЕ ПАЦИЕНТОВ НА ЛЕЧЕНИИ В ТЕЧЕНИЕ 12 И 24 МЕСЯЦЕВ В СТРАНАХ ЛАТИНСКОЙ АМЕРИКИ И КАРИБСКОГО БАССЕЙНА, 2013 Г.



Источник: Глобальная отчетность о прогрессе в деле противодействия СПИДу (Глобальная отчетность GARPR) за 2013 г. и данные ВОЗ, страновые отчеты о ходе обеспечения всеобщего доступа к лечению за 2014 г.

НА ПУТИ К РЕАЛИЗАЦИИ ЦЕЛИ 2:

90% людей, живущих с ВИЧ, будет предоставлена непрерывная антиретровирусная терапия (90% на лечении в связи с ВИЧ)

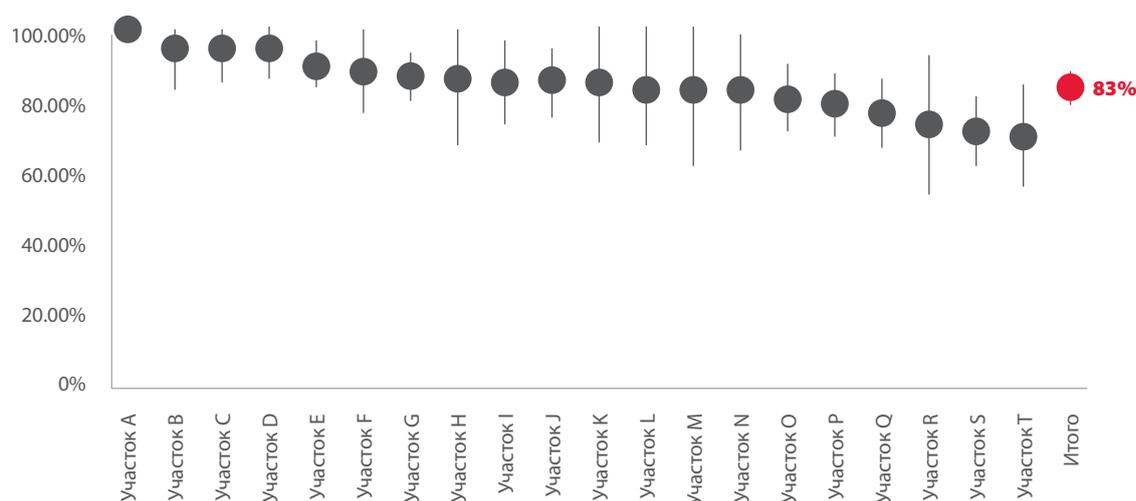
Во множестве стран были достигнуты высокие показатели охвата населения услугами по лечению как в масштабах региона в целом, так и на уровне страны, придавая тем самым импульс странам в достижении второго компонента цели «90-90-90» при условии сохранения текущего прогресса. В таких разных странах, как Ботсвана и Колумбия, более 70% людей, обследованных на ВИЧ, получают в настоящий момент антиретровирусную терапию. В Бразилии свыше 60% людей с диагнозом ВИЧ получили антиретровирусную терапию в 2013 году.³⁶

Достижение и сохранение высоких показателей охвата населения лечением потребует принятия стратегических мер. Перед странами будет стоять задача приведения в соответствие национальных протоколов по лечению с доказательными данными, иллюстрирующими очевидные преимущества постановки на лечение на ранних стадиях и обеспечения использования предпочтительных и

оптимальных схем лечения. Рекомендация к началу антиретровирусной терапии всем пациентам с диагнозом ВИЧ-инфекции без предварительного теста на определение числа клеток CD4 позволяет улучшить показатели обращаемости за услугами по лечению путем сокращения отрывов от лечения. С целью достижения и сохранения высоких показателей охвата населения лечением странам потребуется обеспечить бесплатное предоставление услуг по лечению и уходу, включая диагностику и другие аспекты процесса лечения. Наряду с этим странам нужно будет заняться вопросами практической реализации, что зачастую снижает темпы расширения масштабов лечения, включая часто встречающийся дефицит препаратов, затруднения в сфере закупок медицинских препаратов и лабораторных материалов по оптимальным ценам и недостаточный объем доступных препаратов для лечения второго и третьего ряда.

Рис. 15

ДОЛЯ (ДОВЕРИТЕЛЬНЫЙ ИНТЕРВАЛ 95%) ПАЦИЕНТОВ С НЕОПРЕДЕЛЯЕМОЙ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКОЙ, РЕПРЕЗЕНТАТИВНАЯ ВЫБОРКА В ИНФИЦИРОВАННОЙ ВИЧ ГРУППЕ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В РУАНДЕ

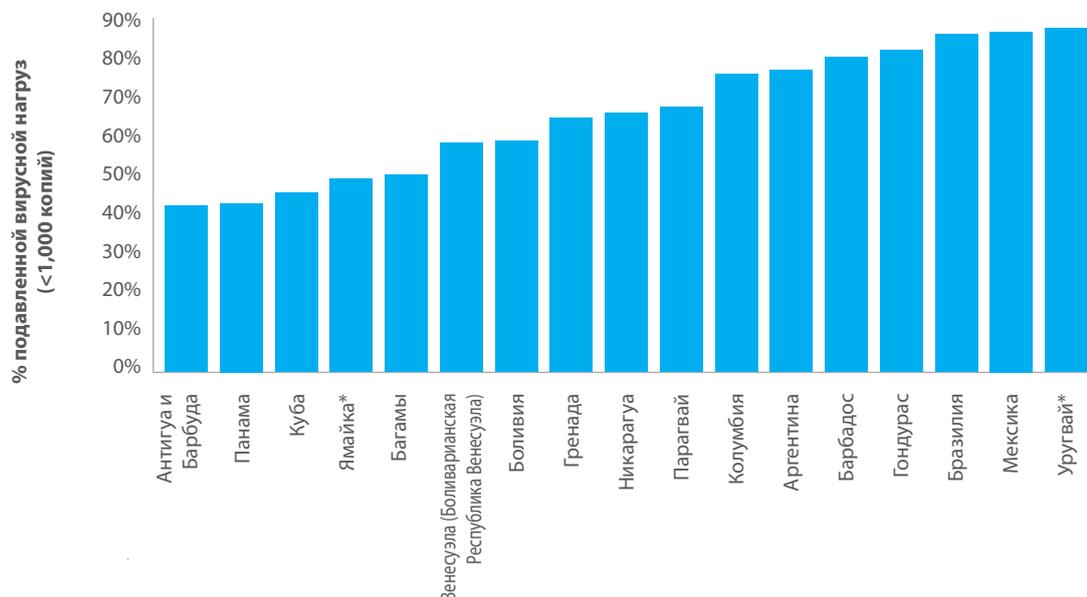


Источник: Basinga P et al. (2013 г.) PLoS

Рис. 16

ДОЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОДАВЛЕННОЙ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКОЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ АРТ, В СТРАНАХ ЛАТИНСКОЙ АМЕРИКИ И КАРИБСКОГО БАССЕЙНА, 2013 Г.

Данные предоставлены 17 странами с общим числом пациентов, составляющим 400 000 человек, в масштабах региона в 2013 г.



Источник: ВОЗ, страновые отчеты о ходе обеспечения всеобщего доступа к лечению за 2014 г. (неопубликованные данные)
 * Показатель для Уругвая представляет только 35% пациентов, получающих АРТ, данные относительно Ямайки датируются 2012 годом.

НА ПУТИ К РЕАЛИЗАЦИИ ЦЕЛИ 3:

У 90% всех пациентов, получающих антиретровирусную терапию, будет достигнута подавленная вирусная нагрузка (90% пациентов с подавленной вирусной нагрузкой)

Страны и программы также достигли высоких результатов в подавлении вирусной нагрузки, демонстрируя состоятельность цели 90% подавления вируса у всех пациентов, получающих антиретровирусную терапию, к 2020 году. К примеру, в 2008-2009 гг. в Руанде 83% пациентов, получающих антиретровирусную терапию, достигли стадии подавления вируса по истечении 18 месяцев терапии (рис. 15).³⁷

Опыт показывает, что высокие показатели подавленной вирусной нагрузки достигаются не только в отдельных странах и провинциях, но и по региону в целом. В соответствии с данными, полученными из 17 стран Латинской Америки и Карибского бассейна средний уровень подавления вирусной нагрузки среди пациентов, получающих лечение в связи с ВИЧ, составляет 66%, при этом более 80% пациентов, проходящих АРТ, достигли стадии подавления вируса, как минимум, в пяти странах (Барбадос, Бразилия, Гондурас, Мексика и Уругвай) (рисунок 1).

Подобные успехи в подавлении вирусной нагрузки вселяют надежду. Однако при этом не принимается во внимание смертность по причине СПИДа или отрывы от лечения, что подчеркивает насущную необходимость активизации усилий в области выработки мер по долгосрочному удержанию на лечении пациентов, начавших курс лечения в связи с

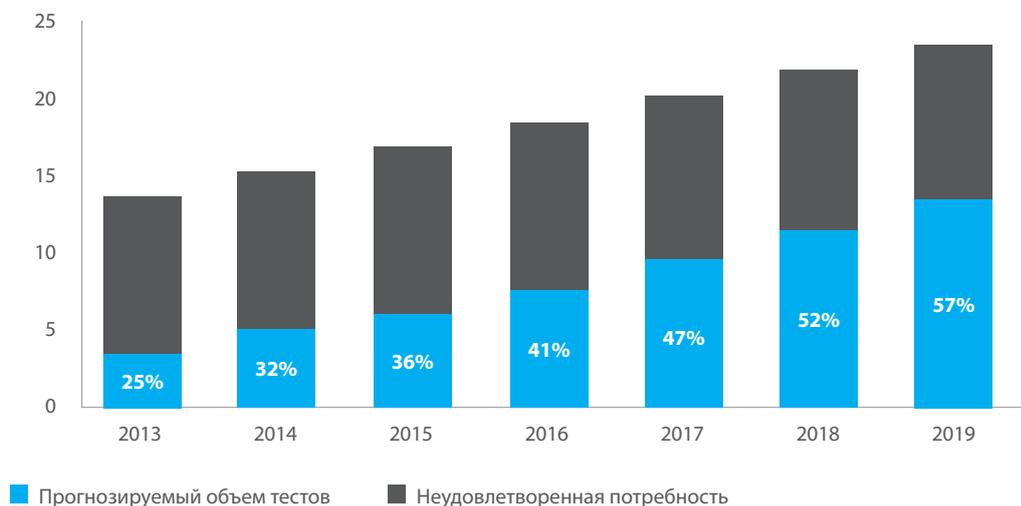
ВИЧ. Соответствуя подходу каскадной модели лечения, третья цель требует обеспечения непрерывного курса лечения и текущего мониторинга вирусной нагрузки с целью подтверждения эффективности лечения и выработки мер по поддержке приверженности лечению и возобновлению курса лечения теми, кто его прервал. Несмотря на то, что удержание пациентов на лечении остается серьезной проблемой, страны уже продемонстрировали осуществимость достижения высоких показателей удержания на лечении. Например, в странах Латинской Америки и Карибского бассейна в целом, средний показатель удержания пациентов на лечении по прошествии 24 месяцев в 2013 году составил 83% (рисунок 14).

Реализация третьего компонента новой цели в области лечения потребует целенаправленных действий по улучшению доступа к технологиям по определению вирусной нагрузки. Достижение цели «90-90-90» и, следовательно, закладывание основы для прекращения эпидемии СПИДа предполагает обеспечение доступа каждому пациенту, кто начинает курс лечения, к тесту на определение вирусной нагрузки. Мониторинг вирусной нагрузки является неотъемлемой частью оптимизации лечения ВИЧ инфекции и каждый человек, живущий с ВИЧ, имеет право знать свою вирусную нагрузку.

Рис. 17

ПРОГНОЗИРУЕМОЕ РАСШИРЕНИЕ МАСШТАБОВ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ НЕ СПОСОБНО УДОВЛЕТВОРИТЬ СУЩЕСТВУЮЩУЮ ПОТРЕБНОСТЬ

Этот сценарий строится на предположении об ожидаемом уровне расширения масштабов определения вирусной нагрузки с учетом ранее наблюдавшегося темпа внедрения этого метода



Источник: Прогноз вирусной нагрузки при ВИЧ: страны с низким и средним уровнем доходов. Инициатива Фонда Клинтона по обеспечению доступа к лечению, 2014 г.

Заметка: этот прогноз анализирует доступ к тестированию с целью определения вирусной нагрузки, сравнивая ожидаемый объем проведения тестирования с общей в нем потребностью в 21 стране с высоким бременем эпидемии. Для оценки охвата в каждой стране, был проведен восходящий анализ существующих возможностей по проведению тестирования и планов расширения доступа к тестированию. Предположения относительно расширения тестирования были получены с использованием имеющихся в наличии национальных руководящих принципов и планов реализации мер в области подавления вирусной нагрузки. Динамика роста привязана к исторически сложившимся объемам расширения ранней диагностики у новорожденных и определения вирусной нагрузки в странах. Неудовлетворенная потребность определяется с учетом общего числа пациентов в стране, которые получают АРТ, и национальных руководящих принципов.

Помимо улучшения результатов лечения определение вирусной нагрузки также может помочь в снижении затрат на лечение. В случаях, когда определение вирусной нагрузки не представляется возможным, клиницисты не могут определить неудачу лечения на ранних стадиях и соответственно принять меры по оказанию поддержки пациентам, испытывающим затруднения в соблюдении предписанного курса лечения. Как результат, пациенты, чьи менее дорогостоящие схемы лечения первого ряда можно было продолжить при условии эффективной поддержки, направленной на сохранение приверженности лечению, могут быть поспешно переведены на более дорогостоящие схемы лечения второго и третьего ряда.

К сожалению, прогнозы, сделанные в рамках Инициативы Фонда Клинтона по обеспечению доступа к лечению, указывают на то, что текущие темпы расширения масштабов определения вирусной нагрузки, вероятнее всего, не смогут удовлетворить спрос в будущем (рисунок 17). Имеется ряд мобильных технологий определения вирусной нагрузки, которые могут помочь ускорить

обеспечение доступа к диагностике и улучшить результаты лечения ВИЧ инфекции на протяжении всех его этапов. Обеспечение всеобщего доступа к определению вирусной нагрузки как в условиях города, так и в сельской местности, скорее всего, потребует сочетания возможностей центральных лабораторий и мобильных технологий.

В июне 2014 года ЮНЭЙДС, ВОЗ, Африканское общество лабораторной медицины и Центры по контролю и профилактике заболеваний США провели заседание в рамках глобальных консультаций по вопросам роли лабораторной медицины в достижении цели «90-90-90». Более 130 экспертов со всех уголков мира поддержали призыв Центров по контролю и профилактике заболеваний США к изучению возможностей Инициативы по улучшению доступа к диагностике с целью создания функционального и устойчивого лабораторного потенциала, необходимость которого очевидна в свете достижения глобальных целей в области лечения. Эта вновь созданная инициатива стартовала в рамках Международной конференции по СПИДу в Мельбурне в июле текущего года.

НА ПУТИ К ДОСТИЖЕНИЮ ЦЕЛИ «90-90-90»: ПРОГНОЗИРУЕМОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ

С целью анализа воздействия расширения масштабов ответных мер к 2030 году ЮНЭЙДС поручила группе признанных мировых экспертов в области составления прогнозов в сфере здравоохранения просчитать последствия для системы здравоохранения и экономические последствия реализации новых амбициозных целей. В своих изысканиях группа специалистов основывалась на прошедших экспертную оценку официальных публикациях в области эффективности ответных мер, уделяя особое внимание результатам ответных мер, документально подтвержденным в 56 опубликованных исследованиях.

В свете важности комплексных ответных мер, работа по составлению прогнозов включала в себя не только анализ амбициозной цели в области лечения «90-90-90», но и анализ таких же концептуальных целей в области профилактики ВИЧ-инфекции. Что касается этапов непрерывного лечения, модель строилась на предположении о достижении цели «90-90-90» к 2020 году с 95% уровнем охвата антиретровирусной терапией и подавлением вирусной нагрузки к 2030 году.

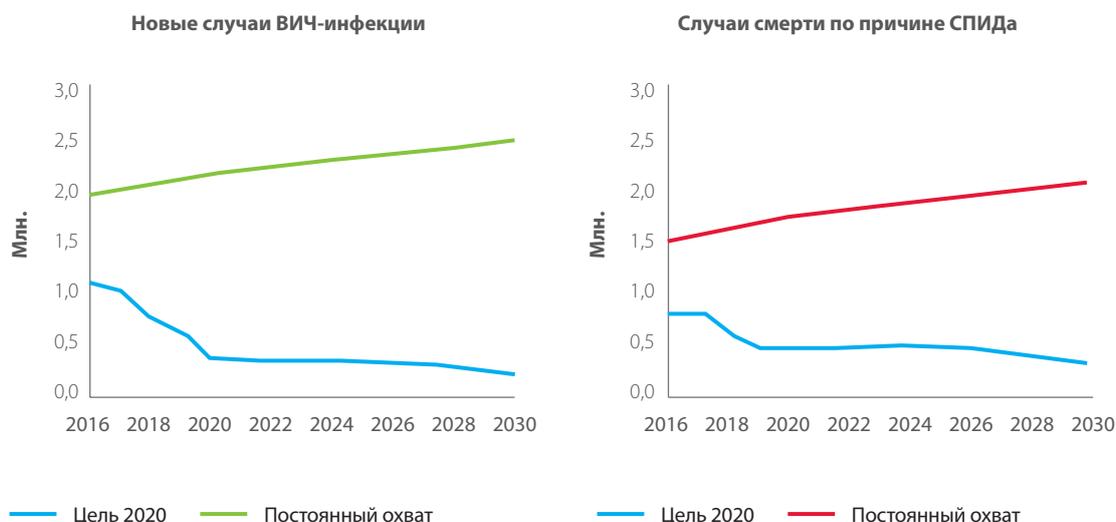
Цели в области профилактики в рамках модели различались в зависимости от мер профилактики, но во всех случаях отличались своей амбициозностью. Также модель строилась на предположении о том, что обращаемость за услугами в рамках программ и результаты лечения будут улучшаться при условии

более активной мобилизации сообществ и использованием других критически важных факторов.

Анализ показал, что достижение этих амбициозных целей, включая ускоренное расширение масштабов лечения к 2020 году, позволит положить конец эпидемии СПИДа, представляющей серьезную угрозу глобальному здравоохранению к 2030 году (рисунок 18). Реализация цели «90-90-90», сопровождаемая расширением масштабов реализации других методов профилактики, позволит сократить ежегодное число новых случаев инфицирования ВИЧ почти на 90% к 2030 году. К этому же году число смертных случаев по причине СПИДа упадет на 80% и будут достигнуты новые цели, поставленные на период после 2015 года, на основе доступных диагностических и лечебных технологий, с ожиданием того, что вероятное появление и использование дополнительных инноваций в области медицины (таких как усовершенствованные методы диагностики и разработка антиретровирусных препаратов с продленным действием) позволит сократить, как минимум, на 90% число смертей по причине СПИДа к 2030 году. Что касается заболеваемости ВИЧ и смертности по причине СПИДа, то ожидаемое ускоренное расширение масштабов лечения приведет к резкому снижению этих показателей в период, начиная с текущего момента и до 2020 года, с дальнейшим снижением в последующем десятилетии, сопровождаемым неуклонным угасанием эпидемии.

Рис. 18

ВОЗДЕЙСТВИЕ ЦЕЛИ «90-90-90» НА ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИЧ И СМЕРТНОСТИ ПО ПРИЧИНЕ СПИДА, 2016-2030 ГГ.



Источник: Gap Report, ЮНЭЙДС, 2014 г.

ПУТЬ К ВЫПОЛНЕНИЮ ПРОГРАММЫ «90-90-90»: ОСНОВНЫЕ ТРУДНОСТИ, ТРЕБУЮЩИЕ ПРЕОДОЛЕНИЯ

Страны, в которых достижения на пути к выполнению цели «90-90-90» наиболее показательны, нашли возможность преодолеть проблемы, замедляющие рост охвата терапией людей, живущих с ВИЧ, и ухудшающие результаты лечения. Укрепление достигнутых успехов по всему миру потребует применения передового опыта и наработок, показанных в регионах с высокими результатами, а также индивидуальных подходов для решения конкретных задач в различных территориях и среди различных групп населения.

Улучшение ситуации в странах с низким охватом населения услугами

Невзирая на исторический успех, достигнутый в сфере расширения доступа к лечению ВИЧ инфекции в странах с низким и средним уровнем доходов за последнее десятилетие, в ряде стран охват услугами лечения все еще остается крайне низким. В 19 странах, охват населения лечением составил менее 20% в 2013 году, включая 8 стран с показателями охвата лечением в связи с ВИЧ ниже 10%.

Чудовищные пробелы в охвате населения лечением остаются в ряде стран со значительным бременем ВИЧ. В Нигерии, где проживают 3,2 миллиона людей с диагнозом ВИЧ, уровень охвата взрослого населения лечением составил только лишь 21% в 2013 году. В Республике Чад, Демократической Республике Конго и Южном Судане, где проживают 210 000, 440 000 и 150 000 людей, инфицированных ВИЧ, уровень охвата взрослого населения услугами лечения составил 24%, 20% и 5% соответственно.

В то время как накопленный к настоящему моменту времени опыт указывает на то, что цель «90-90-90» осуществима во многих странах, потребуются интенсивные и максимально целенаправленные усилия, чтобы устранить препятствия на пути к достижению прогресса в странах, где крайне небольшое число людей в настоящее время имеет доступ к лечению в связи с ВИЧ. В ответ на призыв «Врачей без границ» относительно разработки адаптированных и ориентированных на достижение результатов «планов наверстывания» для отстающих стран, ЮНЭЙДС взяла на себя обязательство возглавить усилия по оказанию поддержки национальным партнерам в разработке планов по активизации охвата населения лечением в 15 странах, на которые приходится, в общей сложности, 75% новых случаев ВИЧ-инфекции, а также поддержать другие страны с высоким бременем ВИЧ. Эти планы будут включать в себя ежегодные целевые показатели в области расширения охвата лечением и подавления

вирусной нагрузки; целенаправленные мероприятия по решению политических, логистических, финансовых и других проблем, возникающих в ходе реализации; разъяснение ролей и зон ответственности основных заинтересованных сторон.

Проблемы на уровне общества

Стигма и дискриминация продолжают подрывать эффективность проводимой работы. К примеру, в соответствии с одним из исследований среди ВИЧ-положительных детей, выбывших из программ лечения в Малави, 30% лиц, осуществлявших уход, указали на страх неодобрения со стороны членов семьи или окружающих как причину того, что их дети перестали получать уход.³⁸

Карательные законы являются отражением стигмы и дискриминации людей, живущих с ВИЧ, и ключевых групп населения и усугубляют подобное отношение. На момент 2014 года 61 страна приняла законы, предусматривающие преследование за создание опасности ВИЧ-инфицирования для другого лица, передачу инфекции или сокрытие ВИЧ-статуса. Случаи преследования людей с диагнозом ВИЧ зафиксированы еще в 49 странах.¹⁶ Карательные законодательные акты, направленные на представителей ключевых групп населения, затрудняют мониторинг за эпидемией среди этих групп населения, что, в свою очередь, усиливает игнорирование нужд ключевых групп населения, т.к. лица, принимающие решения, лишены стратегической информации, которая может помочь убедить их в необходимости придания приоритетности вопросам тестирования и лечения ключевых групп населения. Достижение цели «90-90-90» требует отмены карательного законодательства и его замены на национальные ответные меры, признающие людей, живущих с ВИЧ, и представителей ключевых групп населения в качестве обязательных партнеров в разработке и реализации программ и политики на основе соблюдения принципов защиты прав человека.

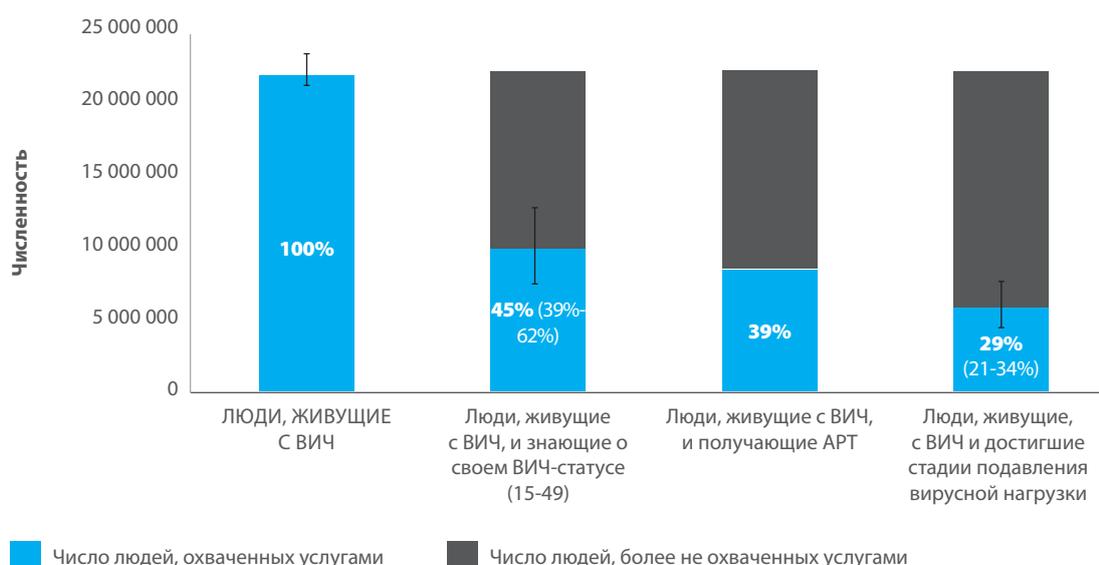
На общественном уровне, будь то получившая широкое понимание в странах с высокой распространенностью ВИЧ, или на уровне ключевых групп населения – информированность о ВИЧ-статусе все еще не является фундаментальной социальной нормой. Наряду с использованием всего арсенала имеющихся стратегий, включая общественные кампании по проведению тестирования, комплексную реализацию программ тестирования и консультирования в связи с ВИЧ по

инициативе медработников, социальный маркетинг, самостоятельное тестирование и подобные иные стратегии, требуются также особые усилия, направленные на донесение населению информации о непреложной необходимости прохождения теста на

ВИЧ. Что касается тестирования на ВИЧ, впрочем, как всех других аспектов в рамках цели «90-90-90», правозащитный подход, отрицающий силовые подходы и стигму, является неременным условием достижения успеха.

Рис. 19

СОКРАЩЕННАЯ КАСКАДНАЯ ДИАГРАММА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ВИЧ ДЛЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ С 15 ЛЕТ И ВЫШЕ В СТРАНАХ АФРИКИ К ЮГУ ОТ САХАРЫ, 2013 Г.



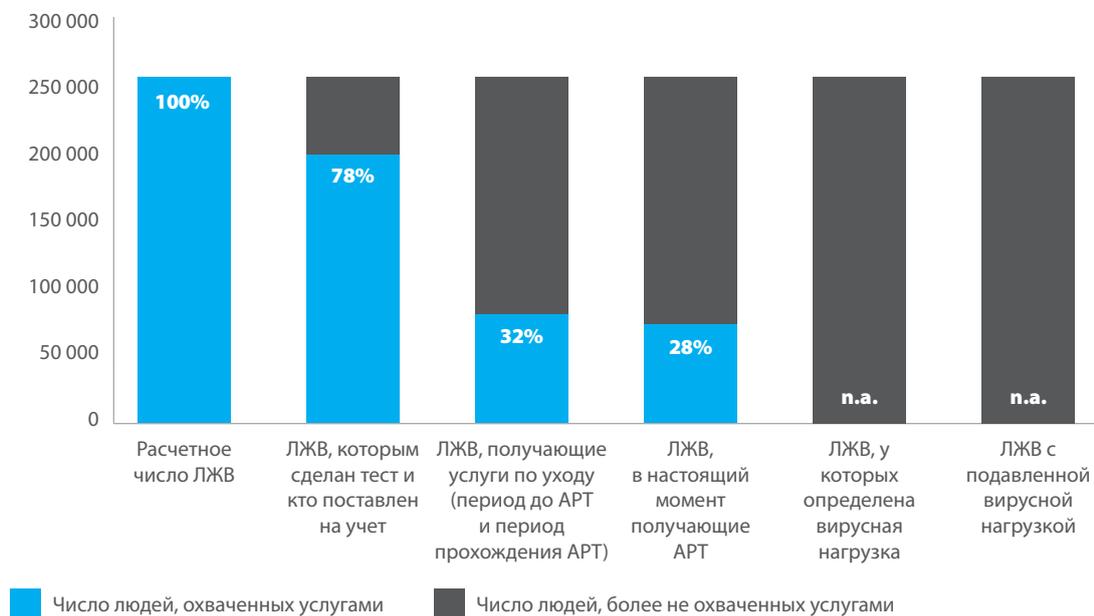
Источники:
 Оценки ЮНЭЙДС, 2013 г.
 Исследования в области демографии и здравоохранения, 2007-2012 гг. and Shisana, O, Rehle, T, Simbayi LC, Zuma, K, Jooste, S, Zungu N, Labadarios, D, Onoya, D et al. (2014 г.) Национальное исследование в области распространенности, заболеваемости ВИЧ и изменений в поведении, 2012 г. Кейптаун, HSRC Press. 45% является средней точкой между низким и высоким порогом. Низкий порог (33%) – доля людей, живущих с ВИЧ, и, вероятно, знающих о своем ВИЧ-статусе (положительный результат теста на ВИЧ в рамках исследования, сообщили о получении результатов теста на ВИЧ в предыдущие 12 месяцев). Высокий порог (57%) рассчитывается как процент людей с положительным результатом теста на ВИЧ в рамках исследования, кто самостоятельно сообщил о прохождении теста на ВИЧ (тест, проведенный в рамках исследования, открыт для реципиентов). Те участники исследования, кто сообщил о том, что они никогда не делали тест на ВИЧ и не знают о своем ВИЧ-статусе, составляют оставшиеся 43%. Barth RE, van der Loeff MR, et al. (2010 г.)
 Barth RE, van der Loeff MR, et al. (2010). Virological follow-up of adult patients in antiretroviral treatment programmes in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Lancet Infect Disease* 10(3):155-166 and Kenya AIDS Indicator Survey 2012: National AIDS and STI Control Programme, Ministry of Health, Kenya. September 2013. Kenya AIDS Indicator Survey 2012: Preliminary Report. Nairobi, Kenya., giving 50% weight to the work by Barth and 50% weight to KAIS 2012. Proportional bounds from Barth et al. were applied.

Признавая критическую необходимость сосредоточения на качестве лечения, а также на охвате, растущее число стран и субнациональных территорий занимаются разработкой своих собственных критериев оценки результатов этапов лечения. В каждой стране, где были разработаны подобные оценки, был зафиксирован значительный пробел между числом людей, живущих с ВИЧ, и долей

этого же населения с подавленной вирусной нагрузкой. Наблюдаются еще более значительные пробелы, когда речь заходит об определенных группах населения, таких как дети, подростки и представители ключевых групп населения. Так в Уганде только 12% от расчетного числа ВИЧ-инфицированных подростков, составляющего 110 000, получили антиретровирусную терапию в 2013 году.³⁹

Рис. 20

КАСКАДНАЯ ДИАГРАММА ЛЕЧЕНИЯ, ВЬЕТНАМ, 2012 Г.



Источник: Расчеты Министерства здравоохранения, Вьетнам, Департамент по борьбе с ИВЧ/СПИДом.

Например, по оценке ЮНЭЙДС в ряде стран к югу от Сахары насчитывается только 29% людей, живущих с ВИЧ, с подавленной вирусной нагрузкой (рис. 19). Такой уровень подавления вируса сравним с результатами, зафиксированными в таких странах, как Колумбия (23%) и США (24%), однако выше показателей, зарегистрированных в Ямайке, где, по оценкам, насчитывается только 13% от общего числа

людей, живущих с ВИЧ, с подавленной вирусной нагрузкой. Тем не менее, данные указывают на то, некоторые страны уже достигли высоких результатов касательно подавления вирусной нагрузки. Так в Барбадосе на период 2013 года доля ВИЧ-инфицированных с подавленной вирусной нагрузкой составила 39%.

Рис. 21

РЕЗУЛЬТАТЫ КАСКАДНОЙ ДИАГРАММЫ ЛЕЧЕНИЯ, КОЛУМБИЯ, 2013 Г.



Источник: Правительство Колумбии, Министерство здравоохранения и социальной защиты, 2014 г.

В то время как в странах с каскадной моделью лечения люди, живущие с ВИЧ, с подавленной вирусной нагрузкой составляют малую долю, факторы, подрывающие результаты лечения, могут варьироваться от страны к стране. Например, в то время как большинство людей, живущих с ВИЧ во Вьетнаме, знают о своем ВИЧ-статусе, они испытывают ощутимые затруднения в доступе к медицинским услугам после постановки диагноза ВИЧ (рис. 20). В противоположность этому имеются данные о том, что Колумбии удалось достигнуть высоких показателей доступа и удержания на лечении в связи с ВИЧ, как только пациенты попадают в учреждение системы здравоохранения, но в то же время большинство людей, живущих с ВИЧ, не диагностируются (рис. 21). Анализ накопленного различными странами опыта следует свести воедино таким образом, чтобы объединить примеры успешных стратегий по продвижению тестирования с наработками в области обеспечения непрерывного доступа к медицинским услугам, в том числе на ранних стадиях инфицирования.

Признавая тот факт, что контроль качества должен сопровождать расширение услуг по лечению, если стоит задача достижения максимального подавления вирусной нагрузки, в Малави была введена ежеквартальная отчетность на национальном уровне, основанная на результатах квартальных мониторинговых визитов и оценок всех клинических учреждений, предоставляющих услуги по лечению ВИЧ. При поддержке партнеров из частного сектора работники здравоохранения из центральных и районных учреждений проводят инспекцию на местах в учреждениях, испытывающих недостаток в квалифицированном медицинском персонале. В 2013 году, например, на инспекцию на местах в 668 государственных и частных клиниках было затрачено 1799 рабочих часов. При каждом посещении учреждения производится оценка клинической работы. Также выдается поощрительная грамота учреждениям, показавшим отличные результаты работы.⁴⁰

Проблемы в области оказания услуг по лечению

Во всех странах разработчикам и исполнителям программ в сотрудничестве с партнерами из сообществ необходимо будет определить группы населения, нуждающиеся в лечении и оставшиеся неохваченными, и только тогда приступить к разработке стратегий, учитывающих местную специфику и использующих доступный потенциал местных сообществ, с тем чтобы вовлечь людей в мероприятия по уходу.

Неуклонная централизация услуг по лечению ВИЧ инфекции многими странами снижает положительные результаты программ лечения. Так в КваЗулу-Натал в Южной Африке уровень пользования услуг по лечению снижается в зависимости от расстояния до места оказания услуг, которое приходится преодолевать пациенту (рис. 22), подчеркивая тем самым насущную необходимость обеспечения территориальной доступности услуг для тех, кто в них нуждается. С целью дальнейшей децентрализации услуг по лечению в срочном порядке необходимо обеспечить оптимальное перераспределение функций, включая адекватное возмещение ресурсов местных сообществ с тем, чтобы добиться расширения охвата антиретровирусной терапией.¹ Инвестирование в укрепление общественных систем представляется существенным в свете обеспечения обещанного децентрализованного оказания услуг по лечению на базе общинных центров.

Стратегии оказания услуг по лечению, учитывающие потребности и специфику ключевых групп населения и территорий, также способствуют расширению оказания услуг и удержанию пациентов на лечении. В случае с взрослыми мужчинами, которые в странах к югу от Сахары с меньшей вероятностью, чем женщины пользуются услугами по лечению в связи с ВИЧ, может понадобиться организация гибкого графика работы клиник по вечерам или выходным дням, реализация программ на рабочих местах, создание партнерств с частным сектором, а также организация систем услуг, ориентированных именно на мужчин. В Уганде внедрение в практику ориентированной на семью модели оказания услуг по лечению было связано с заметным ростом обращаемости к педиатрам на предмет оказания услуг по лечению в связи с ВИЧ (рис. 23).⁴¹ Таким же образом адаптированные подходы чрезвычайно важны для оказания помощи ключевым группам населения, людям, живущим в удаленных районах, мигрантам, заключенным и другим группам населения, учитывая, что системы оказания основных медицинских услуг не способны эффективно удовлетворить их потребности.

ВОЗ призвала партнеров к объединению усилий с целью оптимизации режимов лечения ВИЧ инфекции и подходов в оказании услуг, включая использование мобильной диагностики, где это представляется целесообразным. Конкретные шаги в этом направлении предусматривают немедленную реализацию руководящих принципов ВОЗ 2013 года, которые предлагают упрощенные схемы лечения, оказание услуг на базе общинных центров и расширение применения мобильных диагностических методов в соответствующих территориях по мере того, как они становятся доступными.¹

Рис. 22

ВЕРОЯТНОСТЬ ПОЛУЧЕНИЯ ДОСТУПА К АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ БЛИЗОСТИ РАСПОЛОЖЕНИЯ УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, КВАЗУЛУ-НАТАЛ, ЮЖНАЯ АФРИКА

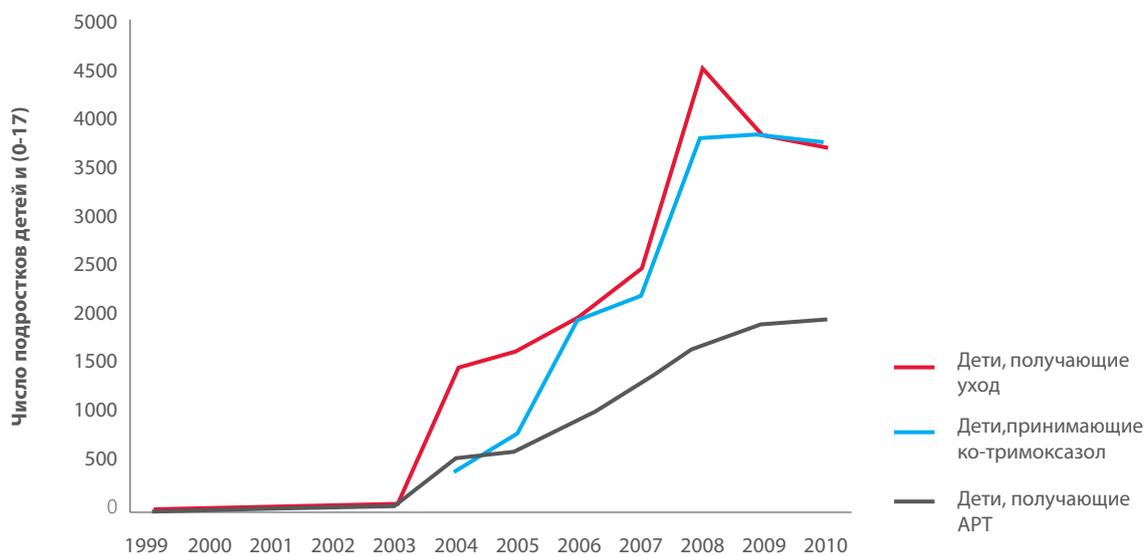


Относительная вероятность получения доступа к антиретровирусной терапии ВИЧ-положительными взрослыми пациентами (15-49 лет) в зависимости от географической близости учреждения первичной медико-санитарной помощи сети.

Источник: Location, Location: Connecting people faster to HIV services, UNAIDS; Geneva, 2013.

Рис. 23

ОБРАЩАЕМОСТЬ ЗА ПОЛУЧЕНИЕМ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВИЧ ПОСЛЕ ВНЕДРЕНИЯ ОРИЕНТИРОВАННОЙ НА СЕМЬЮ МОДЕЛИ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ, УГАНДА



Источник: Luyirika et al., PloS ONE, 2013г.

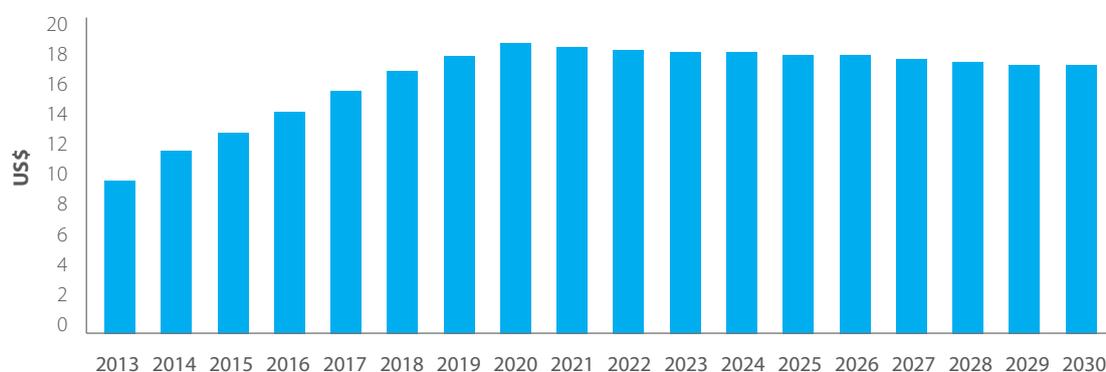
Расходы, сопряженные с достижением цели «90-90-90»

Прекращение эпидемии СПИДа к 2030 году потребует увеличение объема финансирования, хотя и имеются ресурсы необходимые для ускоренного расширения масштабов охвата населения лечением в рамках цели «90-90-90». Реализация цели «90-90-90» сопряжена с расходами на лечение в связи с ВИЧ, включая обеспечение лекарственными препаратами, оказание услуг, мобилизацию сообществ для

обеспечения доступа к тестированию и удержания на лечении, а также с расходами на подготовку к АРТ. Ожидается, что объем расходов к 2016 году составит общую сумму равную 14 млрд. долларов США. В период с 2016 по 2020 г. потребность в финансовых средствах будет резко расти с каждым годом, достигнув в результате к 2020 году 18 млрд. долларов США. Начиная с момента пика расходов в 2020 году, прогнозируется незначительное снижение расходов на лечение вплоть до 2030 года, когда объем расходов достигнет 16,9 млрд. долларов США (рисунок 24).

Рис. 24

ПОТРЕБНОСТИ В РЕСУРСАХ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛИ В ОБЛАСТИ ЛЕЧЕНИЯ «90-90-90» НА ПЕРИОД 2016-2030 ГГ. (ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ, ОКАЗАНИЕ УСЛУГ, ТЕСТИРОВАНИЕ И КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ, МОБИЛИЗАЦИЯ СООБЩЕСТВ И ЗАТРАТЫ НА ПОДГОТОВКУ К АРТ)



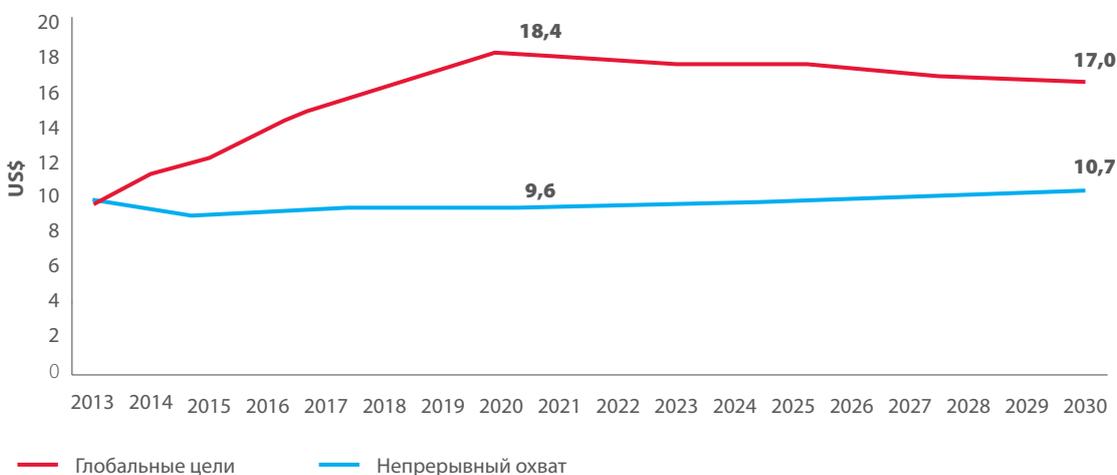
Источник: UNAIDS Global Price Tag Estimates, сентябрь 2014 г. Неопубликованные результаты исследований.

Реализация цели «90-90-90» несет в себе преимущества, как экономические, так и преимущества в контексте здравоохранения, что становится еще более очевидным, если сравнить результаты лечения с результатами лечения при условии сохранения текущих темпов расширения лечения. В 2030 году стоимость реализации цели «90-90-90» (17 млрд. долларов США) будет

сопоставима с дальнейшим расширением масштабов лечения (10,7 млрд. долларов США) (рисунок 25). Однако при этом с достижением цели «90-90-90» к 2020 году ожидается около 350 000 летальных исходов по причине СПИДа к 2030 году по сравнению с 2,1 миллионами потерянных жизней при условии текущих показателей охвата населения лечением (рисунок 18).

Рис. 25

НЕОБХОДИМЫЙ ОБЪЕМ РЕСУРСОВ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ НЕПРЕРЫВНОГО ОХВАТА, ДАННЫЕ ЗА 2013 Г., В ТОМ ЧИСЛЕ В КОНТЕКСТЕ ЦЕЛИ «90-90-90»



Источник: UNAIDS Global Price Tag Estimates, сентябрь 2014 г. Неопубликованные результаты исследований.

В основе мобилизации ресурсов, необходимых для финансирования и поддержания решимости в достижении цели «90-90-90», должны лежать главенствующие принципы мировой солидарности и

совместной ответственности. В дополнение к этому значительные усилия потребуются для обеспечения максимальной эффективности реализации программ.

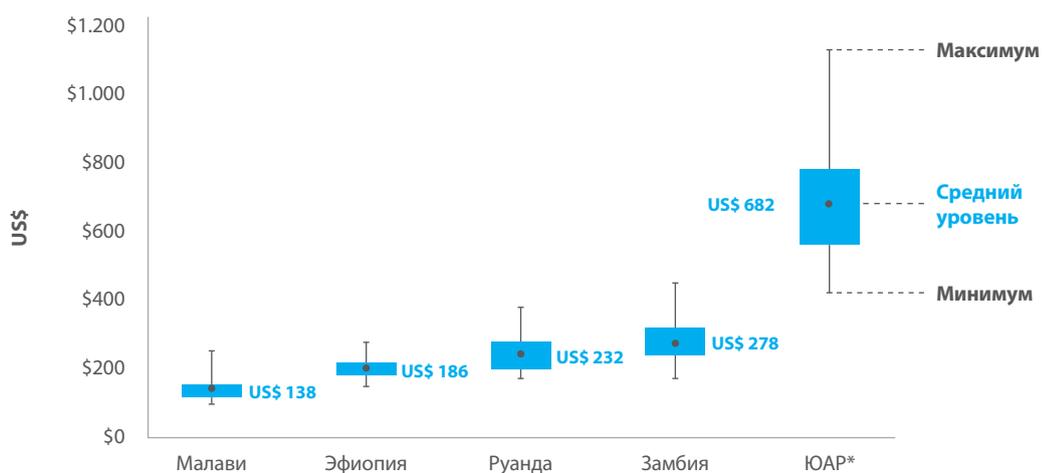
Рис. 26

ПАРНЕРСТВО РАДИ УСПЕХА



Рис. 27

РАСХОДЫ НА УРОВНЕ УЧРЕЖДЕНИЯ ВАРЬИРУЮТСЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТРАНЫ



*ЮАР: расходы учитывают текущие цены на антиретровирусные препараты, на предмет которых Правительство ЮАР вело переговоры в начале 2010 года и как результат они на 53% ниже уровня цен по сравнению с периодом расчета затрат.

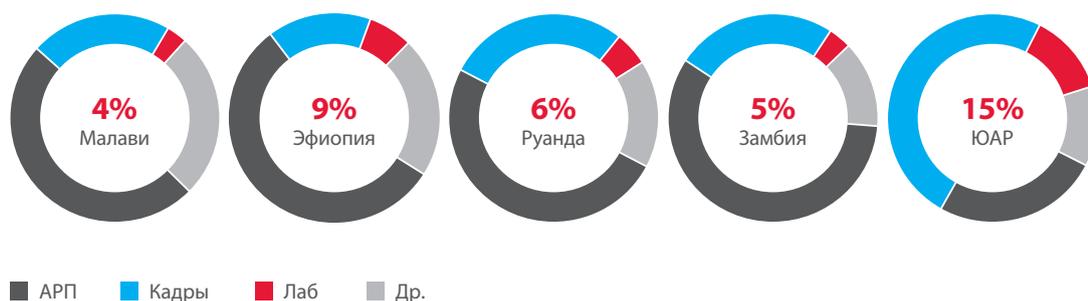
Источники: презентация Инициативы Фонда Клинтон по обеспечению доступа к лечению (СНАИ) 2014 г., Данные, предоставленные странами (министерства здравоохранения).

Имеются данные о том, что расходы учреждения, связанные с лечением, в одних странах зачастую значительно превышают уровень подобных расходов, наблюдающийся в других странах (рисунок 27). В то время как ряд причин могут повлиять на расходы учреждения из расчета на пациента, включая более

высокий уровень заработной платы и другие расходы здравоохранения в более развитых странах, имеющиеся данные указывают на то, что нерациональное использование ресурсов может также явиться причиной некоторой вариации в части расходов учреждения.

Рис. 28

СОСТАВНЫЕ КОМПОНЕНТЫ РАСХОДОВ НА ЛЕЧЕНИЕ В СВЯЗИ С ВИЧ: ДОЛЯ РАСХОДОВ НА ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ВАРЬИРУЕТСЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТРАНЫ

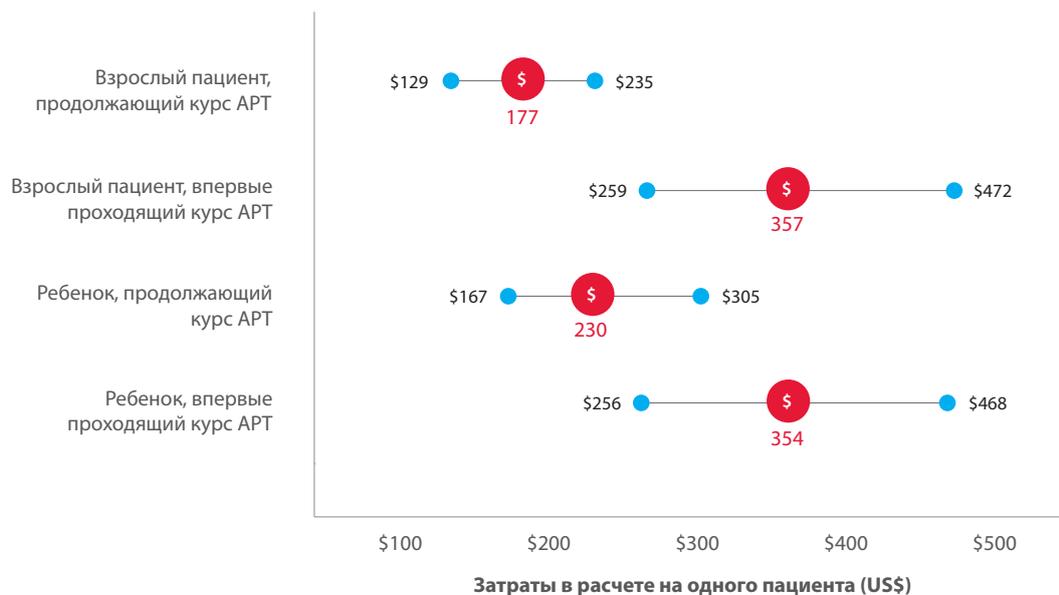


Среди национальных программ по предоставлению лечения доля затрат на лечение ВИЧ в части лабораторных исследований также значительно варьируется (рисунок 28). И также в

Докладе по оценке национальных расходов на борьбу с ВИЧ/СПИД указывается на то, что доля ресурсов, направленных на управление программой, в существенной степени различается от страны к стране.

Рис. 29

СРЕДНИЙ ОБЪЕМ ЕЖЕГОДНЫХ ЗАТРАТ НА ЛЕЧЕНИЕ ВИЧ ИНФЕКЦИИ В РАСЧЕТЕ НА ОДНОГО ПАЦИЕНТА



Источник: Оценки ЮНЭЙДС, 2011г...

Источник: Nicolas A. Menzies, Andres A. Berruti, John M. Blandford, The Determinants of HIV Treatment Costs in Resource Limited Settings, PLoS ONE November 2012, Vol.7, Issue 11, e48726

Организация обмена информацией в рамках сотрудничества Юг-ЮГ, централизованные закупки и целевая техническая поддержка позволят сократить объем расходов на уровне учреждения там, где наблюдается высокий уровень подобных расходов. Руководству национальных программ необходимо распределить ресурсы таким образом, чтобы максимально увеличить объем финансирования чрезвычайно значимых и высокоэффективных мероприятий, таких как тестирование и лечение в связи с ВИЧ. Улучшение координации среди донорских организаций, а также на уровне донорских организаций и национальных координирующих органов также позволит обеспечить максимально эффективное использование ограниченных ресурсов.

В то время как расширение масштабов лечения сопряжено с расходами на начальном этапе, затраты из расчета на пациента сокращаются вместе с тем, как состояние пациентов, начинающих антиретровирусную терапию, стабилизируется и требует менее интенсивного клинического вмешательства с течением времени. За исключением расходов на антиретровирусную терапию, стоимость оказания услуг пациентам, впервые начавшим курс лечения, в два раза превышает стоимость услуг, оказываемых пациенту, уже находящемуся на лечении (рис. 29).

ПРЕКРАЩЕНИЕ ЭПИДЕМИИ СПИДА

Достижение цели 2015 года с охватом антиретровирусной терапией 15 миллионов человек, представляя собой все более приближенный к реальности сценарий, является не чем иным, как первым, хотя и важным, вкладом в счет конечной цели положить конец эпидемии СПИДа. На сегодняшний день очевидно, что цель прекращения эпидемии СПИДа осуществима, но лишь при условии, если мировое сообщество будет стратегически подходить к использованию имеющихся в его распоряжении огромных человеческих, технических и финансовых ресурсов.

Только путем создания партнерств мировое сообщество сможет покончить с эпидемией СПИДа. Миру необходимо собрать воедино политическую волю, нормативные руководящие принципы на основе доказательной базы, непрерывное получение критически важных данных для разработки мероприятий и достаточные финансовые ресурсы для достижения цели «90-90-90» и обеспечения пожизненного лечения для десятков миллионов человек по всему миру.

С целью реализации цели «90-90-90» ЮНЭЙДС выразила приверженность работе в партнерстве с широким кругом основных заинтересованных сторон, включая, но не ограничиваясь правительствами государств; ВОЗ, Глобальным фондом, Чрезвычайным планом Президента США по оказанию помощи в связи со СПИДом (ПЕПФАР) и другими донорскими организациями; гражданским обществом, включая людей, живущих с ВИЧ, и ключевые группы населения; частным сектором; профессиональным медицинским сообществом и другими партнерами. В то время, как требуется

переосмысление и поиск новых подходов на пути к достижению амбициозных целей, партнерства, позволившие ответным мерам по противодействию СПИДу войти в историю, послужат прочной основой для поддержания усилий мирового масштаба, направленных на искоренение эпидемии СПИДа к 2030 году.

В частности, ЮНЭЙДС взяла на себя обязательство по максимальному использованию своей руководящей роли с целью развития сотрудничества с партнерами в области разработки дорожной карты по реализации цели «90-90-90». Обеспечение ежегодных целевых показателей относительно уровня знаний о серологическом статусе, потребления услуг в связи с антиретровирусной терапией и определения вирусной нагрузки наряду с созданием эффективных систем мониторинга результатов на всех этапах непрерывного лечения станут критически важными факторами на пути к выполнению новых амбициозных целей.

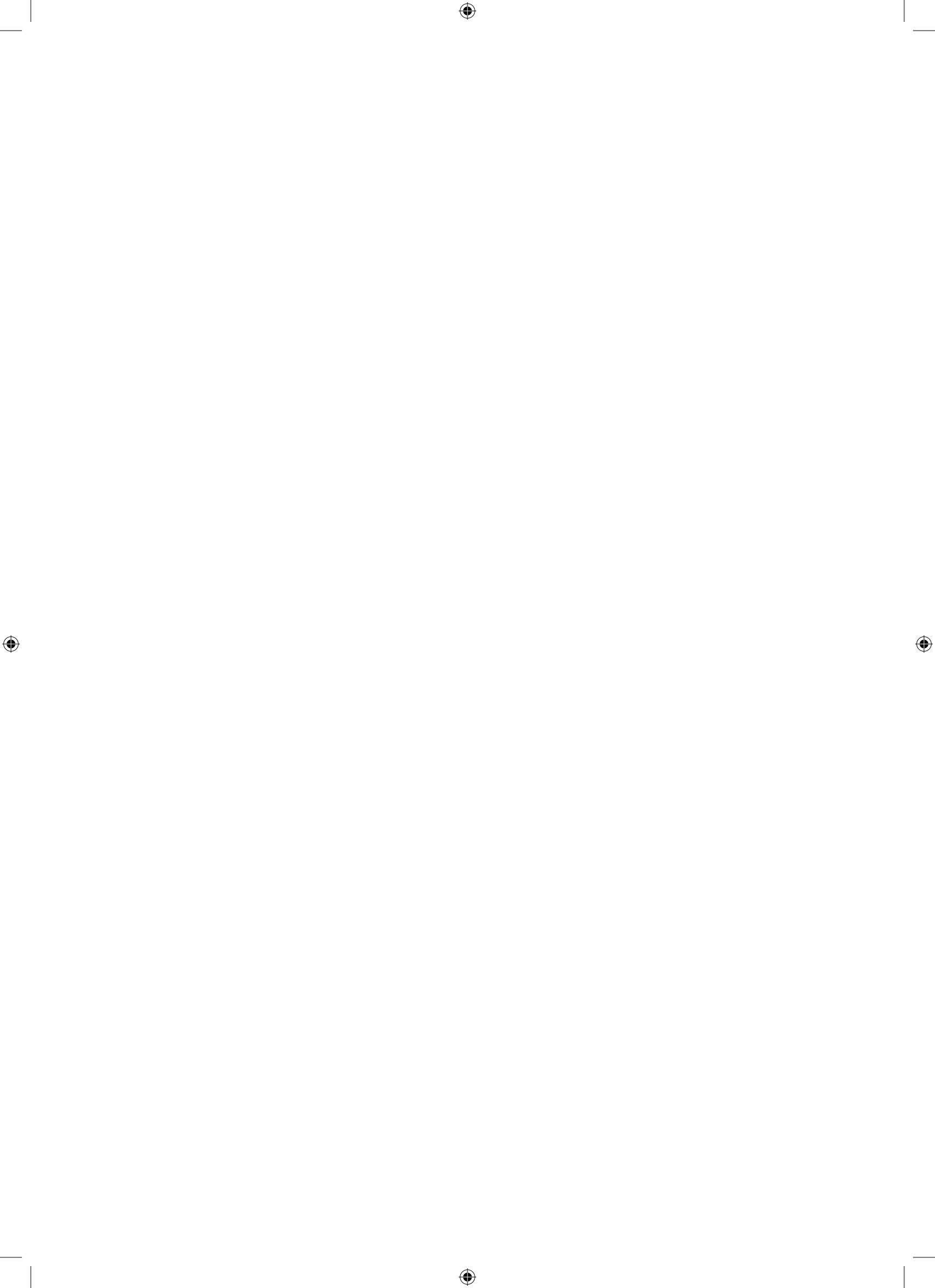
Сейчас имеются методы и стратегии способные положить конец эпидемии СПИДа к 2030 году. Однако, чтобы дойти до конца этого пути, именно сейчас необходимо предпринять беспрецедентные меры, которые позволят расширить масштаб применения антиретровирусной терапии на ранних стадиях инфицирования, поскольку запоздалые действия потворствуют ситуации, когда эпидемия продолжает опережать предпринимаемые ответные меры. Вдохновленные достигнутыми успехами и не утратившее смелости перед лицом будущих вызовов, все мировое сообщество должно показать свою решительность в намерении не упустить эту историческую возможность.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. WHO, Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for preventing and treating HIV infection, 2013.
2. Grinsztejn B et al. Effects of early versus delayed initiation of antiretroviral treatment on clinical outcomes of HIV-1 infection: results from the phase 3 HPTN 052 randomised controlled trial. *Lancet Infect Dis*, 2014, DOI:10.1016/S1473-3099(13)70692.3.
3. Collaborative Group on AIDS Incubation and HIV Survival. Time from HIV-1 seroconversion to AIDS and death before widespread use of highly-active antiretroviral therapy: a collaborative re-analysis. *Lancet*, 2000, 355:1131-1137.
4. Samji H et al. Closing the Gap: Increases in Life Expectancy among Treated HIV-Positive Individuals in the United States and Canada. *PLoS ONE*, 2013, 8: e81355.
5. Karim SAS, Karim QA. Antiretroviral prophylaxis: a defining moment in HIV control. *Lancet*, 2011, 378:e23-e25.
6. Rodger A et al. HIV transmission risk through condomless sex if HIV+ partner on suppressive ART: PARTNER study. 21st Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Abstract 153LB, Boston, USA, 2014.
7. Tanser F et al. High Coverage of ART Associated with Decline in Risk of HIV Acquisition in KwaZulu-Natal, South Africa. *Science*, 2013, 339:966-971.
8. Montaner JSG et al., 2014. Expansion of HAART coverage is associated with sustained decreases in HIV/AIDS morbidity, mortality and HIV transmission: the “HIV treatment as prevention” experience in a Canadian setting. *PLoS ONE*, 2014, 9:e87872.
9. Granich R et al. Expanding ART for treatment and prevention of HIV in South Africa: Estimated cost and cost-effectiveness 2011-2050. *PLoS ONE*, 2012, 7:e30216.
10. Resch S et al. Economic returns to investment in AIDS treatment in low and middle income countries. *PLoS One*, 2011, 6:e25310.
11. Ventelou B et al. The macroeconomic consequences of renouncing to universal access to antiretroviral treatment for HIV in Africa: a micro-simulation model. *PLoS ONE*, 2012, 7:e34101.
12. Granich R et al. Expanding ART for treatment and prevention of HIV in South Africa: estimated cost and cost-effectiveness 2011-2050. *PLoS ONE*, 2012, 7:e30216.
13. Walensky RP et al., Cost-effectiveness of HIV treatment as prevention in serodiscordant couples, *New Eng J Med*, 2013, 369:1315-1325.
14. Newell ML et al. Mortality of infected and uninfected infants born to HIV-infected mothers in Africa: a pooled analysis. *Lancet*, 2004, 364:1236-43.
15. Montaner JSG et al. The case for expanding access to highly active antiretroviral therapy to curb the growth of the HIV epidemic. *Lancet*, 2006, 368:531-536.
16. UNAIDS, The gap report, Geneva: UNAIDS, 2014.
17. Baral S et al. Elevated Risk for HIV Infection among Men Who Have Sex with Men in Low- and Middle-Income Countries 2000-2006: A Systematic Review, *PLoS Med*, 2007, 4:e339.
18. Baral S et al. Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*, 2012, doi:10.1016/S1473-3099(12)70066-X.
19. Baral SD et al. Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis, *Lancet Infect Dis*, 2013, 13:214-222.
20. Wolfe D et al. Treatment and care for injecting drug users with HIV infection: a review of barriers and way forward. *Lancet*, 2010, 376:355-366.
21. Arreola A et al., Access to HIV prevention and treatment for men who have sex with men: Findings from the 2012 Global Men's Health and Rights Study (GMHR), *Global Forum on MSM & HIV*, 2012.
22. Gender Dynamix, amfAR, Transgender access to sexual health services in South Africa: findings from a key informant survey, 2012.
23. Kerr T et al., The impact of compulsory drug detention exposure on the avoidance of healthcare among injection drug users in Thailand, *Int J Drug Policy*, 2014, 25:171-174.

24. Shannon K et al., Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants, *Lancet*, 2014, doi:10.1016/S0140-6736(14)60931-4.
25. WHO, Health for the world's adolescents, 2014. <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/>.
26. Newell ML et al. Mortality of infected and uninfected infants born to HIV-infected mothers in Africa: a pooled analysis. *Lancet*, 2004, 364:1236–43.
27. Fergusson P, Tomkins A, HIV prevalence and mortality among children undergoing treatment for severe acute malnutrition in sub-Saharan Africa: a systematic review, *Trans R Soc Trop Med Hyg*, 2008, doi:10.1016/j.trstmh.2008.10.029.
28. Hesselting AC et al., High incidence of tuberculosis among HIV-infected infants: Evidence from a South African population-based study highlights the need for improved tuberculosis control strategies, *Clin Infect Dis*, 2009, 48:108-114.
29. UNITAID, HIV/AIDS medicines market and technology landscape, 2014.
30. McNairy ML et al. Identifying Optimal Models of HIV Care and Treatment in Sub-Saharan Africa Consortium. Retention of HIV-infected children on antiretroviral treatment in HIV care and treatment programs in Kenya, Mozambique, Rwanda, and Tanzania. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 2013, 62:e70-e81.
31. WHO, March 2014 supplement to the 2013 consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection, Geneva: WHO, 2014.
32. Althorp K. Multi-disease prevention campaigns (part 2): case studies from Kenya and Uganda. 013. Available: <http://www.aidsmap.com/Multi-disease-prevention-campaigns-part-2/page/2811299/>.
33. Government of Brazil, Ministry of Health of Brazil- STI-AIDS-Viral Hepatitis, 2014.
34. Information provided by UNAIDS Regional Support Team for Asia and the Pacific, June 2014.
35. US Centers for Disease Control and Prevention, HIV Surveillance Supplemental Report, 2013.
36. Data from Ministries of Health of Brazil and Colombia, reported at a HIV treatment retargeting consultation, Buenos Aires, Argentina, April 2014.
37. Elul B et al. High levels of adherence and viral suppression in a nationally representative sample of HIV-infected adults on antiretroviral therapy at 6, 12 and 18 months in Rwanda. *PLoS ONE*, 2013, 8:e53586.
38. Cohen D et al. HIV testing coverage family members of adult antiretroviral therapy patients in Malawi. *AIDS Care*, 2010, 22:1346-1349.
39. Uganda AIDS Control Programme, Ministry of Health, Laying the ground for scaling up ART for adolescents: Experience from Uganda, International Conference on AIDS and STIs in Africa, 2013.
40. Malawi Ministry of Health. Integrated HIV program report – January – March 2013.
41. Luyirika E et al. Scaling up paediatric HIV care with an integrated, family-centred approach: an observational case study from Uganda. *PLoS ONE*, 2013, 8:e69548.

ЗАМЕТКИ



ЮНЭЙДС
Объединенная программа
ООН по ВИЧ/СПИДу

УВКБ
ЮНИСЕФ
МПП
ПРООН
ЮНФПА
УНП ООН
ООН-ЖЕНЩИНЫ
МОТ
ЮНЕСКО
ВОЗ
ВСЕМИРНЫЙ БАНК

20 Avenue Appia
1211 Geneva 27
Switzerland

+41 22 791 3666
distribution@unaids.org

unaids.org