



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Сборник примеров передовой практики здравоохранения в сфере противодействия ВИЧ-инфекции в Европейском регионе ВОЗ





Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Сборник примеров передовой
практики здравоохранения в сфере
противодействия ВИЧ-инфекции в
Европейском регионе ВОЗ

АННОТАЦИЯ

В рамках принятия мер по противодействию быстрому росту числа новых случаев ВИЧ-инфекции в Европейском регионе ВОЗ был разработан план действий сектора здравоохранения по борьбе с ВИЧ-инфекцией в Европейском регионе ВОЗ, который был утвержден на 66-й сессии Европейского регионального комитета ВОЗ в сентябре 2016 г. В период с декабря 2017 г. по апрель 2018 г. Европейское региональное бюро ВОЗ провело проект по сбору информации о наиболее эффективных путях реализации Европейского плана действий, которые были проанализированы и включены в настоящий сборник. В рамках этого проекта национальным органам здравоохранения, национальным и международным экспертам и организациям гражданского общества, оказывающим услуги в сфере профилактики, лечения и ухода в связи с ВИЧ-инфекцией, было предложено поделиться своим опытом и достигнутыми успехами. Собранные примеры иллюстрируют усилия в таких пяти целевых областях здравоохранения, как профилактика ВИЧ-инфекции; тестирование на ВИЧ и лечение ВИЧ-инфекции; снижение смертности от СПИДа; сокращение дискриминации; и повышение финансовой устойчивости мер противодействия ВИЧ-инфекции. Этот первый сборник передовых методов борьбы с ВИЧ-инфекцией в Европейском регионе ВОЗ включает 52 практических примера из 33 государств-членов. Сборник сможет послужить руководством и методическим пособием для всех сторон и организаций, принимающих активное участие в борьбе с ВИЧ-инфекцией.

Ключевые слова

HIV Infections – Prevention and Control

Delivery of Health Care

Regional Health Planning

Europe

ISBN: 978 928 905 3839

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:
Publications

WHO Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро: <http://www.euro.who.int/pubrequest>

© Всемирная организация здравоохранения, 2018 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

СОДЕРЖАНИЕ

ВЫРАЖЕНИЕ БЛАГОДАРНОСТИ	v
ЛИЦА, ВНЕСШИЕ ВКЛАД В ПОДГОТОВКУ ЭТОГО ДОКУМЕНТА	v
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	vi
ПРЕДИСЛОВИЕ	vii
РЕЗЮМЕ	viii
ВВЕДЕНИЕ	1
СТРАТЕГИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ 1. Информация для целенаправленных действий	11
ГЕРМАНИЯ. От таблеток к пациентам: оценка источников данных для определения количества людей, живущих с ВИЧ, которые получают АРТ.	14
ИРЛАНДИЯ. Оценка системы эпиднадзора, основанного на данных о случаях ВИЧ-инфекции, и изменение стандартного определения случая ВИЧ-инфекции для использования в национальной системе эпиднадзора	17
ПОЛЬША. Оценка уровня подавления вирусной нагрузки: национальное исследование	22
СОЕДИНЕННОЕ КОРОЛЕВСТВО. Национальный опрос, посвященный качеству жизни и опыту пациентов и используемый для мониторинга ВИЧ-инфекции после подавления вирусной нагрузки	24
СТРАТЕГИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ 2. Меры вмешательства для достижения воздействия	29
АРМЕНИЯ. От профилактики к ликвидации передачи ВИЧ от матери ребенку: проект ЕМТСТ	29
АЗЕРБАЙДЖАН. Влияние программ снижения вреда в условиях тюрем Азербайджана	31
АЗЕРБАЙДЖАН. Профилактическая терапия изониазидом среди заключенных, живущих с ВИЧ	33
БЕЛАРУСЬ. Внедрение практики самотестирования на ВИЧ	35
ХОРВАТИЯ. Включение услуг по тестированию на ВИЧ и ВГС на уровне местных сообществ в пакет комплексных услуг по охране сексуального здоровья: HUNIV – Загребский центр CheckPoint	36
ЭСТОНИЯ. Предоставление качественных услуг по снижению вреда для людей, употребляющих инъекционные наркотики ...	40
ФРАНЦИЯ. Обеспечение доступа к услугам ДКП для групп населения с высоким риском заражения ВИЧ половым путем ...	42
ГРУЗИЯ. Прогресс в достижении целевых показателей в отношении АРТ и вирусной супрессии путем реализации стратегии «Лечить всех»	45
ГРЕЦИЯ. Программа «выявление-тестирование-лечение-удерживание», целью которой является снижение в афинском столичном регионе передачи ВИЧ среди людей, употребляющих инъекционные наркотики: программа «Аристотель»	50
КЫРГЫЗСТАН. Всеобщий охват услугами здравоохранения и повышение качества медицинских услуг для женщин, употребляющих наркотики во время беременности, родов и в послеродовом периоде	53
ЛАТВИЯ. Искусственное вскармливание младенцев, рожденных ВИЧ-позитивными матерями.	56
НИДЕРЛАНДЫ. Амстердамский проект по доконтактной профилактике (AMPREP)	58
ПОЛЬША. Осуществление программы ОЗТ на основе партнерства между Центральным управлением пенитенциарной службы и Национальным центром по СПИДу	59
ПОРТУГАЛИЯ. Ares do Pinhal: мобильная аутрич-программа снижения вреда	61
РЕСПУБЛИКА МОЛДОВА. Усиление комплексных мер по снижению вреда	64
РУМЫНИЯ. Интеграция услуг по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции и вирусного гепатита среди людей, употребляющих инъекционные наркотики в Румынии	69
СЛОВЕНИЯ. Эволюция программы ДКТ на уровне местных сообществ для выявления случаев ВИЧ-инфекции и ИППП среди MSM в Словении	71
СТРАТЕГИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ 3. Предоставление услуг с соблюдением принципа справедливости	75
БЕЛАРУСЬ. Внедрение подхода «Лечить всех» с обеспечением всеобщего доступа к антиретровирусным препаратам	75
БОЛГАРИЯ. Развитие низкопороговых служб тестирования на ВИЧ для ключевых групп населения	78
ФИНЛЯНДИЯ. Проект по повышению медицинской грамотности лиц, употребляющих наркотики в пенитенциарных учреждениях	82

НА-REACT. Внедрение учебных пакетов по снижению вреда в Латвии и Литве	83
НА-REACT. Услуги по снижению вреда, оказываемые мобильными медицинскими пунктами: пример Латвии	86
ИТАЛИЯ. La Bussola: руководство по защите прав людей, живущих с ВИЧ	89
ИТАЛИЯ. Справочник по вопросам доступности медицинской помощи для иностранцев и мигрантов, второе издание	90
ИТАЛИЯ. Тестирование на сифилис, ВИЧ, ВГВ и ВГС в Италии: новое руководство по серологическому тестированию в государственных наркологических службах	92
ЛИТВА. Национальное регулирование в сфере низкогопороговых услуг	94
ПОРТУГАЛИЯ. Португальская сеть тестирования на уровне местных сообществ	96
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ. Комплексная трехкомпонентная пациент-ориентированная модель оказания помощи ВИЧ-инфицированным подросткам	101
УКРАИНА. Улучшение системы выявления случаев ВИЧ-инфекции и расширение доступа к лечению людей, употребляющих инъекционные наркотики: оптимизированный поиск случаев ВИЧ-инфекции (ОСФ) и расширение лечения на уровне местных сообществ (СИТ)	105

СТРАТЕГИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ 4. Финансирование в целях обеспечения устойчивости 111

ХОРВАТИЯ. Финансовая устойчивость проекта ГФСТМ по ВИЧ/СПИДу: хорватский опыт увеличения внутренних ресурсов	111
Казахстан. Улучшение доступа к антиретровирусной терапии людей, живущих с ВИЧ	113
ЧЕРНОГОРИЯ. Противодействие ВИЧ-инфекции: переход на внутреннее финансирование путем заключения социальных контрактов с НПО/ОГО на предоставление соответствующих услуг	116
РЕСПУБЛИКА МОЛДОВА. Финансирование услуг по снижению вреда для ключевых групп населения, осуществляемое Национальной компанией медицинского страхования	119
БЫВШАЯ ЮГОСЛАВСКАЯ РЕСПУБЛИКА МАКЕДОНИЯ. Переход к внутреннему финансированию для усиления борьбы с ВИЧ-инфекцией	122
УКРАИНА. Снижение экономической нагрузки, связанной с заместительной поддерживающей терапией, за счет расширения практики выдачи препаратов для самостоятельного применения	124

СТРАТЕГИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ 5. Инновации в целях ускорения мер противодействия ВИЧ-инфекции 129

ЕВРОПЕЙСКАЯ НЕДЕЛЯ ТЕСТИРОВАНИЯ. Региональная инициатива по пропаганде и продвижению тестирования на вирусный гепатит и ВИЧ	129
ГЕРМАНИЯ. Давайте поговорим о сексе: профилактика ВИЧ/ИППП в рамках медицинской практики	134
ГЕРМАНИЯ. Ваше здоровье – ваша вера. Профилактика ВИЧ-инфекции среди африканских религиозных общин в Германии	136
НИДЕРЛАНДЫ. Инициатива «4mezelf.nl» – помощь через Интернет в сфере сексуального здоровья для поддержки МСМ непосредственно после постановки диагноза ВИЧ-инфекции	139
НИДЕРЛАНДЫ. Testlab: низкогопороговая онлайн-служба тестирования на ВИЧ и ИППП для МСМ	141
НИДЕРЛАНДЫ. Снижение рискованного сексуального поведения среди молодежи: разработка и оценка индивидуального, односеансного вмешательства в режиме онлайн	143
НОРВЕГИЯ. Sjekkpunkt: низкогопороговая служба тестирования на ВИЧ, предназначенная для МСМ	145
ИСПАНИЯ. Сеть DEVO: общественная инициатива	148
ШВЕЦИЯ. Hiv i dag [ВИЧ-инфекция сегодня]: национальная кампания по повышению осведомленности, содействию тестированию и снижению стигмы	151
ТАДЖИКИСТАН. Предоставление услуг по консультированию и тестированию на ВИЧ через НПО	154
УКРАИНА. Деятельность в области патентного права, направленная на расширение доступа к лечению ВИЧ-инфекции и ВГС-инфекции	157
СОЕДИНЕННОЕ КОРОЛЕВСТВО. Использование технологии цифровых торговых автоматов для распространения экспресс-тестов на ВИЧ среди МСМ из группы высокого риска в Брайтоне и Хоуе	159

Библиография	163
---------------------	------------

ВЫРАЖЕНИЕ БЛАГОДАРНОСТИ

Европейское региональное бюро ВОЗ хотело бы выразить признательность всем государствам-членам, организациям гражданского общества, а также национальным и международным экспертам, которые внесли свой вклад в сбор материалов и подготовку этого сборника. Мы также хотели бы поблагодарить следующих членов отборочной комиссии, которые проводили оценку качества и технический анализ предоставленных материалов: д-р Эндрю Andrew J. Amato-Gauci (руководитель, программа по ВИЧ/СПИДу, инфекциям, передающимся половым путем, и вирусным гепатитам, Европейский центр профилактики и контроля заболеваний (ECDC), д-р Jens Lundgren (CHIP – Центр передового опыта в области здравоохранения, иммунологии и борьбы с инфекциями, Rigshospitalet, Копенгагенский университет, Дания), д-р Anke van Dam (исполнительный директор, СПИД Фонд Восток–Запад), г-н Michael Krone (исполнительный координатор, Европа против СПИДа), г-н Vinay Patrick Saldanha (директор группы региональной поддержки ЮНЭЙДС для Восточной Европы и Центральной Азии, Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу) и д-р Lev Zohbaryan (старший региональный советник, Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу). Сотрудники Совместной программы по туберкулезу, ВИЧ-инфекции и вирусным гепатитам – г-жа Annemarie Stengaard (эпидемиолог), доктор Elena Vovc (медицинский специалист по ВИЧ-инфекции) и д-р Antons Mozalevskis (медицинский специалист по вирусным гепатитам и ВИЧ-инфекции) – принимали активное участие в подготовке вводного раздела, в отборе примеров из практики и в процессе доработки данной публикации.

ЛИЦА, ВНЕСШИЕ ВКЛАД В ПОДГОТОВКУ ЭТОГО ДОКУМЕНТА

Научные редакторы

Д-р Masoud Dara

Координатор по инфекционным заболеваниям. Европейское региональное бюро ВОЗ

Г-н Zachary Thomas Gavry

Консультант, Совместная программа по туберкулезу, ВИЧ-инфекции и вирусным гепатитам, Европейское региональное бюро ВОЗ

Г-жа Maiken Mansfeld

Консультант, Совместная программа по туберкулезу, ВИЧ-инфекции и вирусным гепатитам, Европейское региональное бюро ВОЗ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

CDC	Центры по контролю и профилактике заболеваний США
ECDC	Европейский центр профилактики и контроля заболеваний
EMCDDA	Европейский центр мониторинга наркотиков и наркомании
PEPFAR	Чрезвычайный план президента США по борьбе со СПИДом
АРВ	антиретровирусный, антиретровирусные, антиретровирусная и т.д.
АРТ	антиретровирусная терапия (синоним: АРВТ)
ВГВ	вирус гепатита В
ВГС	вирус гепатита С
ВЕЦА	Восточная Европа и Центральная Азия
ВН	вирусная нагрузка
ГФСТМ	Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией
ДКП	доконтактная профилактика ВИЧ-инфекции
ДКТ	добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ
ЕС	Европейский союз
ЕЭЗ	Европейская экономическая зона (синоним: Европейское экономическое пространство)
ИБПИ	интегрированное био-поведенческое исследование (исследования)
ИППП	инфекции, передаваемые половым путем.
ИФА, ELISA	(твердофазный) иммуноферментный анализ
ЛЖВ	люди, живущие с ВИЧ
ЛПУ	лечебно-профилактические учреждения (учреждение)
ЛУИН	люди, употребляющие инъекционные наркотики
МЗ	Министерство здравоохранения
МСМ	мужчины, практикующие (имеющие) секс с мужчинами
МЮ	Министерство юстиции
НПО	неправительственные организации
ОГО	организации гражданского общества
ОЗТ	опиоидная заместительная терапия
ОО	общественная организация
ПАВ	психоактивные вещества
ПИШ	программа(ы) игл и шприцев
ПКП	постконтактная профилактика
ПМР	передача ВИЧ от матери ребенку (синоним: вертикальный путь передачи ВИЧ)
ППМР	профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку
ПТИ	профилактическая терапия изониазидом
РКС	работники коммерческого секса (синонимы: секс-работники; коммерческие секс-работники)
СКМ	страновой координационный механизм
ТБ	туберкулез
УИН	употребление инъекционных наркотиков
ЦУР	Цели (цель) устойчивого развития
ЮНЭЙДС	Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу

ПРЕДИСЛОВИЕ

Одним из важнейших положений Повестки дня ООН в области устойчивого развития на период до 2030 года является то, чтобы никто не оставался без внимания. Европейский Регион ВОЗ является единственным регионом ВОЗ, в котором число новых ВИЧ-инфекций быстро растет. Поэтому энергичные меры противодействия этой эпидемии никогда еще не были столь необходимыми и актуальными. По оценкам, 25% всех людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ) в Регионе, не знают о своем ВИЧ-статусе, а половине из ЛЖВ диагноз ВИЧ-инфекции был поставлен на поздней стадии. Кроме того, в странах Восточной Европы и Центральной Азии охват ЛЖВ лечением с использованием жизненно важных АРВ-препаратов иногда составляет лишь 28%.

По мере ускорения прогресса в деле ликвидации СПИДа как угрозы общественному здоровью к 2030 году жизненно важно поддерживать и постоянно расширять использование передовых практик, основанных на плане действий сектора здравоохранения по борьбе с ВИЧ-инфекцией в Европейском регионе ВОЗ. Этот план, утвержденный на 66-й сессии Европейского регионального комитета ВОЗ в сентябре 2016 г., базируется на следующих трех организационных принципах: 1) всеобщий охват услугами здравоохранения; 2) непрерывность услуг в связи с ВИЧ-инфекцией; 3) продвижение подхода общественного здравоохранения. Кроме того, каждый из этих принципов должен подкрепляться сильным политическим руководством и совместными усилиями различных партнеров.

Для документирования и распространения успешных мер противодействия ВИЧ-инфекции, соответствующих положениям Плана действий, я рада представить этот первый сборник примеров передовой практики в сфере противодействия ВИЧ-инфекции в Европейском регионе ВОЗ. Эти модели практической работы отражают прогресс государств-членов в достижении целей Всемирной организации здравоохранения и Объединенной программы Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу в области профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции и оказания помощи ЛЖВ, предупреждая любые проявления дискриминации и обеспечивая финансовую устойчивость мер борьбы с ВИЧ-инфекцией. В сочетании с ускоренными мерами противодействия ВИЧ-инфекции на период до 2020 года мы призываем государства-члены и наших партнеров поддерживать, воспроизводить и расширять эти и другие аналогичные виды передовой практики.

Д-р Zsuzsanna Jakab

Директор Европейского регионального бюро ВОЗ



РЕЗЮМЕ

На 66-й сессии Европейского регионального комитета ВОЗ в сентябре 2016 года все 53 государства-члена одобрили резолюцию EUR/RC66/R9, посвященную плану действий сектора здравоохранения по борьбе с ВИЧ-инфекцией в Европейском регионе ВОЗ. План действий призывает государства-члены ускорить и усилить меры противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции. Его цели и целевые показатели соответствуют положениям Повестки дня Организации Объединенных Наций (ООН) в области устойчивого развития на период до 2030 года, многосекторальной стратегии Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу на 2016–2021 гг. и разработанной ВОЗ Глобальной стратегии сектора здравоохранения по борьбе с ВИЧ-инфекцией на 2016–2021 гг.

В рамках осуществления этого плана действий Европейское региональное бюро ВОЗ в декабре 2017 г. обратилось к странам с официальным призывом присылать примеры передовой практики в сфере противодействия ВИЧ-инфекции. Национальным органам здравоохранения, внутрирегиональным программам, национальным техническим координационным центрам и программам по борьбе с ВИЧ-инфекцией, организациям гражданского общества (ОГО) и неправительственным организациям (НПО), принимающим меры по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции, было предложено представить примеры передовой практики. Примеры, собранные в период с декабря 2017 по апрель 2018 года; были обобщены и оценены по установленным критериям отборочным комитетом, в состав которого входили коллеги из таких организаций и программ, как Европа против СПИДа, СПИД Фонд Восток–Запад (AFEW), Центр передового опыта в

области здравоохранения, иммунологии и борьбы с инфекциями (CHIP) при больнице Rigshospitalet (Копенгагенский Университет, Дания), Европейский центр профилактики и контроля заболеваний (ECDC), ЮНЭЙДС и ВОЗ. Затем группа экспертов Европейского регионального бюро ВОЗ провела научно-техническую оценку этих примеров.

Этот сборник передовых методов борьбы с ВИЧ-инфекцией в Европейском регионе ВОЗ включает 52 практических примера из 32 государств-членов: 29 от национальных программ противодействия ВИЧ-инфекции и институтов охраны общественного здоровья/научно-исследовательских институтов; 11 от НПО и ОГО; восемь от министерств здравоохранения (МЗ) и/или министерств юстиции (МЮ); и четыре от внутрирегиональных инициатив. Процентное распределение государств-участников, предоставивших примеры передовой практики, по частям Региона было следующим: 80% в Восточной Европе; 47% в Центральной Европе; 52% в Западной Европе.

Представленные материалы сгруппированы по следующим стратегическим направлениям плана действий: (i) информация для целенаправленных действий; (ii) вмешательства с целью оказания воздействия; (iii) предоставление услуг с соблюдением принципа справедливости; (iv) финансирование с целью обеспечения устойчивости; и (v) инновации в целях ускорения мер противодействия ВИЧ-инфекции. Этот сборник является первым проектом Европейского регионального бюро ВОЗ по консолидации примеров передовой практики в сфере противодействия ВИЧ-инфекции в Регионе.

ВВЕДЕНИЕ

Общие сведения

В соответствии с планом действий сектора здравоохранения по борьбе с ВИЧ-инфекцией в Европейском регионе ВОЗ и в сотрудничестве со странами-офисами ВОЗ Европейское региональное бюро ВОЗ предоставляет техническую помощь и рекомендации по достижению целевых показателей в следующих областях: профилактика, диагностика и лечение ВИЧ-инфекции; снижение смертности от СПИДа; сокращение дискриминации; и обеспечение финансовой устойчивости программ и мер противодействия ВИЧ-инфекции.

Основные области технической помощи включают следующие: (i) реализация руководящих принципов и инструментария ВОЗ и ЮНЭЙДС, относящихся к совместно разработанным протоколам ВОЗ и ECDC по эпиднадзору за ВИЧ-инфекцией с целью укрепления национальных систем стратегической информации по ВИЧ-инфекции; (ii) предоставление регулярных обновлений научно обоснованных руководящих принципов, методик и инструментов по комбинированной профилактике и диагностике ВИЧ-инфекции, по проведению и расширению антиретровирусной терапии (АРТ) и по лечению сопутствующих патологий; (iii) укрепление национального потенциала и национальных стратегических планов; (iv) разработка моделей дифференцированной медицинской помощи для обслуживания ключевых групп населения; (v) содействие партнерским отношениям и многосекторальным усилиям, включая вовлечение гражданского общества и людей, живущих с ВИЧ; и (vi) обоснование эффективности инвестиций и разработка плана перехода к модели национального финансирования в сфере противодействия ВИЧ-инфекции.

В частности, для стран Региона с низким и средним уровнем дохода обеспечение донорского финансирования в дополнение к внутренним ресурсам имеет решающее значение для продолжения усилий по ликвидации ВИЧ-инфекции и туберкулеза (ТБ). Региональное бюро оказывало поддержку в целях повышения качества заявок на финансирование проектов, поступающих от стран с низким и средним уровнем дохода, в частности, заявок в Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФСТМ), преследуя при этом цель

повышения эффективности мер борьбы с ВИЧ-инфекцией и ТБ. В июле 2017 г. ВОЗ выпустила новые руководства и обновленную информацию по таким вопросам, как ведение больных с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции, лекарственная устойчивость ВИЧ и переход на лечение с помощью новых антиретровирусных препаратов (АРВП). Кроме того, в 14 странах Региона, наиболее пострадавших от ВИЧ-инфекции, Региональное бюро организовало для старших врачей мастер-курс, посвященный изучению этих руководств.

Параллельно с 22-ой Международной конференцией по СПИДу Региональное бюро в сотрудничестве с правительством Нидерландов организовало 23 июля 2018 года в Амстердаме Министерский диалог по вопросам политики в отношении ВИЧ-инфекции и сочетанных заболеваний в Восточной Европе и Центральной Азии (ВЕЦА). Целью этого стратегического диалога является ускоренное проведение соответствующих мероприятий и обмен передовым опытом, связанным с реализацией Плана действий в странах ВЕЦА и Балтии.

В ходе совещания высокого уровня министры здравоохранения и технические координаторы по ВИЧ из стран ВЕЦА и Балтии обнародуют инновационные и финансово устойчивые меры борьбы с ВИЧ-инфекцией в своих странах. Цель этого сборника заключается в обмене примерами передовой практики между государствами-членами и распространении рекомендаций относительно практических мер и последующих шагов по расширению масштабов противодействия ВИЧ-инфекции в Регионе. Сборник примеров передовой практики в сфере противодействия ВИЧ-инфекции также служит подспорьем в мониторинге и оценке приверженности государств-членов осуществлению Европейского плана действий.

ВИЧ-инфекция в Европейском регионе ВОЗ

Европейский регион – это единственный регион ВОЗ, в котором наблюдается быстрый рост случаев ВИЧ-инфицирования. Поэтому существует настоятельная необходимость в том, чтобы расширить масштабы мер по профилактике, диагностике и лечению ВИЧ-инфекции; сократить дискриминацию

по отношению к ЛЖВ; и увеличить устойчивые модели финансирования консолидированных мер противодействия ВИЧ-инфекции. По оценочным данным за 2016 год общее число случаев ВИЧ-инфицирования в Регионе составило 221 000, включая более 160 000 впервые диагностированных случаев ВИЧ-инфекции (что соответствует уровню 18,2 диагнозов на 100 000 населения). Таким образом, в Регионе в течение последнего десятилетия сохраняется тенденция к росту числа новых случаев ВИЧ-инфекции. В период с 2007 по 2016 г. число новых случаев ВИЧ-инфекции увеличилось на 95%, при этом 80% из этих 160 000 новых случаев были диагностированы в восточной части Региона (рис. 1 и 2) (1).¹

Географическое распределение новых случаев ВИЧ-инфекции в рамках Региона

Европейский регион ВОЗ, состоящий из 53 государств-членов, характеризуется большими различиями в социальных, политических и экономических условиях жизни, в потребностях людей, живущих с ВИЧ, и в системах здравоохранения, оказывающих ЛЖВ медицинскую помощь и уход. Правительства некоторых стран Региона также сталкиваются с проблемой сокращения или прекращения международного финансирования программ противодействия ВИЧ-инфекции, что создает дополнительные трудности.

ВИЧ-инфекция остается сконцентрированной в ключевых группах населения с некоторыми различиями в характере эпидемии и эпидемиологических тенденциях на субрегиональном уровне. Согласно Стратегии ЮНЭЙДС на 2016-2021 гг. (2) и Глобальной стратегии сектора здравоохранения по борьбе с ВИЧ/СПИДом на 2016-2021 гг., разработанной ВОЗ (3), ключевые группы населения (далее ключевые группы) – это группы людей, которые подвергаются наибольшему риску заражения или передачи ВИЧ и участие которых в противодействии ВИЧ-инфекции имеет решающее значение для успеха принимаемых мер. В Европейском регионе ВОЗ к ключевым группам относятся: люди, живущие с ВИЧ; люди, употребляющие инъекционные наркотики (ЛУИН); мужчины, имеющие секс с мужчинами

(МСМ); трансгендеры; работники коммерческого секса (РКС); заключенные; мигранты (4).

Хотя последние данные и свидетельствуют о том, что в небольшом числе стран Европейского союза (ЕС) и Европейской экономической зоны (ЕЭЗ) наблюдается тенденция к снижению заболеваемости ВИЧ-инфекцией, показатели половой передачи ВИЧ между мужчинами остаются высоким или даже увеличиваются во многих странах Западной и Центральной Европы, в то время как число случаев передачи ВИЧ гетеросексуальным путем и вследствие употребления инъекционных наркотиков (ВИН) преобладает в странах Восточной Европы (1). В Европейском регионе ВОЗ у чуть более половины (51%) людей, у которых ВИЧ-инфекция была впервые выявлена в 2016 г., диагноз был поставлен на поздней стадии². Кроме того, по оценкам, четверть ВИЧ-положительных людей в Регионе остаются недиагностированными. В настоящее время ВОЗ рекомендует назначать антиретровирусную терапию всем людям с диагностированной ВИЧ-инфекцией независимо от числа CD4-клеток (5). Однако в 2016 году лишь две трети стран Региона внедрили политику, предусматривающую проведение АРВ-терапии независимо от числа CD4-лимфоцитов. Более подробное описание межрегиональных различий в характере эпидемии ВИЧ-инфекции в Восточной, Центральной и Западной Европе дается в нижеследующих разделах (1).

Восток

В 2016 году диагноз ВИЧ-инфекция был впервые поставлен 128 079 людям из 13 стран Восточной Европы (из 160 453 человек для всего Региона). В этой части Региона гетеросексуальные контакты и употребление инъекционных наркотиков остаются основными путями передачи ВИЧ. Большое число случаев СПИДа в восточной части Региона указывает на сохранение таких серьезных проблем, как поздняя диагностика ВИЧ-инфекции, отсроченное начало АРТ и низкий охват лечением. Данные также свидетельствуют о том, что в основном инфицирование ВИЧ имело место внутри стран, предоставляющих отчетность, и что люди, инфицированные за рубежом, приобрели инфекцию в соседних странах Центральной и Восточной Европы. Необходимо срочно активизировать усилия по предоставлению всего комплекса услуг по

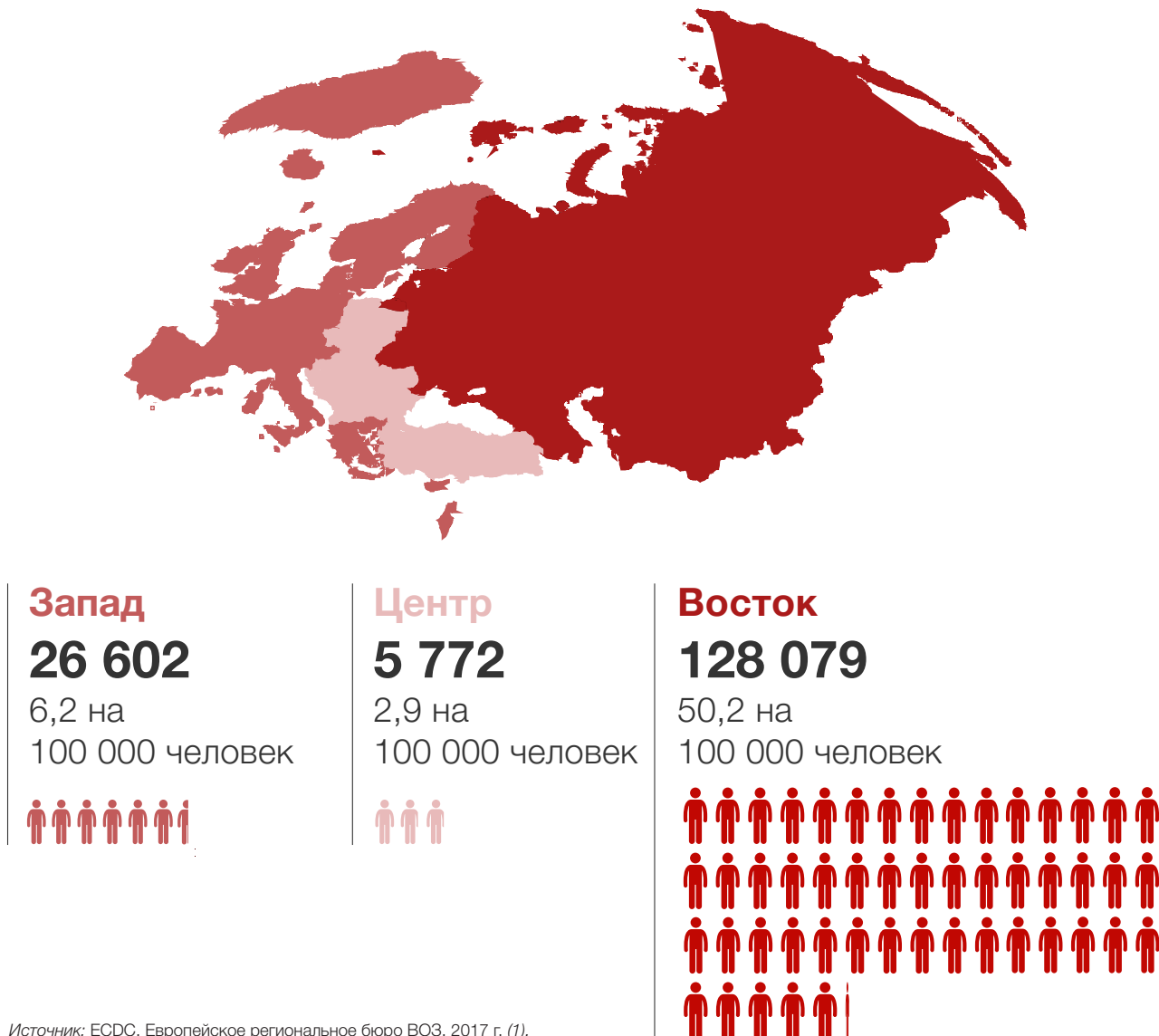
¹ С учетом эпидемиологических особенностей страны Европейского региона ВОЗ были подразделены на три географические зоны – Запад (23 страны), Центр (15 стран) и Восток (15 стран), что также соответствует разделению стран, используемому в совместных докладах ECDC/ВОЗ по эпиднадзору за ВИЧ/СПИДом в Европе. С более подробными сведениями можно ознакомиться в докладе ECDC/ВОЗ, изданном в 2017 году (1).

² Определяется как количество CD4-лимфоцитов менее 350 на мл на момент постановки диагноза ВИЧ-инфекции.

Рис. 1. Число и частота новых случаев ВИЧ-инфекции в Европейском регионе ВОЗ в 2016 г.

В 2016 году число новых случаев ВИЧ-инфекции, зарегистрированных в странах Европейского региона, составило **160 453**.

Сводный показатель по Европейскому региону ВОЗ: 18,2 на 100 000 человек



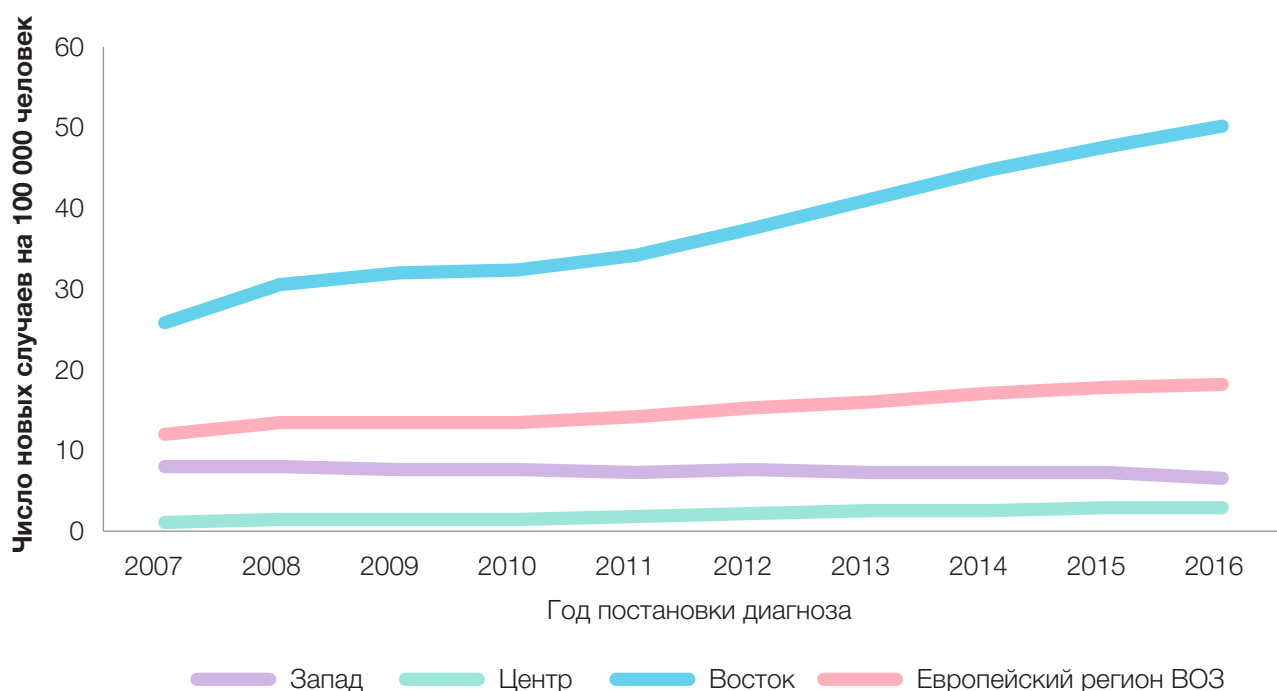
Источник: ECDC, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2017 г. (1).

профилактике, диагностике и лечению ВИЧ-инфекции, включая усилия по повышению информированности населения и сокращению дискриминации и стигматизации всех ключевых групп населения. Успех в этом направлении зависит от уровня политической приверженности в Регионе, а также от всеобъемлющего перехода от международного к внутреннему финансированию мер противодействия ВИЧ-инфекции.

Центр

Абсолютное число людей с диагнозом ВИЧ-инфекции в этой группе стран продолжает оставаться самым низким в Регионе. Однако за десятилетний период (с 2007 по 2016 год) в этой группе стран был зарегистрирован самый большой относительный рост числа новых диагнозов ВИЧ-инфекции (на 142%) (1). Передача инфекции происходит главным образом в результате половых контактов между мужчинами; по сравнению с другими субрегионами

Рис. 2. Частота впервые диагностированных случаев ВИЧ-инфекции в Европейском регионе ВОЗ в период с 2007 по 2016 год^а



^а На основе данных из 51 страны (данные по Туркменистану и Узбекистану были исключены из-за непоследовательной отчетности в этот период).
 Источник: ECDC, Европейское региональное бюро ВОЗ (2017 г.).³

количество ВИЧ-инфицированных мужчин в Центральной Европе значительно превышает количество ВИЧ-инфицированных женщин (в четырех из каждых пяти новых случаев ВИЧ-инфекции диагноз ставится мужчинам).

Запад

Число впервые диагностированных случаев ВИЧ-инфекции в 23 странах Западной Европы составило 26 602.⁴ В странах ЕС/ЕЭЗ и Западной Европы преобладающим путем передачи ВИЧ в 2016 г. оставалась передача половым путем между мужчинами, за которой следовала гетеросексуальная передача (в 61% случаев ВИЧ-инфицированными были мигранты), что в совокупности составило 74% всех новых диагнозов ВИЧ-инфекции с известным путем передачи вируса. Новые данные из Западной Европы свидетельствуют о том, что, помимо МСМ, многие мигранты, даже выходцы из

территорий с высоким уровнем заболеваемости ВИЧ-инфекцией, заражаются ВИЧ после прибытия в ЕС/ЕЭЗ (6-8).

План действий сектора здравоохранения по борьбе с ВИЧ-инфекцией в Европейском регионе ВОЗ

План действий сектора здравоохранения по борьбе с ВИЧ-инфекцией в Европейском регионе ВОЗ направлен на реализацию Глобальной стратегии ВОЗ для сектора здравоохранения по борьбе с ВИЧ-инфекцией на 2016-2021 гг. в эпидемиологическом, социальном и политическом контексте Региона (Таблица 1) (4). Это гарантирует, что Регион сможет достичь глобальной цели положить конец СПИДу как угрозе общественному здоровью к 2030 году, которую Всемирная ассамблея здравоохранения приняла консенсусом в мае 2016 года. План действий является продолжением деятельности, к которой призывает Повестка дня ООН в области устойчивого развития на период до 2030 года и политика Здоровье-2020 – Европейская политика в области охраны здоровья и благополучия населения. Этот пошаговый план, основанный на опыте реализации первого Европейского плана действий по ВИЧ/СПИДу на 2012–2015 гг., содержит описание ряда

³ С учетом эпидемиологических особенностей страны Европейского региона ВОЗ были подразделены на три географические зоны – Запад (23 страны), Центр (15 стран) и Восток (15 стран), что также соответствует разделению стран, используемому в совместных докладах ECDC/ВОЗ по эпиднадзору за ВИЧ/СПИДом в Европе. С более подробными сведениями можно ознакомиться в докладе ECDC/ВОЗ, изданном в 2017 году (1).

⁴ В общей сложности 6,2 на 100 000 населения (без учета задержки с представлением отчетности); 6,5 на 100 000 населения (с поправкой на такую задержку).



первоочередных мер по обращению вспять эпидемии ВИЧ-инфекции в Регионе (4). Первоочередные действия для Европейского региона ВОЗ включают следующие направления: (i) профилактика, (ii) тестирование на ВИЧ и лечение ВИЧ-инфекции; (iii) снижение числа смертей, обусловленных СПИДом; (iv) устранение дискриминации; (v) обеспечение устойчивого финансирования принимаемых мер. Как план действий, так и настоящий сборник примеров лучшей практики в сфере противодействия ВИЧ-инфекции структурированы вокруг следующих пяти стратегических направлений:

Информация для целенаправленных действий: для принятия эффективных мер противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции в конкретных условиях, нужно хорошо знать ее особенности.

Меры вмешательства для достижения воздействия: все люди должны получать весь спектр необходимых услуг по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции.

Предоставление услуг с соблюдением принципа справедливости: все люди должны получать необходимые им услуги, достаточно качественные для того, чтобы оказать желаемое воздействие.

Финансирование в целях обеспечения устойчивости: все люди должны получать необходимые услуги, не испытывая финансовых трудностей, связанных с их оплатой.

Инновации в целях ускорения мер противодействия: для достижения амбициозных целевых показателей следует изменить направленность и повысить эффективность мер противодействия ВИЧ-инфекции

Таблица 1. Краткое описание плана действий сектора здравоохранения по борьбе с ВИЧ-инфекцией в Европейском регионе ВОЗ

Стратегические ориентиры	Описание
Перспективное видение (2030 г.)	Ноль новых случаев ВИЧ-инфекции, ноль дискриминации, ноль смертей вследствие СПИДа
Цель (2030 г.)	Положить конец СПИДу как угрозе общественному здоровью в Европейском регионе к 2030 году
Целевые показатели (которые должны быть достигнуты к 2020 году)	<ul style="list-style-type: none"> ● Профилактика: ● снизить на 75% показатель ВИЧ-инфицирования (страны с низкой распространенностью ВИЧ-инфекции могут выбрать численный показатель, более подходящий для их контекста) ● снизить показатели передачи ВИЧ от матери ребенку (ПМР) до <2% при отсутствии грудного вскармливания и до <5% при грудном вскармливании ● Снизить частоту врожденного сифилиса и передачи ВИЧ от матери ребенку до ≤50 случаев на 100 000 живорождений ● Тестирование и лечение: ● 90% всех людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), должны знать о своем ВИЧ-статусе ● 90% всех людей с диагностированной ВИЧ-инфекцией должны получать АРТ ● 90% всех ЛЖВ, получающих АРТ, должны иметь неопределяемую вирусную нагрузку ● Смертность вследствие СПИДа: ● снизить число смертей вследствие СПИДа до менее 30 000 (тем самым способствуя достижению глобальной цели – снизить число смертей вследствие СПИДа до менее 500 000) ● снизить на 75% смертность от туберкулеза у ЛЖВ (страны с низкой распространенностью могут выбрать численный показатель, более подходящий для их контекста)

ПМР: передача ВИЧ от матери ребенку. *Источник:* ECDC, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2017 г.

Межсекторальное сотрудничество в целях принятия комплексных ответных мер

От ВИЧ-инфекции и связанных с ней рисков в первую очередь страдают наиболее уязвимые и маргинализированные группы общества, что часто обусловлено общими социальными и экономическими детерминантами (9). Такие факторы, как отсутствие благоприятной правовой среды, стигма и социальная изоляция, бедность, бездомность, насилие, наркозависимость, нехватка продовольствия, низкий уровень образования, нарушения психического здоровья, безработица и отсутствие доступа к социальной помощи, могут значительно затруднить усилия по противодействию ВИЧ-инфекции. Социальные детерминанты здоровья находятся вне прямого контроля сектора здравоохранения, но они играют важную роль в подверженности риску ВИЧ-инфицирования и в улучшении возможностей людей, живущих с ВИЧ, обращаться за лечением и помощью. Все вышеуказанные факторы также влияют на подверженность и уязвимость людей к другим инфекционным заболеваниям, таким как туберкулез и вирусный гепатит, что подчеркивает преимущество комплексного подхода к профилактике и лечению коинфекций (сочетанных инфекций).

Число случаев коинфекции ТБ/ВИЧ, возникающих в Европейском регионе ВОЗ, увеличилось с 13 000 до 34 000 в период с 2007 по 2016 год (увеличение на 260%) (10). В Восточной и Центральной частях Региона приблизительно 40% людей, живущих с ВИЧ, коинфицированы вирусом гепатита С (ВГС), в то время как в Западной и Центральной Европе этот показатель составляет приблизительно 10,5% (11). По этой причине вышеуказанные эпидемии нельзя ликвидировать силами одного только сектора здравоохранения. Следовательно, целенаправленная межсекторальная деятельность с целью воздействия на социальные, экономические и экологические детерминанты здоровья необходима для того, чтобы: (i) усилить меры, направленные на борьбу с ВИЧ-инфекцией и ликвидацию СПИДа к 2030 г.; и (ii) добиться того, чтобы основное внимание в усилиях по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции и оказанию помощи ЛЖВ уделялось реальным нуждам и интересам людей в соответствии с призывом «Никого не оставлять без

внимания» и Повесткой дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. С этой целью в рамках региональной коалиции ООН по проблемам здоровья и благополучия для всех в любом возрасте, основанной на ЦУР, Региональное бюро провело многосторонние консультации с 14 региональными партнерами ООН для формирования общего консенсуса по межсекторальному сотрудничеству с целью ликвидации эпидемий ВИЧ-инфекции, туберкулеза и вирусного гепатита. В результате этих консультаций был подготовлен документ «Общая позиция ООН в отношении ликвидации ВИЧ-инфекции, туберкулеза и вирусного гепатита в Европе и Центральной Азии посредством межсекторального сотрудничества», который был одобрен на региональном совещании системы ООН 9 мая 2018 г. и который призывает все учреждения в рамках региональной системы ООН принять меры для воздействия на детерминанты вышеуказанных эпидемий, с усилением сотрудничества как внутри секторов, так и между ними. Документ об общей позиции направлен на ускорение оказания научно-технической помощи с учетом конкретных условий в государствах-членах, принимая все меры к тому, чтобы группы населения, подверженные наибольшему риску не остались без внимания и чтобы предотвратить негативное влияние этих эпидемий на жизненную устойчивость отдельных лиц и общин. Включив принципы многосекторального сотрудничества во все пять стратегических направлений деятельности, план действий сектора здравоохранения по борьбе с ВИЧ-инфекцией в Европейском регионе ВОЗ основывается на ЦУР, являющихся неделимым и взаимосвязанным целым, и на многосекторальной стратегии ЮНЭЙДС на 2016-2021 гг. «Ускорение мер для прекращения эпидемии СПИДа». В них признается, что для прекращения вышеуказанных эпидемий мы должны добиваться прогресса по всему спектру мер, направленных на соблюдение прав человека (гражданских, культурных, экономических, политических, социальных, сексуальных и репродуктивных) для всех групп населения.

Критерии отбора примеров передовой практики в сфере противодействия ВИЧ-инфекции в Европейском регионе ВОЗ

Представленные примеры являются плодом совместной работы авторов, перечисленных для

каждого примера лучшей практики.⁵ Этот сборник не призван осветить все примеры лучшей практики в каждом государстве-члене. В него вошли только те практики, которые по оценке отборочного комитета, состоящего из представителей ключевых партнеров, отвечают заданным критериям качества и воспроизводимости (Таблица 2).

Передовые практики противодействия ВИЧ-инфекции в Европейском регионе ВОЗ могут включать в себя комплексные стратегии профилактики для людей, подверженных риску заражения ВИЧ, нацеленные прежде всего на ключевые группы

⁵ Примеры были получены от региональных партнеров и исследовательских организаций; национальных государственных структур (например, министерств здравоохранения и министерств юстиции); национальных программ по ВИЧ-инфекции (институтов общественного здравоохранения, центров по ВИЧ/СПИДу); партнеров-исполнителей; НПО; и организаций гражданского общества.

населения и включающие следующие направления деятельности: снижение вреда, например, с помощью опиоидной заместительной терапии (ОЗТ); распространение игл и шприцев (ПИШ); проведение комплексных программ распространения презервативов и лубрикантов; предоставление диверсифицированных услуг тестирования на ВИЧ, включая тестирование по инициативе поставщиков услуг, самотестирование и уведомление партнеров при поддержке квалифицированного персонала; доконтактная профилактика (ДКП); профилактика и лечение коинфекций; подход «лечить всех»⁶; и другие научно-обоснованные меры. Снижение стигмы и дискриминации, а также отмена законов

⁶ Подход «Лечить всех» означает, что АРТ следует назначать всем ВИЧ-инфицированным детям, подросткам, беременным и кормящим женщинам, а также взрослым, живущим с ВИЧ, независимо от клинической стадии по классификации ВОЗ и уровня CD4-клеток. ВОЗ включила подход «Лечить всех» в свое сводное руководство (5).

Таблица 2. Критерии отбора примеров передовой практики в области профилактики и контроля ВИЧ-инфекции

Критерий	Описание
Актуальность ^a	Передовые практики должны способствовать выполнению одного из целевых показателей стратегических направлений Плана действий сектора здравоохранения по борьбе с ВИЧ-инфекцией в Европейском регионе ВОЗ, краткое описание которых приведено выше.
Устойчивость ^a	Предлагаемая практика должна быть осуществимой или иметь потенциал к ее поддержанию в течение длительного периода времени
Эффективность ^a	Предлагаемая практика должна действовать и обеспечивать достижение желаемых измеримых результатов с разумными затратами ресурсов и времени
Этическое соответствие ^a	В предлагаемой практике должны соблюдаться установленные этические правила взаимодействия с людьми
Справедливость/гендерная идентичность	Предлагаемая практика должна способствовать удовлетворению потребностей уязвимых групп населения на справедливой основе независимо от их гендерной идентичности
Результативность	Предлагаемая практика должна действовать и обеспечивать достижение желаемых измеримых результатов
Возможность расширения (масштабирования) практики	С помощью предлагаемой практики может быть охвачено большее количество населения
Партнерство	Предлагаемая практика должна осуществляться в плодотворном сотрудничестве нескольких заинтересованных сторон
Участие населения	Еще одной важной составляющей предлагаемой практики должно быть участие затронутых общин и групп населения
Политическая приверженность	Предлагаемая практика должна иметь поддержку со стороны соответствующих национальных или местных органов власти

^a Это требование является обязательным.

и мер политики, которые ведут к сокращению доступности и востребованности важнейших услуг по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения, будут способствовать дальнейшему прогрессу в противодействии ВИЧ-инфекции. Национальным органам здравоохранения, национальным программам по ВИЧ-инфекции, министерствам здравоохранения

и юстиции, любым другим соответствующим государственным организациям, партнерским организациям и НПО, принимающим участие в борьбе с эпидемией ВИЧ-инфекции в Регионе, было предложено предоставить примеры лучшей практики с помощью специальной формы предоставления примеров (на английском и русском языках).

Знать свою эпидемию



СТРАТЕГИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ 1.

Информация для целенаправленных действий

Сеть COBATEST

Фамилии и служебная принадлежность всех соавторов: Fernández-López, Laura^{1,2} | Conway, Anna¹ | Reyes-Urueña, Juliana¹ | Klavs, Irena³ | Kustec, Tanja³ | Serdt, Mojca³ | Casabona, Jordi^{1,2} | COBATEST Network Group

¹ Агентство общественного здравоохранения Каталонии (Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT)), Барселона; ²Консорциум для биомедицинских исследований в области эпидемиологии и общественного здравоохранения (CIBERESP), Мадрид;

³Национальный институт общественного здравоохранения, Любляна, Словения

Общие сведения

В 2016 г. в государствах-членах Европейского региона ВОЗ, входящих в состав ЕС/ЕЭЗ, было диагностировано 29 444 новых случая ВИЧ-инфекции и заболеваемость ВИЧ-инфекцией, таким образом, составила 5,9 случая на 100 000 населения (1). Для измерения эффективности континуума (каскада) помощи ВИЧ-инфицированным в Европе рекомендуется измерять следующие четыре показателя, характеризующие степень достижения установленных ЮНЭЙДС целей 90-90-90: (i) оценочное число людей, живущих с ВИЧ, (ii) число/процент ЛЖВ с диагностированной ВИЧ-инфекцией; (iii) число/процент ЛЖВ, получающих АРТ; и (iv) число/процент ЛЖВ с неопределяемой вирусной нагрузкой. Для достижения целей 90-90-90 крайне важен первый этап (т.е. к 2020 г. 90% всех людей, живущих с ВИЧ, должны знать свой ВИЧ-статус). Тем не менее, во многих странах ЕС/ЕЭЗ показатели тестирования на ВИЧ среди ключевых групп населения не достигают 50%. Необходимы новые стратегии для расширения целевых услуг по тестированию на ВИЧ, в которых особое внимание следует уделить оказанию помощи наиболее затронутым группам населения с учетом особенностей местных и национальных эпидемий. Услуги добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ (ДКТ) на уровне местных сообществ были признаны в качестве хорошей модели расширения доступа к тестированию на ВИЧ, особенно для ключевых групп населения.

Описание передовой практики

COBATEST – это сеть партнеров, предоставляющих услуги ДКТ на уровне местных сообществ в контексте проекта HIV-COBATEST (практика тестирования

на уровне местных сообществ в Европе) (12). Эта сеть была создана в 2009 г. путем расширения каталонской сети DEVO с целью обмена аналогичными процедурами для мониторинга деятельности служб ДКТ на уровне местных сообществ по всей Европе с целью улучшения таких видов помощи для труднодоступных групп населения, как тестирование на ВИЧ, ранняя диагностика и лечение ВИЧ-инфекции. Службы ДКТ на уровне местных сообществ, участвующие в сети COBATEST, были неоднородными как по своему масштабу и техническому потенциалу, так и по характеристикам ключевых групп населения, которым они оказывают помощь. Некоторые из них были нацелены на МСМ, людей, употребляющих инъекционные наркотики, или РКС, в то время как другие оказывали лечебно-профилактическую помощь населению в целом или членам различных ключевых групп населения.

Был утвержден стандартизированный протокол мониторинга услуг тестирования на ВИЧ в рамках сети, включая стандартные методы и процедуры сбора данных, чтобы унифицировать практику мониторинга и оценки услуг тестирования на ВИЧ на уровне местных сообществ (Руководство по сбору данных для мониторинга и оценки ДКТ на уровне местных сообществ в рамках сети COBATEST) (13). Для мониторинга и оценки услуг по ДКТ на уровне местных сообществ используются Основные показатели мониторинга добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ на уровне местных сообществ (CBVCT), разработанные сетью COBATEST и соответствующие рекомендациям ECDC, ЮНЭЙДС и ВОЗ (14). Члены сети служб ДКТ на уровне местных сообществ пользуются единой методикой сбора данных и базой данных,

позволяющей проводить сравнительный анализ обобщенных данных. В качестве альтернативы участвующие службы ДКТ на уровне местных сообществ, которые не могут использовать единую методику сбора данных, могут собирать данные с помощью собственной системы ввода данных, а затем предоставлять либо минимальный набор данных, либо агрегированные основные показатели COBATEST.

Доказательства воздействия/ эффективности

Географический охват

В настоящее время сеть включает 48 служб ДКТ на уровне местных сообществ из 21 страны (Австрия, Болгария, бывшая Югославская Республика Македония, Венгрия, Германия, Дания, Испания, Италия, Кипр, Латвия, Литва, Польша, Португалия, Республика Молдова, Сербия, Словения, Украина, Франция, Хорватия, Чешская Республика, Швейцария). Предпринимаются усилия по охвату других стран Восточной Европы и Российской Федерации.

Анализ данных тестирования на ВИЧ

Согласно данным, предоставленным в различных форматах, общее число людей, прошедших скрининговое тестирование на ВИЧ в 38 службах/сетях ДКТ на уровне местных сообществ в 2016 г., составило 72 916 человек. Процентное распределение обследованных лиц было следующим: МСМ (44,7%, включая РКС мужского пола), гетеросексуальные мужчины (23,8%) и гетеросексуальные женщины (22,3%). Из общего числа обследованных лиц около 35% впервые прошли тестирование. Лица, которые ранее уже проходили тестирование на ВИЧ, имели более высокий процент положительных тестов (2,0%) по сравнению с лицами, которые проходили такое тестирование впервые (1,1%).

В 2016 году процент клиентов с положительным результатом скринингового тестирования на ВИЧ в различных службах/сетях ДКТ на уровне местных сообществ варьировался от 0% до 8,4% (среднее 1,8%; медиана 1,3%). Процент положительных тестов был особенно высок среди трансгендерных людей, составив 8,4% (этот показатель снизился с 9,6% в 2014 г. до 6,8% в 2016 году). Среди лиц, родившихся за рубежом, наблюдался более высокий процент положительных тестов (2,3%) по сравнению с местными жителями (1,4%). Что касается групп населения, классифицированных по пути передачи ВИЧ, то наибольший процент

положительных тестов наблюдается среди секс-работников мужского пола (общий показатель – 6,4%, с тенденцией к снижению с 7,8% в 2014 г. до 5,7% в 2016 г.), далее следуют люди, употребляющие инъекционные наркотики (общий показатель – 3,3%, с тенденцией к повышению с 0,7% в 2014 г. до 9,1% в 2016 г.) и МСМ (общий показатель – 2,8%, с тенденцией к повышению с 2,6% до 2,9% в течение 2014-2016 гг.).

Стандартизированная система сбора и ввода данных, применяемая в проекте COBATEST, позволила провести более подробный анализ данных, собранных различными службами ДКТ на уровне местных сообществ. В 2014 г. 20 центров ДКТ на уровне местных сообществ из сети COBATEST использовали единую методику сбора данных, а количество пунктов тестирования увеличилось до 25 в 2015 г. и до 29 в 2016 г. Общее количество тестов, проведенных в течение 2014-2016 гг., увеличилось примерно на четверть, и результаты тестов, проведенных в новых пунктах тестирования, включались в анализ по мере перехода этих пунктов на использование стандартной методики сбора данных. За этот период процент подтверждающих тестов увеличился с 63,0% до 90,0%, а процент положительных скрининговых тестов, сопровождавшихся взятием пациента на диспансерное наблюдение, увеличился с 43,0% до 79,9%.

Экспресс-тесты были использованы в 98,1% случаев (экспресс-тесты крови, 73,9%; экспресс-тесты по слюне, 24,2%). Большинство таких тестов выполнялось в пунктах ДКТ на уровне местных сообществ (88,3%). Тестирование на ВИЧ в рамках аутич-мероприятий составляет всего 11,7% от общего числа проведенных тестов, но с более высоким процентом охвата ключевых групп населения (20,1% – люди, употребляющие инъекционные наркотики, 13,3% – работницы коммерческого секса, 11,9% – МСМ и 7,5% – секс-работники мужского пола).

Крайне важно знать количество проведенных тестов и распространенность ВИЧ-инфекции среди тестируемых, чтобы оценить прогресс в достижении первой из целей 90-90-90 (к 2020 г. 90% всех людей, живущих с ВИЧ, должны знать свой ВИЧ-статус). В частности, эти показатели позволяют службам ДКТ на уровне местных сообществ оценивать эффективность используемой ими

методики. Результаты свидетельствуют о том, что услуги ДКТ на уровне местных сообществ вносят успешный вклад в выявление недиагностированных случаев ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения, особенно среди MSM и секс-работников мужского пола, трансгендерных лиц и людей, употребляющих инъекционные наркотики.

Проведенный анализ выявил высокий процент людей, впервые проходящих тестирование (35,4%), что свидетельствует о возросшем потенциале охвата услугами ДКТ на уровне местных сообществ людей, которые ранее не проходили тестирование на ВИЧ. Впервые тестируемыми лицами в основном являются молодые гетеросексуальные мужчины, родившиеся в стране проживания, но доля MSM (24,4%) и людей, рожденных за рубежом (29,6%), также является довольно значительной. Когда службе ДКТ на уровне местных сообществ удастся достичь людей, которые тестируются впервые, очень важно использовать эту возможность для того, чтобы побудить их регулярно проходить тестирование на ВИЧ.

Практическая польза от данных

Информация, собранная через службы ДКТ на уровне местных сообществ, свидетельствует о необходимости интеграции моделей предоставления услуг на уровне местных сообществ в программы стратегического инвестирования в борьбу с ВИЧ-инфекцией. Эти данные являются важным источником информации для обеспечения качественных услуг во всех звеньях каскада лечения ВИЧ-инфекции. Результаты мониторинга и оценки, полученные от сети COBATEST, подтверждают целесообразность сбора стандартизированных данных от служб ДКТ на уровне местных сообществ в различных странах Европы, а также демонстрируют полезность таких данных (15-17).

В Европе сеть COBATEST стимулировала процесс разработки показателей для мониторинга

тестирования на ВИЧ на уровне местных сообществ, которые включаются в различные документы и руководства ECDC (18).

Устойчивость

Сеть COBATEST и анализ собранных данных по мониторингу и оценочным показателям будут иметь важное значение для выбора того, какие показатели ДКТ на уровне местных сообществ должны быть включены в систему мониторинга процесса выполнения Дублинской декларации, которая измеряет прогресс в противодействии ВИЧ-инфекции в каждой стране, способствуя улучшению оценки деятельности в рамках каскада лечения ВИЧ-инфекции и повышению эффективности служб ДКТ на уровне местных сообществ во всех частях Европы.

Сеть COBATEST была создана в рамках Европейского проекта HIV-COBATEST при софинансировании со стороны Исполнительного агентства по здравоохранению и защите потребителей в рамках Программы ЕС по здравоохранению (Соглашение о Гранте № 2009-12-11). Эта сеть расширилась и продолжает функционировать в рамках проекта «Оперативные знания для улучшения ранней диагностики и лечения ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп в Европе» (Euro HIV EDAT) (19) при софинансировании со стороны Исполнительного агентства по защите потребителей, здравоохранению и безопасности пищевых продуктов, действуя в рамках полномочий, делегированных ей Европейской Комиссией (Соглашение о гранте № 2013-11-01). Сеть также получает грант от фармацевтической промышленности для расширения сети, создания специального веб-сайта и логотипа, улучшения системы ввода данных и организации стратегического совещания. В настоящее время эта сеть также включена в оперативный грант программы «Европа против СПИДа», что позволяет ей получать дополнительные финансовые средства.

ГЕРМАНИЯ. От таблеток к пациентам: оценка источников данных для определения количества людей, живущих с ВИЧ, которые получают АРТ

Фамилии и служебная принадлежность всех соавторов: Schmidt, Daniel¹ | Kollan, Christian¹ | Stoll, Matthias² | Stellbrink, Hans-Jürgen³ | Plettenberg, Andreas⁴ | Fätkenheuer, Gerd⁵ | Bergmann, Frank⁶ | Bogner, Johannes R⁷ | van Lunzen, Jan⁸ | Rockstroh, Jürgen⁹ | Esser, Stefan¹⁰ | Jensen, Björn-Erik¹¹ | Horst, Heinz- August¹² | Fritzsche, Carlos¹³ | Kühne, Andrea¹ | an der Heiden, Matthias¹ | Hamouda, Osamah¹ | Bartmeyer, Barbara¹ | ClinSurv Study Group

¹Институт им. Роберта Коха, Берлин; ²Ганноверский медицинский университет; ³Исследовательский центр ICH в Гамбурге; ⁴Инициатива iFi Hamburg; ⁵Кельнский университет; ⁶Charité University Medicine Berlin; ⁷Университетская клиника Мюнхена; ⁸Университетская клиника Гамбург-Эппендорф; ⁹Боннский университет; ¹⁰Эссенский университет; ¹¹Дюссельдорфский университет; ¹²Кильский университет; ¹³Университетская клиника Росток

Общие сведения

В этом примере передовой практики дается описание исследования, направленного на определение числа жителей Германии, живущих с ВИЧ и получающих АРТ в период с 2006 по 2013 год. В исследовании были использованы данные об отпуске рецептурных АРВ-препаратов, сообщаемые биллинговыми (расчетными) центрами, обслуживающими аптеки, наряду с данными о лечении, собранными в ходе долгосрочного обсервационного многоцентрового когортного исследования ВИЧ-инфицированных пациентов (когорты ClinSurv HIV). Сведения об отпуске АРВ-препаратов сообщаются биллинговыми центрами, обслуживающими аптеки, с охватом около 99% общенациональных аптечных продаж всем жителям Германии, охваченным обязательным медицинским страхованием (~85%) (20). Все комбинированные АРВ-препараты с фиксированными дозами содержат тиацитидин-содержащий ингредиент (ТСИ), входящий в состав эмтрицитабина или ламивудина. Эмтрицитабин одобрен только для лечения ВИЧ-инфекции, а ламивудин был одобрен для лечения ВИЧ-инфекции в дозе 300 мг один раз в сутки или в дозе 150 мг два раза в сутки.⁷ Таким образом, каждая суточная доза ТСИ в отпущенных рецептурных АРВ-препаратах означает одного человека, получающего АРТ в эти сутки. Информация об АРТ задокументирована в среднем для 86% пациентов когорты ClinSurv HIV, при этом история приема препаратов в этой когорте также хорошо документирована. Исследуемая популяция (т.е. когорты ClinSurv HIV) включает более 20% всех ЛЖВ, получавших лечение в Германии (21). В этом исследовании когорты ClinSurv HIV использовалась только для определения соответствующего процента препаратов, не содержащих ТСИ (7%), и случаев прерывания лечения (2%). Процент дней АРТ без ТСИ в когорте ClinSurv HIV

⁷ Ламивудин также одобрен для лечения гепатита В (хотя он уже не рекомендуется ВОЗ), но только с суточной дозой 100 мг для лиц, не инфицированных ВИЧ.

использовался для определения соответствующего числа лиц в базе данных об отпуске рецептурных АРВ-препаратов.

Описание передовой практики

Этот метод эпиднадзора представляет собой первый комплексный подход к оценке числа людей, живущих с ВИЧ, которые получают АРТ, используя различные существующие и доступные источники данных в Германии. При этом база данных об отпуске рецептурных АРВ-препаратов служила основным источником необходимой информации.

Шаги, используемые для расчета числа ЛЖВ, которые получают АРТ, заключаются в следующем.

1. Определите источник данных (например, общенациональных, региональных или местных данных об отпуске рецептурных препаратов или данных когортного исследования), содержащий информацию о назначенных или отпущенных препаратах против ВИЧ (или инфекции, вызванной другим возбудителем).
2. Определите репрезентативность исходных данных для определения процента людей, не охваченных исходными данными (это важно для последующей экстраполяции данных).
3. Классифицируйте каждую комбинацию лекарств в соответствии с тем, включает ли она маркерные вещества (т.е. вещества, которые обычно используются для лечения определенного заболевания) или препарат, который не следует применять одновременно с основным препаратом. Что касается АРТ, то маркерными веществами для ТСИ являются эмтрицитабин или ламивудин, утвержденный прием которых означает одного человека, проходящего лечение в сутки (или в соответствующий период).

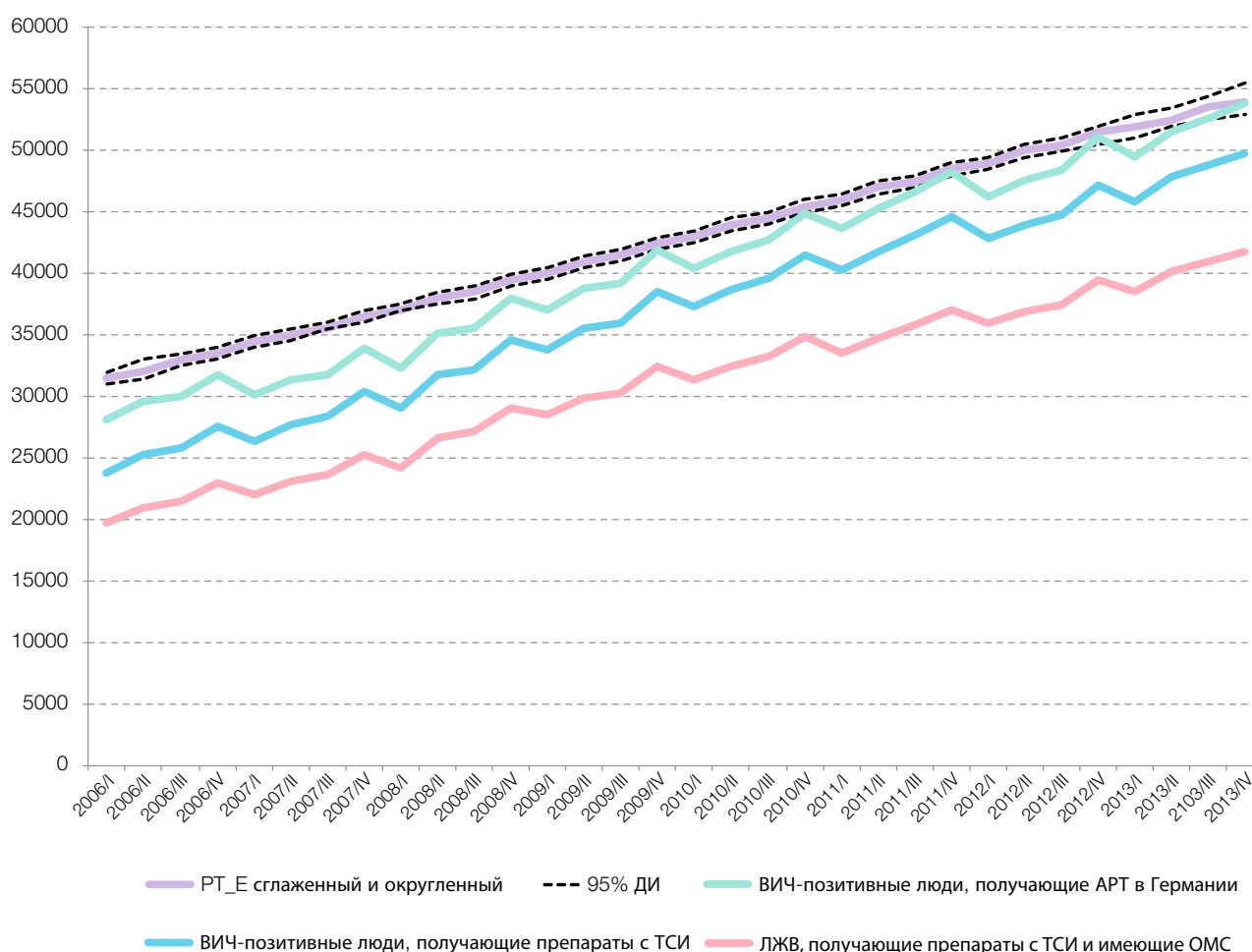
Определите количество (стандартных) единиц – как правило, таблеток, но это также могут быть инъекционные ручки или упаковки.

4. Определите статистическую условную суточную дозу (СУСД) для препаратов и используйте поправочный коэффициент для конкретного препарата или конкретной единицы, если это необходимо. Для двух тиацитидин-содержащих маркерных веществ, назначаемых в виде таблеток, СУСД для взрослых составляет 300 мг для ламивудина и 200 мг для эмтрицитабина. На европейском рынке в продаже имеется ламивудин с дозой в 150 мг, который принимается дважды в сутки и поэтому он содержит только половину СУСД. Следовательно, в этом случае нужно использовать поправочный коэффициент, равный 0,5. Если в других странах используются другие дозировки, то их необходимо преобразовать согласно СУСД.
5. Выберите наименьшую или наиболее полезную единицу времени для наблюдения в течение определенного периода. Наблюдение в течение длительного времени не означает динамическое отслеживание одной и той же популяции: новые пациенты начнут лечение, а другие пациенты выйдут из-под наблюдения из-за смерти или миграции (проблема нахождения общего знаменателя).
6. Рассчитайте СУСД для веществ, являющихся маркером ТСИ, (или соответствующих маркерных веществ) в определенный период времени (каждая СУСД ТСИ соответствует одному человеку в сутки, получающему АРТ). Это позволяет определить число ЛЖВ, получающих ТСИ (Рис. 3, красная линия).
7. Доля лиц, не охваченных источником данных, должна быть добавлена к итоговому значению и экстраполирована, чтобы определить количество ЛЖВ; получающих лечение с ТСИ в рамках всей страны (Рис. 3, синяя линия). Поскольку большинство схем АРТ (~95%) и все комбинированные АРВ-препараты с фиксированными дозами активных веществ содержат ТСИ, мониторинг использования таких препаратов позволит получить точную оценку числа

ЛЖВ, получающих АРТ, в масштабах страны. Это справедливо как для промышленно развитых, так и для развивающихся стран, где может быть меньшее количество разновидностей используемых АРВ-препаратов.

8. Если можно определить поправочный коэффициент для доли схем АРТ, не содержащих ТСИ, то эту долю следует добавить к измеренному и экстраполированному значениям для расчета количества ЛЖВ, получающих схемы АРТ (как содержащие, так и не содержащие ТСИ) в данной стране (Рис. 3, зеленая линия). На этом этапе можно использовать данные когортных исследований или аналогичных источников.
9. Если процент лиц, прерывающих лечение, может быть определен (например, на основе когортных данных), то это значение должно быть добавлено к измеренному и экстраполированному значениям, чтобы рассчитать число ЛЖВ, получающих АРТ в данной стране (Рис. 3, зеленая линия).
10. Вследствие наблюдаемых сезонных колебаний в наших данных линия тренда была сглажена отрицательной биномиальной регрессией с квадратичным временным трендом (Рис. 3, фиолетовая линия) (22). Считается, что в большинстве случаев в этом нет необходимости.

Этот метод эпиднадзора может также применяться к другим инфекциям, которые лечатся различными препаратами или различными видами комбинированной терапии. Важно определить маркерные вещества или схемы, на которых будут основываться расчеты количества СУСД в сутки для пациента, получающего лечение, или количества упаковок препарата, использованных в течение месяца/квартала. Из-за включения пациентов, получающих только кратковременную АРТ, такой подход может привести к завышению количества людей, получающих непрерывную АРТ. Это может иметь значение в тех случаях, когда терапия была прекращена в начале квартала или когда пациенты получали постконтактную профилактику (ПКП). Однако следует отметить, что ПКП способствовала бы потенциальной переоценке расчетных значений в общей сложности только на примерно 200-233 пациентов.

Рис. 3. Пошаговая методика расчета количества ЛЖВ, получающих АРТ

Доказательства воздействия/ эффективности

Методологический подход к расчету числа лиц, основанный главным образом на лекарственной терапии, содержащей ТСИ, представляет собой простой и адекватный метод эпиднадзора для мониторинга достижения второй из целей 90-90-90 применительно к оказанию услуг ВИЧ-инфицированным пациентам (Рис. 4; колонка 3, пациенты на АРТ).

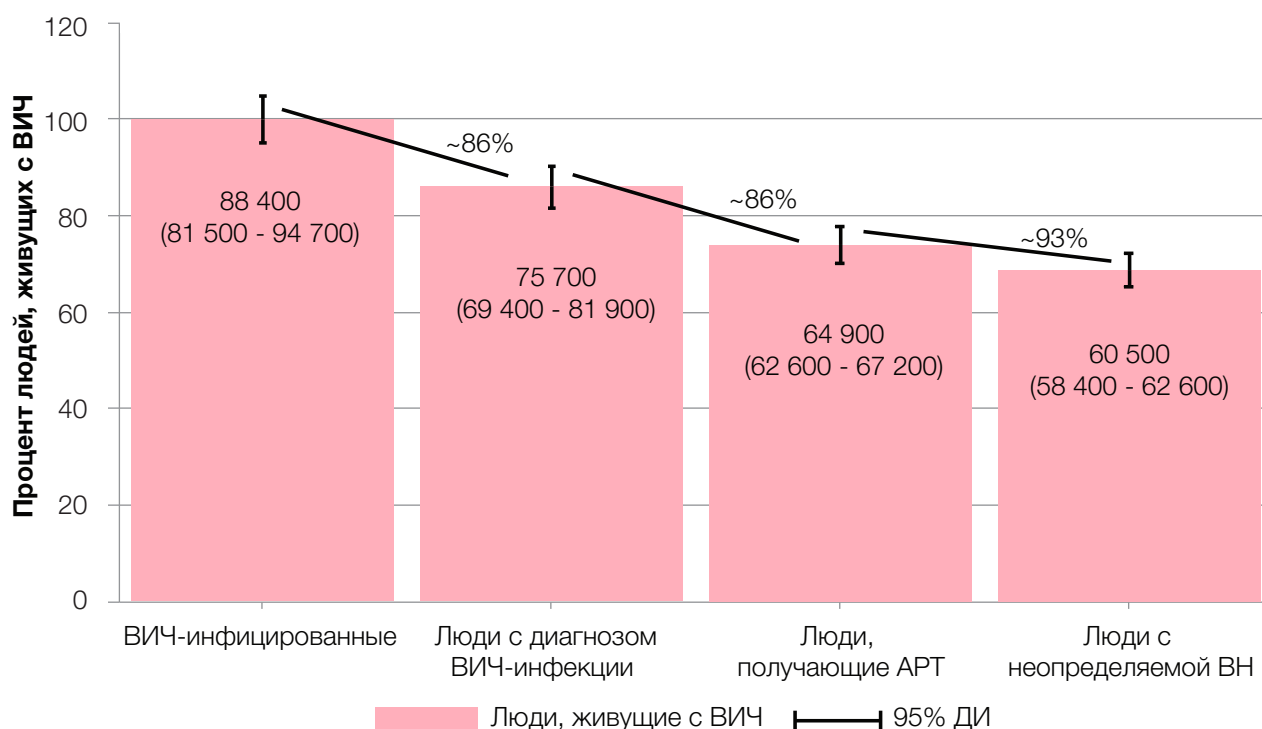
Анализ показывает, что в Германии число ЛЖВ, получающих АРТ, со временем увеличивалось в среднем примерно на 2900 человек в год. Большинство схем постоянной антиретровирусной терапии (93%) в когорте включали ТСИ, входящие в состав комбинированных АРВ-препаратов с фиксированными дозами. На основе этих результатов был сделан вывод о возможности расчета числа людей, которые будут получать АРТ в будущем, на основе данных об отпуске рецептурных препаратов, включающих

ТСИ, при условии, что в рекомендации по лечению не будет внесено никаких изменений в отношении использования ТСИ в схемах АРТ.

Этот метод эпиднадзора также может быть полезен для оценки числа ЛЖВ, получающих АРТ в других странах и обстоятельствах. В других странах с меньшим количеством доступных АРВ-препаратов процент схем АРТ, содержащих ТСИ, еще выше, и поэтому оценка будет более точной. Основным источником данных были данные об отпуске рецептурных АРВ-препаратов для пациентов, охваченных обязательным медицинским страхованием, доля которых составляет ~85% жителей Германии.

В других странах или учреждениях с иной структурой системы здравоохранения могут использоваться другие источники, например, национальные данные эпиднадзора; данные национальных регистров об отпуске рецептурных препаратов, если таковые имеются; данные специальных программ

Рис. 4. Оценочное число людей, получающих АРТ в рамках каскада лечения ВИЧ-инфекции, Германия



назначения рецептурных препаратов для лечения ВИЧ-инфекции; или данные систем частного медицинского страхования в странах с меньшей долей жителей, охваченных обязательным медицинским страхованием. Рассматриваемую методику можно адаптировать для проведения различных видов исследований или для оценки использования различных лекарственных препаратов. В частности, в Германии была недавно проведена успешная оценка этой методики для мониторинга лечения гепатита С и в настоящее время она уже используется на практике (23). Расширив диапазон использования этого подхода, авторы также успешно определили

уровни лечения для людей, получающих ОЗТ или лечение от гепатита С, ВИЧ-инфекции или туберкулеза в немецких тюрьмах (24).

Устойчивость

Деятельность Института Роберта Коха, включая разработку этого метода эпиднадзора, финансируется Федеральным министерством здравоохранения. Исследование повторяется ежегодно для оценки числа ЛЖВ, получающих АРТ, распространенности ВИЧ-инфекции и качества континуума лечения ВИЧ-инфекции в Германии.

ИРЛАНДИЯ. Оценка системы эпиднадзора, основанного на данных о случаях ВИЧ-инфекции, и изменение стандартного определения случая ВИЧ-инфекции для использования в национальной системе эпиднадзора

Фамилии и служебная принадлежность всех соавторов: O'Donnell, Kate¹ | Igoe, Derval¹ | Giese, Coralie^{2,3}

¹Центр здравоохранения и эпиднадзора (Health Protection Surveillance Centre) ²Министерство солидарности и здравоохранения, Франция; ³Европейская программа обучения по прикладной эпидемиологии (EPIET), Центр эпиднадзора в сфере общественного здравоохранения (Health Protection Surveillance Centre)

Общие сведения

С начала 1980-х до конца 2016 года в Ирландии было зарегистрировано 8341 случай ВИЧ-инфекции (25). С 2000 года уровень ВИЧ-инфицирования

варьировался от 7,0 на 100 000 населения до 10,7 на 100 000 населения, при этом в 2016 году в неделю диагностировалось около 10 новых случаев ВИЧ-инфекции. Система регистрации случаев

ВИЧ-инфекции была создана в Ирландии в середине 2002 года, что способствовало улучшению системы эпиднадзора. В 2011 году ВИЧ-инфекция была объявлена в Ирландии заболеванием, подлежащим уведомлению (обязательная отчетность), а в 2012 году она была включена в список заболеваний, регистрируемых в национальной компьютеризированной системе эпиднадзора за инфекционными заболеваниями. В 2013 году координатор по эпиднадзору за ВИЧ-инфекцией в Национальной вирусологической референс-лаборатории (Дублинский университетский колледж) обнаружил, что некоторые случаи ВИЧ-инфекции не были зарегистрированы из-за отсутствия подтверждающего тестирования двух образцов (как этого требует лабораторный протокол, согласованный на национальном уровне). Это были либо случаи с положительным результатом теста на ВИЧ и последующими тестами с неопределяемой вирусной нагрузкой, либо случаи с одним положительным результатом тестирования без подтверждающего теста. Хотя в период с 2009 по 2012 год число случаев в этих категориях было небольшим, в 2013 году их число значительно возросло и возникла необходимость в принятии соответствующих мер. Для сбора расширенной информации и ее включения в компьютеризированную систему эпиднадзора за инфекционными заболеваниями потребовалось значительное время, но это позволило впервые получить данные о продолжительности задержек регистрации новых диагностированных случаев ВИЧ-инфекции и предоставления данных усиленного эпиднадзора за ВИЧ.

Описание передовой практики

В целях определения эффективности национальной системы регистрации случаев ВИЧ-инфекции стипендиант программы EPIET (в области полевой эпидемиологии (26)), работающий в Центре HSPC, провел оценку системы эпиднадзора, работая в тесном контакте с командой HSPC по эпиднадзору за ВИЧ-инфекцией и ИППП и координатором по эпиднадзору при Национальной вирусологической референс-лаборатории. Цель оценки заключалась в анализе и описании системы эпиднадзора с уделением особого внимания таким ключевым характеристикам, как чувствительность и своевременность. До начала процесса оценки протокол исследования был рассмотрен и одобрен ключевыми заинтересованными сторонами, участвующими в эпиднадзоре за ВИЧ-инфекцией и включающими

национальную группу особых интересов в сфере ИППП/ВИЧ-инфекции и национальную группу оперативного эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией/ИППП, представляющую интересы специалистов в области общественного здравоохранения, эпиднадзора, лабораторной диагностики и терапии. При проведении оценки использовались следующие документы: руководство CDC по оценке систем эпиднадзора (27), руководство ECDC по мониторингу качества данных и оценке системы эпиднадзора (28), руководство ВОЗ по оценке национальной системы эпиднадзора, которое было подготовлено рабочей группой ЮНЭЙДС/ВОЗ по глобальному эпиднадзору за ВИЧ/СПИДом и ИППП (29).

Этапы оценки системы эпиднадзора

- Дайте описание национальной системы эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией, используя для этой цели: (i) обзор документов в HSPC (включая эпидемиологические отчеты, данные компьютеризированной системы эпиднадзора за инфекционными заболеваниями, данные из форм эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией, стандартные оперативные процедуры, руководства по эпиднадзору и другие стратегические документы) и (ii) полуструктурированные интервью с сотрудниками национальной вирусологической референс-лаборатории, отвечающими за эпиднадзор. (Для проведения таких интервью оценщик посетил Департамент общественного здравоохранения Восточного региона и встретился с сотрудниками, ответственными за эпиднадзор за ВИЧ-инфекцией).
- Проведите оценку чувствительности путем анализа новых случаев ВИЧ-инфекции, которые не были зарегистрированы в 2013 году Национальной вирусологической референс-лабораторией из-за несоответствия согласованным на национальном уровне лабораторным критериям отчетности.
- Измерьте медиану (и диапазон) значений продолжительности задержек передачи данных на этапах эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией и определите возможные методы сокращения или устранения таких задержек.

Выводы по итогам оценки

- Чувствительность системы (измеряемая путем сравнения данных Национальной



вирусологической референс-лаборатории с официально зарегистрированными данными) составила 82%. Недоучет новых диагностированных случаев ВИЧ-инфекции был обусловлен тем, что согласно национальным процедурам отчетности для такого уведомления требовались результаты исследования двух образцов. В общей сложности 71 случай ВИЧ-инфекции (18%), диагностированной в 2013 году Национальной референс-лабораторией, не был зарегистрирован в компьютеризированной системе эпиднадзора за инфекционными заболеваниями из-за того, что эти случаи не отвечали критериям регистрации. Здесь следует отметить, что в 2013 году в компьютеризированной системе эпиднадзора за инфекционными заболеваниями было зарегистрировано 334 новых случая ВИЧ-инфекции. В 23 (32%) из незарегистрированных случаев диагностированной ВИЧ-инфекции регистрация не была осуществлена из-за отсутствия результатов исследования второго образца. Никакой дополнительной информации о профиле этих пациентов не имеется, но предполагается, что причины такой ситуации могут быть следующими: задержки с отправкой второго образца, отсутствие доступа к медицинской помощи или выезд пациента за границу после постановки предварительного диагноза. Сорок восемь (68%) из незарегистрированных случаев имели один положительный образец и неопределяемую вирусную нагрузку. Большинство из этих пациентов приехали в Ирландию из другой страны, где они уже получали соответствующую помощь.

- На основе имеющихся данных можно сделать вывод, что общий эпиднадзор за ВИЧ-инфекцией в Ирландии позволяет осуществлять мониторинг тенденций и соответствует стандартам CDC и национальным стандартам своевременности регистрации случаев заболевания (28,30). Однако медицинские работники не ознакомлены с самыми последними стандартами. На регистрацию новых случаев ВИЧ-инфекции в компьютерной системе эпиднадзора за инфекционными заболеваниями в среднем уходит около 19 дней от момента получения первого положительного результата тестирования. Восемьдесят один процент расширенных форм эпидемиологической отчетности был заполнен в течение шести месяцев после подтверждения

диагноза. В связи с этим был сделан вывод о том, что надежный анализ тенденций может быть проведен не раньше, чем через шесть месяцев, и что интервал между тестированием первого и второго образца (медиана: 10 дней) может быть устранен при переходе системы на процедуру регистрации случая ВИЧ-инфекции сразу же после получения положительного результата подтверждающего тестирования одного образца.

- На момент проведения оценки формального описания целей эпиднадзора не имелось, а процедуры, используемые в рамках системы эпиднадзора на национальном уровне, не стандартизированы.

Действия после оценки

- В целях повышения чувствительности эпиднадзора было изменено национальное определение случая ВИЧ-инфекции (в 2015 г. в одном регионе и в 2016 г. во всех других регионах страны): в настоящее время уведомлению подлежат все новые диагнозы ВИЧ-инфекции, поставленные после подтверждающего тестирования одного образца.
- В целях повышения качества данных и с учетом задержек с получением большинства расширенных форм эпидемиологической отчетности были изменены сроки составления национальных эпидемиологических отчетов. В результате этих изменений ежегодные эпидемиологические отчеты теперь составляются через шесть месяцев после окончания каждого календарного года.
- Новые цели эпиднадзора были согласованы со всеми заинтересованными сторонами.

Доказательства воздействия/эффективности

Цель оценки состояла в том, чтобы повысить чувствительность и своевременность данных, собираемых ирландской системой эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией, путем изменения национального эпидемиологического определения случая ВИЧ-инфекции. Это привело к значительному увеличению (на 28%) количества уведомлений о ВИЧ-инфекции в 2015 году, а затем к меньшему увеличению этого показателя в 2016 году (на 5%; Рис. 5). Переход

от процедуры проведения тестирования двух образцов к процедуре тестирования одного образца также устранил задержки, связанные с ожиданием второго образца. Это изменение, осуществленное в сотрудничестве с Национальной вирусологической референс-лабораторией и другими партнерами по эпиднадзору, привело к сбору более точной и достоверной информации, необходимой для принятия соответствующих мер. По оценкам Национальной вирусологической референс-лаборатории, из 483 случаев ВИЧ-инфекции, зарегистрированных в 2015 году, не менее 50 (10%) были прямым следствием изменения определения случая ВИЧ-инфекции.

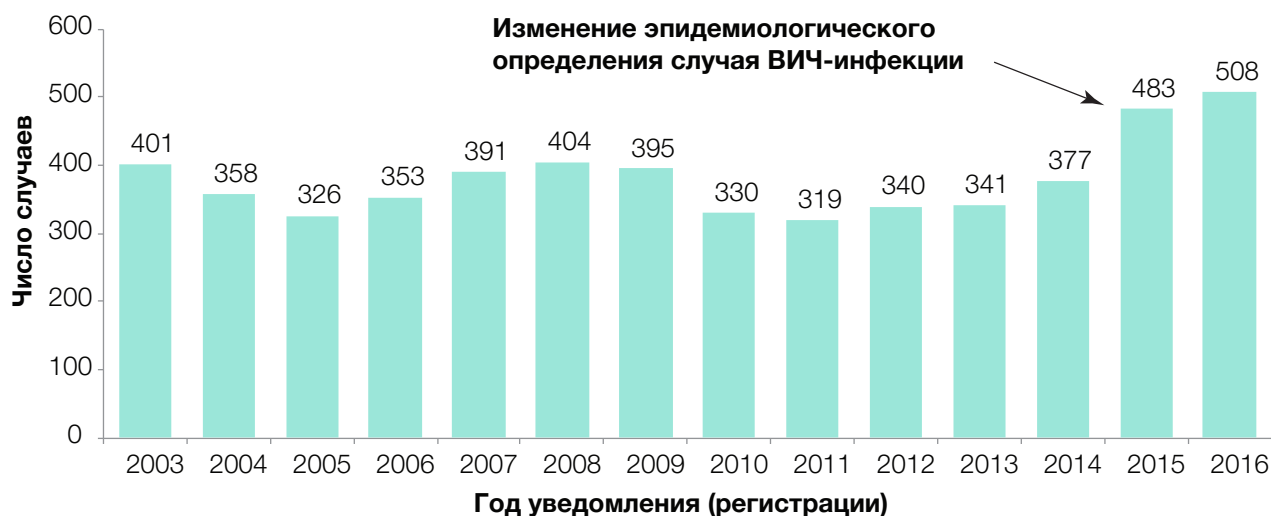
Проведенная оценка способствовала улучшению документации, используемой в национальной системе эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией, включая письменное описание целей эпиднадзора.⁸

⁸ Имеется полный отчет об оценке (31).

Устойчивость

Для дальнейшего использования измененного эпидемиологического определения никаких дополнительных ресурсов не требуется. Оценка была проведена Стипендиатом программы EPIET, а работа сотрудников HSPC и работа по подготовке отчета по оценке финансировалась из существующих ресурсов HSPC (Управление здравоохранения). Выводы и рекомендации, сделанные по результатам оценки также послужили стимулом для осуществления планов по созданию системы электронной отчетности о случаях ВИЧ-инфекции и ИППП, выявляемых в ЛПУ. Было обеспечено финансирование для создания модуля регистрации случаев ИППП/ВИЧ-инфекции в рамках компьютеризированной системы эпиднадзора за инфекционными заболеваниями. Этот модуль должен быть опробован позднее в 2018 году.

Рис. 5. Уведомления о случаях ВИЧ-инфекции, Ирландия, 2003-2016 годы



ПОЛЬША. Оценка уровня подавления вирусной нагрузки: национальное исследование

Фамилии и служебная принадлежность всех соавторов: Parczewski, Milosz¹ | Leszczyszyn-Pynka, Magdalena¹ | Witak-Jędra, Magdalena¹ | Siwak, Ewa² | Cielniak, Iwona² | Burkacka, Ewa² | Pulik, Piotr² | Horban, Andrzej^{2,10} | Witor, Adam³ | Muller, Karolina³ | Zasik, Ewelina³ | Grzeszczuk, Anna⁴ | Janczarek, Małgorzata⁴ | Jankowska, Maria⁵ | Lemańska, Małgorzata⁵ | Olczak, Anita⁶ | Grąbczewska, Edyta⁶ | Szymczak, Aleksandra⁷ | Miłkula, Tomasz⁷ | Gąsiorowski, Jacek⁷ | Szetela, Bartosz⁷ | Bociąga-Jasik, Monika⁸ | Skwara, Paweł⁸ | Jabłonowska, Elżbieta⁹ | Wójcik-Cichy, Kamila⁹ | Kamerys, Juliusz⁹ | Krankowska, Dagny¹⁰ | Koziet, Katarzyna¹¹ | Bielec, Dariusz¹² | Stempkowska, Justyna¹² | Kocbach, Aleksandra¹³ | Błudzin, Wiesława¹⁴

¹Померанский медицинский университет в Щецине; ²Инфекционная больница в Варшаве; ³Областная больница в Хожуве;

⁴Медицинский университет Белостока; ⁵Гданьский медицинский университет; ⁶Университет Николая Коперника – Ludwik Rydygier Collegium Medicum в Быдгоще; ⁷Вроцлавский медицинский университет; ⁸Медицинский колледж Ягеллонского университета;

⁹Медицинский университет в Лодзи; ¹⁰Варшавский медицинский университет; ¹¹Областная больница в Зелена-горе; ¹²Люблинский медицинский университет; ¹³Варминско-Мазурский университет в Ольштыне; ¹⁴Областная больница в городе Ополе

Общие сведения

В Польше приблизительно 0,1% населения инфицированы ВИЧ, а количество диагностированных случаев ВИЧ-инфекции по состоянию на январь 2017 года превысило 21 000. За последнее десятилетие в стране изменилась структура распределения новых случаев ВИЧ-инфекции по путям передачи вируса. В настоящее время основным путем передачи ВИЧ является не употребление инъекционных наркотиков, а сексуальные контакты между мужчинами, что также связано с высокой заболеваемостью вирусным гепатитом С (ВГС). Немедленное назначение АРТ всем людям, живущим с ВИЧ, независимо от уровня CD4-клеток, считается наиболее эффективным способом сохранения иммунитета, что также способствует снижению риска заболеваемости и смертности от СПИДа, риска дальнейшей передачи ВИЧ и риска развития лекарственной устойчивости ВИЧ. Назначение АРТ всем ЛЖВ независимо от уровня клеток CD4 рекомендуется во всех основных руководствах по лечению ВИЧ-инфекции во всем мире, в том числе в руководстве Польского научного общества по СПИДу (32). С 1996 года ВИЧ-инфицированные лица имеют неограниченный бесплатный доступ ко всем АРВ-препаратам и их комбинациям, зарегистрированным в ЕС, а также к таким услугам, как генотипическое тестирование ВИЧ на лекарственную устойчивость, определение вирусной нагрузки и определение уровня CD4-клеток. Все АРВ-препараты и комбинированные схемы АРТ в виде одной таблетки, утвержденные в ЕС, закупаются централизованно по заказам 16 местных центров профилактики и лечения ВИЧ-инфекции (и одного медицинского учреждения, которое распределяет АРВ-препараты среди заключенных).

Описание передовой практики

Для оценки национального среднего уровня подавления вирусной нагрузки в Польше методом случайного отбора было проведено исследование, охватившее 50% всех пациентов в лечебных центрах страны. Целью исследования было определение национального среднего уровня подавления вирусной нагрузки, то есть устойчивого снижения уровня РНК ВИЧ до менее 50 копий/мл или до менее 200 копий/мл.

От 14 из 17 центров профилактики и лечения ВИЧ-инфекции были получены кросс-секционные данные об эффективности АРТ у 5152 пациентов (56,92% от общего числа ЛЖВ, получающих АРТ). Данные были репрезентативными на национальном уровне: два небольших центра профилактики и лечения ВИЧ-инфекции в исследовании не участвовали, но в наиболее крупных таких центрах было произвольно отобрано приблизительно 50% пациентов. Критерии включения в исследование: приверженность лечению в течение не менее шести месяцев и проведение в 2016 году по крайней мере одного теста на вирусную нагрузку на фоне АРТ. Критерии исключения были следующими: отсутствие визита в ВИЧ-центр в течение полугода или больше; нарушение режима АРТ; отсутствие исследования уровня РНК ВИЧ в 2016 году. По оценкам, из исследования было исключено около 15-20% случаев ВИЧ-инфекции (1200 человек). Причинами выбытия пациентов из-под наблюдения были следующие: утрата медицинского страхования,⁹ миграция, желание пациента прекратить

⁹ С 2018 года в Польше требуется, чтобы все лица, получающие АРТ, были охвачены медицинским страхованием (стоимость которого составляет приблизительно 80 евро в месяц) (33).

лечение (<5% случаев). Пятнадцать пациентов с ВИЧ-инфекцией в результате вертикальной передачи и четыре пациента с гемофилией были исключены из окончательного анализа из-за небольшого размера выборки. Данные были дезагрегированы по таким критериям, как возраст на момент постановки диагноза ВИЧ-инфекции, пол, дата постановки диагноза, путь передачи вируса, наличие сочетанной инфекции ВГС/ВИЧ согласно результатам серологических тестов на ВГС (положительный/отрицательный), наличие СПИДа в анамнезе (по медицинской документации), исходная вирусная нагрузка (на момент взятия на диспансерное наблюдение), а также исходный, самый низкий и последний уровень CD4-клеток. Датой постановки диагноза считалась дата зарегистрированного положительного теста на ВИЧ, который был подтвержден Вестерн-блоттингом, иммуноблоттингом или тестом на РНК ВИЧ. Поскольку информация о времени сероконверсии часто была недоступна, данные об острой ВИЧ-инфекции не собирались. Данные о последнем определении количества клеток CD4 были взяты из медицинской карты, а данные о пути инфицирования ВИЧ были получены от пациентов. Данные об АРТ включали сведения о классах препаратов, используемых для текущего (или последнего) лечения, и комбинациях препаратов. Данные о предшествующей АРВ-терапии не собирались. Основными факторами, затрудняющими оценку подавления вирусной нагрузки на национальном уровне, были следующие: сложности, связанные с вовлечением ЛЖВ, утративших медицинскую страховку; решение пациентов прекратить лечение; недостаточная мотивация пациентов в отношении регулярного медицинского наблюдения и мониторинга вирусной нагрузки. Кроме того, из-за отсутствия разрешения администрации службы исполнения наказаний исследователи не смогли получить данные о ВИЧ-инфицированных заключенных. Отсутствие собранных данных о количестве ЛЖВ, эмигрирующих из Польши, также сказалось

на способности делать выводы относительно показателей подавления вирусной нагрузки для этой категории мигрантов.

Доказательства воздействия/эффективности

Подавление вирусной нагрузки до порогового уровня <50 копий/мл наблюдалось у 4672 (90,68%) и до порогового уровня <200 копий/мл у 4934 (95,77%) ЛЖВ. Что касается порогового значения вирусной нагрузки, равного 200 копий/мл, то более высокие показатели вирусной супрессии отмечались только у пациентов с исходным уровнем CD4 менее 200 клеток/мкл. В этом исследовании среди людей с высокой приверженностью АРТ, процент пациентов с подавленной вирусной нагрузкой (90,68%) соответствует одной из целей 90-90-90, а именно подавление вирусной нагрузки у 90% пациентов в национальной репрезентативной выборке. Уровень подавления вирусной нагрузки зависит от исходных характеристик пациентов, которые следует тщательно учитывать при выборе конкретных схем АРТ.

Устойчивость

Это исследование финансировалось Правительством Польши. Однако некоторые пациенты утрачивают медицинскую страховку и поэтому теряют право на бесплатные услуги по мониторингу АРТ и РНК ВИЧ. Отсутствие такого мониторинга следует считать одним из основных препятствий для достижения в Польше установленных ЮНЭЙДС целевых показателей 90-90-90. Государствам-членам, решившим провести аналогичное репрезентативное исследование на национальном уровне, будет целесообразно учесть ограничения, характерные для польского исследования, в процессе разработки адаптированного протокола исследования с целью максимального охвата заключенных, мигрантов и любых других ключевых групп, подвергающихся наибольшему риску ВИЧ-инфицирования.

СОЕДИНЕННОЕ КОРОЛЕВСТВО. Национальный опрос, посвященный качеству жизни и опыту пациентов и используемый для мониторинга ВИЧ-инфекции после подавления вирусной нагрузки

Фамилии и служебная принадлежность всех соавторов: Kall, Meaghan¹ | Auzenbergs, Megan² | Brown, Alison¹ | Kelly, Carole¹ | Delpech, Valerie¹

¹Служба общественного здравоохранения Англии; ²Watipa

Общие сведения

В Соединенном Королевстве насчитывается около 100 000 ВИЧ-инфицированных, в основном мужчин, зараженных ВИЧ в результате половых контактов с мужчинами, а также мужчин и женщин из стран Африки к югу от Сахары (46% и 24% всех лиц, живущих с ВИЧ, соответственно). Уход и лечение при ВИЧ-инфекции предоставляются всем лицам бесплатно через национальную службу здравоохранения. В 2016 году 93% людей с диагнозом ВИЧ-инфекции получали АРТ и имели неопределяемую вирусную нагрузку. Достижения в сфере лечения ВИЧ-инфекции позволили снизить смертность от ВИЧ-инфекции, вследствие чего в Соединенном Королевстве наблюдается старение когорты ЛЖВ (каждый третий ВИЧ-инфицированный – это человек старше 50 лет).

Описание передовой практики

Служба общественного здравоохранения Англии, ответственная за эпиднадзор за ВИЧ-инфекцией, разработала и внедрила новый инструмент самоотчетности для регулярного мониторинга качества жизни и опыта людей, живущих с ВИЧ, получивший название опрос «Позитивные голоса» (Positive Voices survey). На первом этапе работы в этом направлении репрезентативной выборке людей, получающих связанные с ВИЧ услуги, было предложено принять участие в опросе, чтобы выяснить, можно ли на основании результатов опроса делать обобщающие выводы и сопоставимы ли они с данными, которые относятся к населению в целом. Пилотный этап опроса был проведен в 2014 году с использованием гранта Национального института исследований в области здравоохранения. Для руководства проектом была создана консультативная группа, состоящая из клиницистов, социологов, членов соответствующих органов, экспертов по проведению опросов и людей, живущих с ВИЧ. На начальных стадиях исследования, качественные методы (например, фокус-группы, групповые собеседования и структурированные наблюдения) были использованы с ЛЖВ и медицинским персоналом, чтобы оценить приемлемость и

целесообразность различных моделей проведения опроса, таких как использование стимулов (торговый ваучер) и различных форматов проведения опроса (бумажных и электронных), продолжительность опроса и методы включения в выборку (личная беседа, текстовые сообщения и электронная почта). Для формирования репрезентативной выборки в опросе использовалась существующая национальная когорта, используемая для эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией (из системы отчетности о случаях ВИЧ-инфекции и СПИДа), которая послужила основой для случайного отбора пациентов, которым затем было предложено принять участие в опросе. Конфиденциальность и анонимность пациентов имели для исследователей первостепенное значение и такой подход обеспечивал сбор опросных данных без использования каких-либо дополнительных идентификационных данных. Предварительно отобранным пациентам был присвоен уникальный шестибуквенный идентификатор двойного назначения: он используется (i) в качестве пароля для участия в онлайн-опросе, что позволяет предотвратить дублирование или фальсификацию ответов; и (ii) в качестве средства увязки данных опроса с клиническими и демографическими данными в системе отчетности о случаях ВИЧ-инфекции и СПИДа. Такая увязка дает уникальную возможность оценить влияние на клинические исходы таких факторов, как опыт и потребности пациентов. Анкета была заполнена с утвержденными вопросами, основанными на методике оценки качества жизни (EQ-5D-5L) и шкале оценки депрессии и тревожности (Общий опросник о состоянии здоровья (GHQ-12)), содержащих общие показатели оценки опыта пациентов, с целью сравнения с общей популяцией. Предварительное испытание было проведено, используя когнитивные интервью с ЛЖВ. Этическое одобрение на проведение опроса было получено.

Оценка пилотного проекта, проведенного в 2014 г. (с участием 777 участников из 30 ЛПУ) с самостоятельно заполняемым электронным опросником в

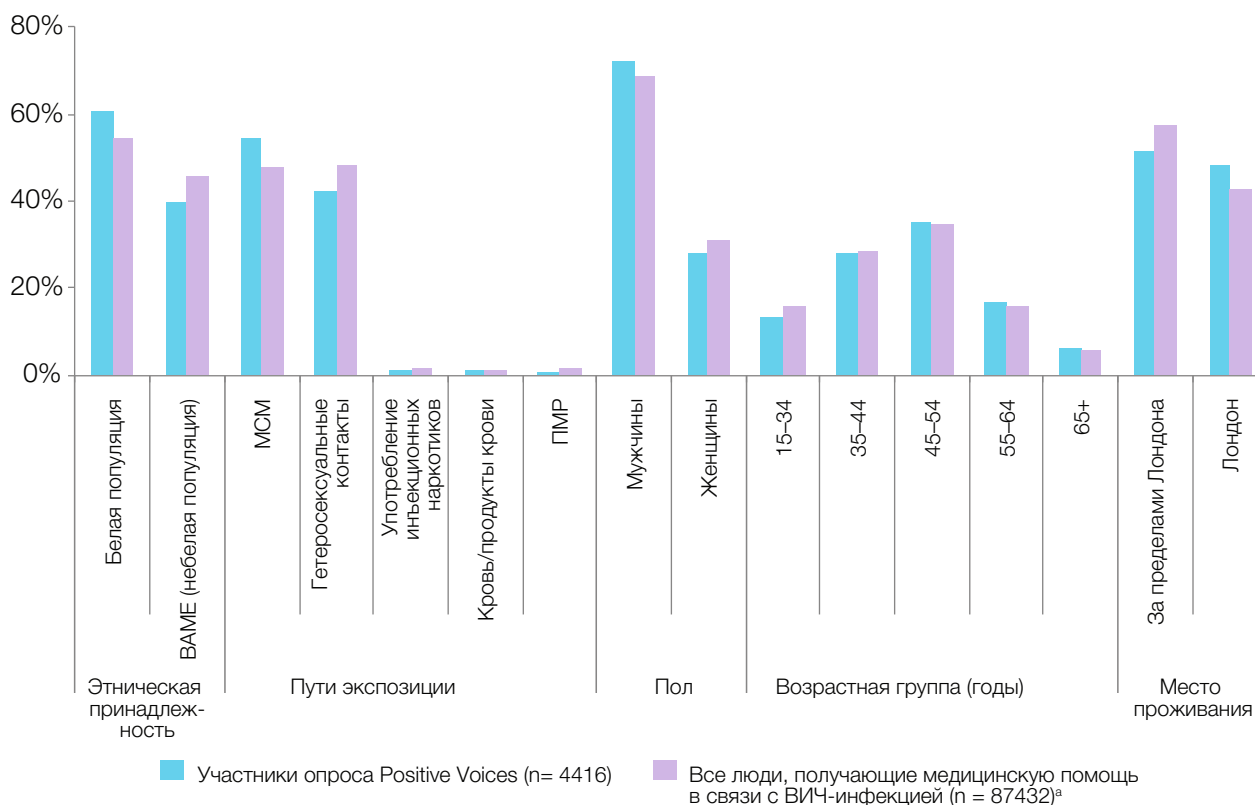
конкретном ЛПУ, показала высокую приемлемость и осуществимость опроса в целом, но выявила непропорционально низкие показатели ответов среди женщин, молодых людей и небелых этнических групп. Используя итеративный подход и имеющиеся качественные и количественные данные, был разработан окончательный протокол проведения опроса, который предусматривал применение и бумажного, и онлайн-опросника; возможность личного, электронного или почтового подбора респондентов; период набора участников до восьми месяцев; и предоставление участникам ваучера на покупку любых товаров на 5 фунтов стерлингов. В центрах лечения ВИЧ-инфекции пациентам предоставлялись опросники в конвертах с оплаченными почтовыми расходами, которые им предлагалось заполнить и прислать по почте.

Национальный масштаб исследования стал возможным благодаря дополнительному гранту; набор участников опроса «Positive Voices 2017» проходил

с января по сентябрь 2017 года в 73 центрах лечения ВИЧ-инфекции в Англии и Уэльсе (которые оказывают медицинскую помощь половине всех людей, живущих с ВИЧ). В целом было получено 4422 ответа (общая доля ответивших: 51%), в результате чего была получена весьма репрезентативная выборка людей, живущих с диагнозом ВИЧ-инфекции (Рис. 6). Качество данных было высоким, с хорошей внутренней и внешней достоверностью, высокими показателями ответов по всем вопросам и высокой долей респондентов, предоставивших и приславших полностью заполненный опросник (более 97%). Для дальнейшего повышения надежности оценок численности популяции применялась процедура взвешивания данных.

Результаты пилотного опроса и опроса Positive Voices («Позитивные голоса»), проведенного в 2017 году, подтверждают концепцию, согласно которой высококачественная информация, сообщаемая

Рис. 6. Репрезентативность выборки опроса Positive Voices (Положительные голоса) по сравнению с национальной когортой в Соединенном Королевстве



^a В возрасте старше 18 лет в Англии и Уэльсе.

пациентами, может быть собрана на национальном уровне для создания мощного массива био-поведенческих данных, который может быть надежно связан с данными эпиднадзора и клиническими данными (например, данными относительно восприимчивости АРТ и подавления вирусной нагрузки). Решающее значение для успеха обследования имели использование надежных методов исследования и гибкого итеративного подхода, а также обеспечение участия общин и экспертов.

Пример выходных данных приведен на Рис. 7, показывающем долю удовлетворенных и неудовлетворенных потребностей участников опроса в предыдущие 12 месяцев. Несмотря на отличные клинические результаты лечения ВИЧ-инфекции, был отмечен высокий уровень неудовлетворенных потребностей в социальных услугах. В частности, помощь в преодолении чувства одиночества или социальной изоляции была самой большой неудовлетворенной потребностью среди людей, живущих с ВИЧ, так как 80% ЛЖВ сообщили, что эта потребность осталась неудовлетворенной. Полученные данные имеют важное значение с точки зрения дальнейшего планирования и оказания социальных услуг.

Доказательства воздействия/ эффективности

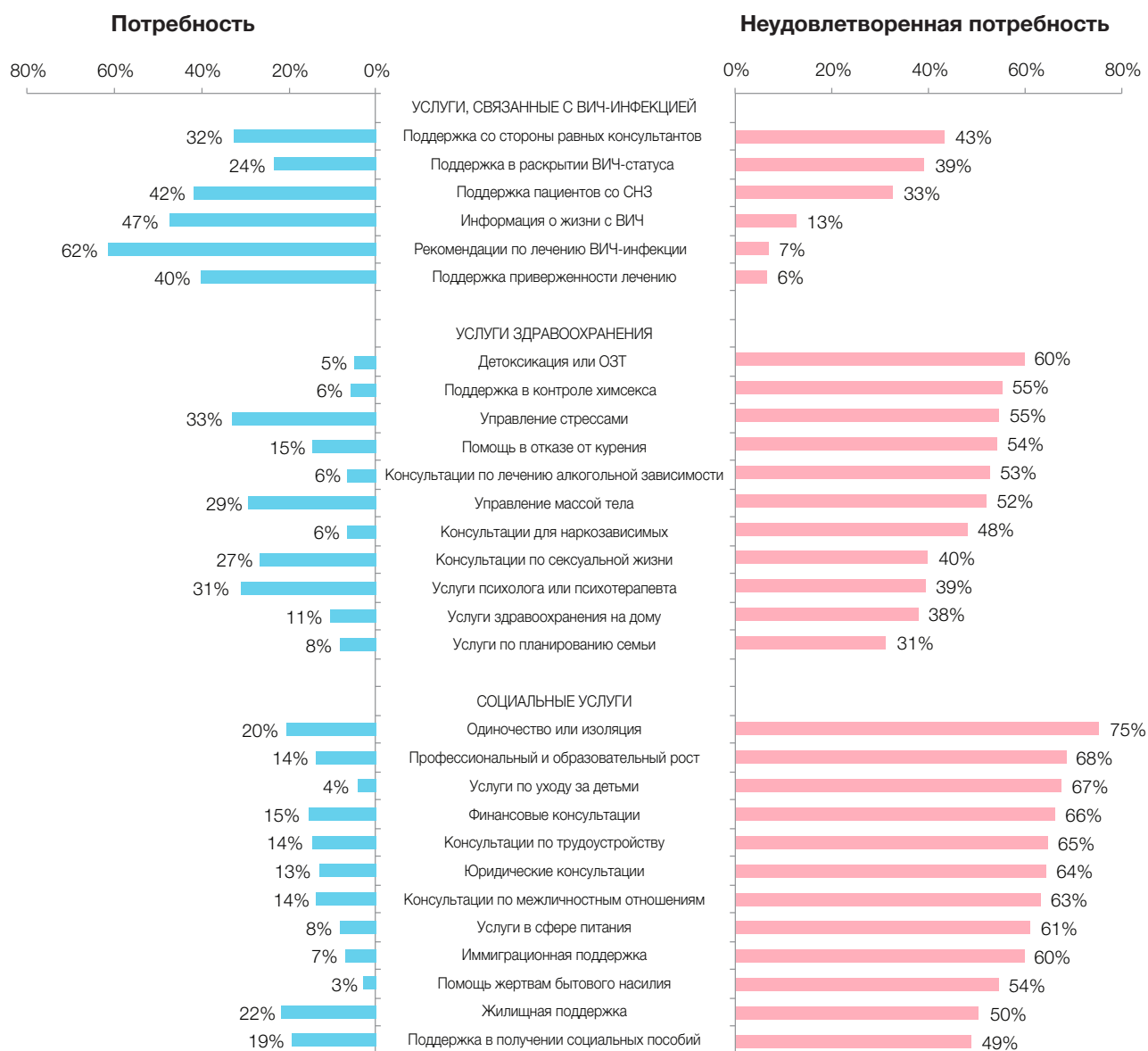
Впервые в Соединенном Королевстве данные опроса Positive Voices-2017 позволили получить представление об общем благополучии людей, живущих с ВИЧ, и их опыте получения услуг, предоставляемых Национальной службой здравоохранения (НСЗ) в период значительных изменений в системе оказания медицинских и социальных услуг. Хотя изначально цель исследования заключалась в том, чтобы собрать научные данные, необходимые для улучшения ориентированных на пациента услуг и включения количественных показателей, характеризующих опыт пациентов, в местные и национальные стандарты обеспечения качества, этот опрос привлек гораздо более широкий интерес и полученные данные используются широким кругом заинтересованных сторон. Например, они используются на местном и региональном уровнях для оценки услуг по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции и стратегических потребностей в этой области, а на уровне гражданского общества для разработки и внесения предложений по

вопросам государственной политики. Полученные данные, которые были представлены на национальных совещаниях, указывают на необходимость более тесной интеграции услуг по лечению ВИЧ-инфекции с другими услугами здравоохранения, а также более широкой поддержки со стороны самих ЛЖВ и организаций третьего сектора. Планируется опубликовать несколько подготовленных материалов, в частности, о качестве жизни людей, живущих с ВИЧ, по сравнению с населением в целом, а также о нарушениях психического здоровья и депрессии и распространенности сопутствующих заболеваний среди ЛЖВ. Полученные данные также лягут в основу проектов по моделированию и экономике здравоохранения, направленных на оценку будущих потребностей и расходов в области здравоохранения. Наконец, под руководством общин в настоящее время проводится совместный анализ данных опроса, осуществляемый с участием ВИЧ-инфицированных лиц, принявших участие в опросе.

Устойчивость

Расходы на программу Positive Voices составляют около 100 000 фунтов стерлингов в год, включая расходы на трех сотрудников, расходные материалы и материальные стимулы (стоимость одного полученного ответа составляет 67 фунтов стерлингов – очень низкая для исследования на основе вероятностной выборки). Успешное проведение обследования стало возможным благодаря значительным первоначальным инвестициям в формативное и в пилотное исследование; однако последующие эксплуатационные расходы остаются низкими благодаря использованию системы уведомления о случаях ВИЧ-инфекции и СПИДа в качестве основы для формирования выборки, а также благодаря автоматизации всего процесса. В Соединенном Королевстве новый подход и методология были адаптированы и применены при опросе посетителей медицинских учреждений, оказывающих услуги по охране сексуального здоровья. Европейская комиссия предоставила финансирование в рамках совместных действий по интеграции (34) для адаптации методики опроса Positive Voices таким образом, чтобы с ее помощью можно было проводить опрос пациентов с ВИЧ-инфекцией и вирусным гепатитом С в рамках всей Европы. Служба общественного здравоохранения Англии планирует в будущем проводить такой опрос каждые три года.

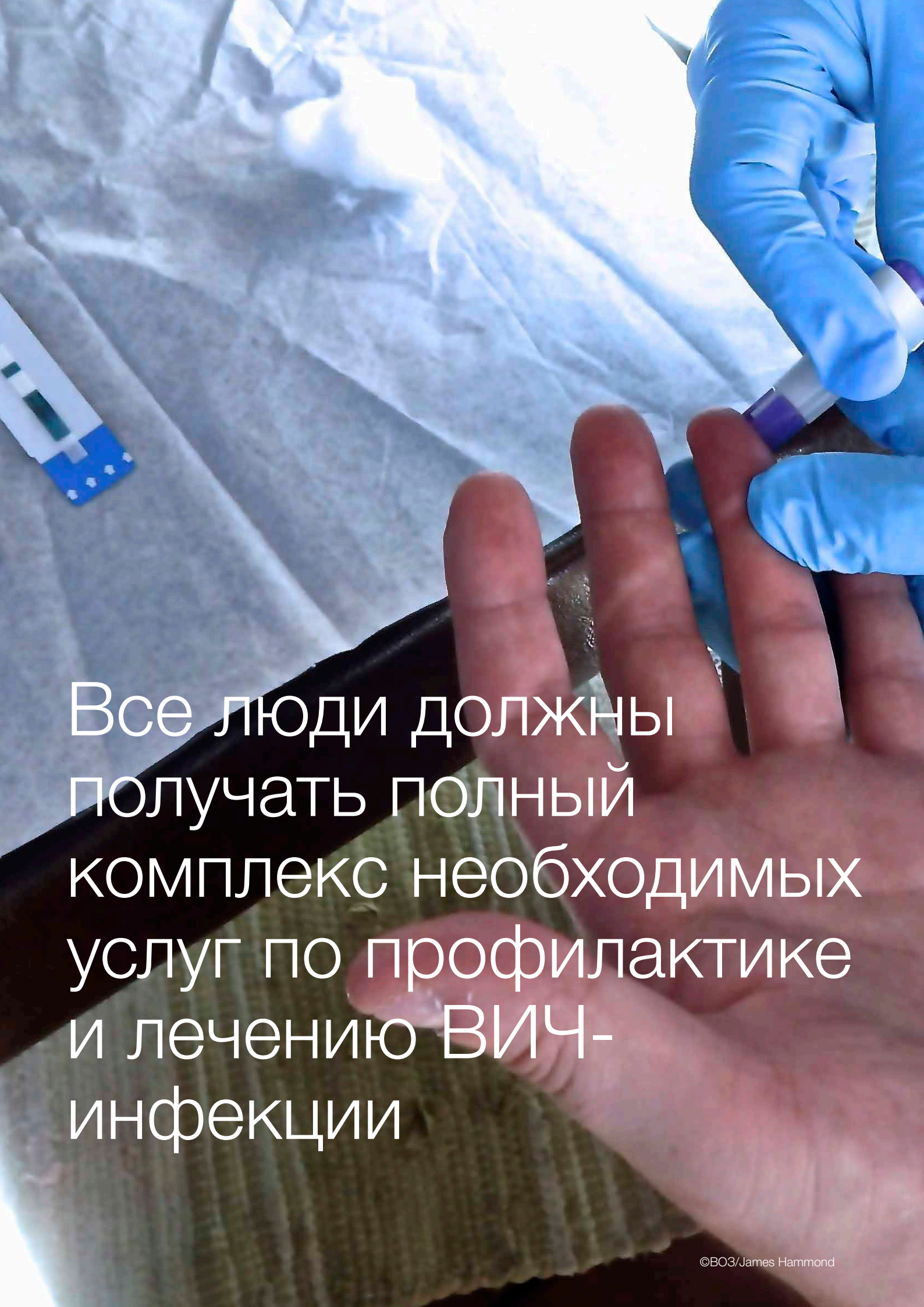
Рис. 7. Опрос Positive Voices 2017: процентное соотношение лиц, которые нуждались в конкретных услугах, и лиц, которые не смогли получить такие услуги.^{a,b}



^a n = 4416.

^b Процентное соотношение лиц, заявивших, что они нуждались в конкретной услуге в прошлом году, и лиц, которые не смогли получить доступ к этой услуге в прошлом году.

СНЗ: стойкое нарушение здоровья



Все люди должны
получать полный
комплекс необходимых
услуг по профилактике
и лечению ВИЧ-
инфекции

СТРАТЕГИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ 2.

Меры вмешательства для достижения воздействия

АРМЕНИЯ. От профилактики к ликвидации передачи ВИЧ от матери ребенку: проект ЕМТСТ

Фамилии и служебная принадлежность всех соавторов: Grigoryan, Samvel¹ | Papoyan, Arshak¹ | Ghukasyan, Gayane²

¹Национальный центр по профилактике СПИДа (НЦПС); ²Страновой офис ВОЗ в Армении

Общие сведения

До 2001 года какие-либо услуги по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР) в Армении не предоставлялись. Беременные женщины имели лишь ограниченный доступ к услугам консультирования и тестирования на ВИЧ по инициативе медицинских работников, а услуги по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку были недоступны. Для получения медицинской помощи в дородовой период и во время родов требовалась оплата из собственного кармана, что объяснялось такими причинами, как слабая нормативно-правовая база, нехватка квалифицированного медицинского персонала, тест-систем и АРВ-препаратов, а также низкий уровень государственных и донорских инвестиций. До 2005 года тестирование на ВИЧ проходили менее 10% беременных женщин.

Описание передовой практики

В рамках проекта по ликвидации передачи ВИЧ от матери ребенку (ЛПМР) в Армении в новой комплексной системе ППМР предусматривается следующее: предоставление женщинам бесплатного пакета медицинских услуг, включая консультирование и тестирование на ВИЧ; АРТ для беременных женщин, матерей и детей; бесплатное предоставление детской молочной смеси; и медицинская помощь детям в перинатальный период и до достижения семилетнего возраста. Начиная с 2016 года, наборы для тестирования на ВИЧ беременных женщин и молочные смеси для младенцев, рожденных ВИЧ-положительными матерями, приобретаются за счет государственного бюджета. При поддержке ГФСТМ в стране были удовлетворены современные требования к лабораторной инфраструктуре, лабораторному оборудованию и информационным технологиям. Кроме того, был подготовлен

соответствующий персонал и создана общенациональная сеть по ППМР. Программа обучения персонала включает следующие элементы: стратегии и алгоритмы тестирования на ВИЧ; лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции; подтверждающее тестирование на ВИЧ; лабораторная диагностика оппортунистических инфекций; определение количества CD4-клеток; мониторинг вирусной нагрузки; обеспечение качества лабораторных исследований, включая исследования методом ПЦР. На национальном уровне создана система управления поставками, включающая такие элементы, как прогнозирование потребностей, закупка и распределение АРВ-препаратов, наборов для тестирования на ВИЧ, детских смесей и расходных материалов, необходимых для раннего выявления ВИЧ-инфекции у детей. Во всех лабораториях, проводящих тестирование на ВИЧ, ежегодно осуществляется внешний аудит/контроль качества силами сотрудников Национального центра по профилактике СПИДа, которые также оказывают непосредственную техническую помощь на местах. Это позволило Армении пройти внешнюю оценку качества работы лаборатории в рамках осуществляемой ВОЗ/ЮНЭЙДС валидации ликвидации передачи ВИЧ от матери ребенку.

С 2010 года в программу национального Института здравоохранения включен курс подготовки и переподготовки медицинских работников по вопросам профилактики и лечения ВИЧ-инфекции/СПИДа. Этот курс стал частью официально утвержденной системы повышения квалификации медицинских работников. Кроме того, была создана Национальная система мониторинга и оценки для координации мероприятий, направленных на обеспечение эффективного сбора, анализа, агрегирования и

использования данных и показателей (в соответствии с руководствами ВОЗ), связанных с деятельностью по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции, включая услуги по ППМР.

Доказательства воздействия/ эффективности

В период после 2004 года число тестов на ВИЧ среди беременных женщин резко возросло (Рис. 8). С 2012 года во всех женских консультациях работают пункты тестирования на ВИЧ, и более 95% беременных женщин (свыше 40 000 женщин) прошли такое тестирование. Более 200 женщин воспользовались услугами ППМР и родили детей, не инфицированных ВИЧ. С 2007 года не было зарегистрировано ни одного случая ВИЧ-инфицирования среди детей, рожденных ВИЧ-положительными матерями, получившими услуги ППМР. С 2014 года уровень передачи ВИЧ от матери ребенку оставался ниже 2% (Рис. 9).¹⁰ Кроме того, благодаря этой практике в 2009 году был пересмотрен закон Республики Армения «О профилактике ВИЧ-инфекции/СПИДа», в котором обязательное тестирование на ВИЧ у беременных женщин было заменено на добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ (в том числе для детей, рожденных ВИЧ-положительными матерями). Благодаря программе Национального института здравоохранения по подготовке медицинских кадров все женские консультации и лаборатории страны теперь имеют квалифицированный персонал (включая акушеров-гинекологов, медсестер и ассистентов), ориентированный на укрепление потенциала в области ППМР, консультирование и тестирование на ВИЧ, правильное ведение пациентов и лабораторную диагностику ВИЧ-инфекции. Этот обученный персонал также хорошо понимает соответствующие законодательные положения и

¹⁰ В 2014, 2015 и 2016 годах уровень ПМР среди матерей, не кормящих грудью, в Армении составил соответственно 1,78, 1,25 и 1,36 на 100 000 населения.

необходимость уменьшения стигматизации и дискриминации людей, живущих с ВИЧ. В апреле 2016 г. эксперты ВОЗ и ЮНЭЙДС провели в стране миссию по валидации ликвидации ПМР, а сертификат о валидации был вручен Армении 7 июня 2016 г. (Рис. 8).

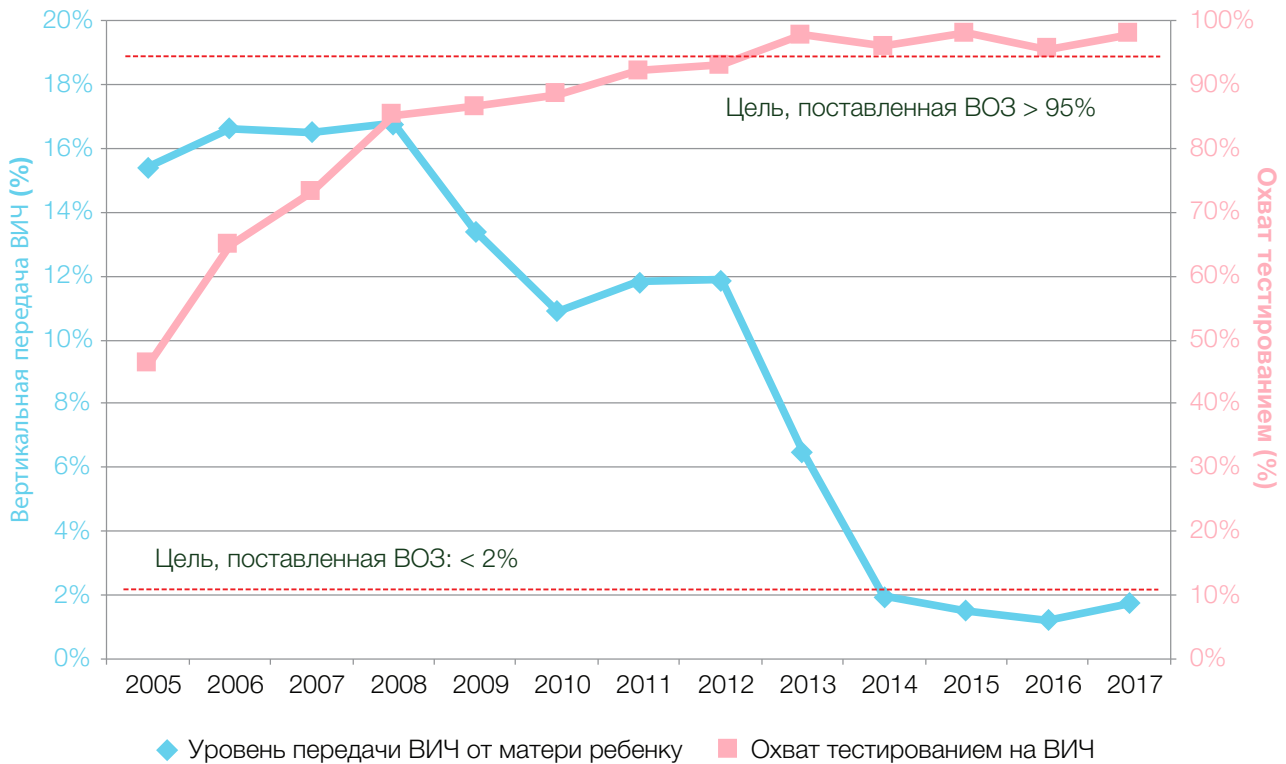
Рис. 8. Официальное вручение Армении сертификата о валидации ©юнэйдс



Устойчивость

Устойчивость проекта по ликвидации ПМР обеспечивается тесным сотрудничеством между Департаментом охраны здоровья матери и ребенка Министерства здравоохранения, Национальным центром по профилактике СПИДа и Институтом репродуктивного здоровья, перинатологии, акушерства и гинекологии. Программа полностью финансируется Республикой Армения, за исключением закупки некоторых АРВ-препаратов в рамках гранта ГФСТМ. Ожидается, что после осуществления нынешней Национальной программы по СПИДу Армения сможет обеспечить самостоятельную закупку всего количества АРВ-препаратов, необходимых для ППМР. Что касается необходимой технической помощи, то Армения получает ее от ЮНЭЙДС, Детского фонда Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) и ВОЗ.

Рис. 9. Охват тестированием на ВИЧ и показатели вертикальной передачи ВИЧ-инфекции, Армения, 2005-2017 гг.



АЗЕРБАЙДЖАН. Влияние программ снижения вреда в условиях тюрем Азербайджана

Фамилии и служебная принадлежность всех соавторов: Rafael İbrahim Oğlu, Mehtiev | Elnur Rovshan Oğlu, Mamedov | Natavan Faig gizi, Alikhanova

Главный медицинский департамент пенитенциарной службы Министерства юстиции.

Общие сведения

Распространение ВИЧ-инфекции в местах лишения свободы представляет для Азербайджана очень актуальную проблему. В 2007 и 2011 годах был проведен ряд комплексных биоповеденческих исследований для оценки распространенности ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения, включая заключенных. Сравнительный анализ результатов исследования показывает увеличение распространенности ВИЧ-инфекции среди заключенных с 2,9% (1000 обследованных) в 2007 году до 5,8% (400 обследованных) в 2011 году. В 2011 году в 12 исправительных учреждениях был проведен опрос заключенных по проблеме ВИЧ/СПИДа с целью выявления их знаний, отношений и поведенческих стереотипов. Исследование показало, что только половина респондентов знали, что ВИЧ передается как половым путем, так и через

зараженные иглы и шприцы. Такие эффективные программы снижения вреда, как распространение стерильных игл и шприцов и ОЗТ, не проводятся из-за отсутствия необходимой нормативной базы. Усиление, расширение и усовершенствование этих программ было одной из важнейших целей Главного медицинского управления (ГМУ) Министерства юстиции (МЮ) Азербайджана.

Описание передовой практики

Для достижения этой цели была проведена активная работа в следующих направлениях: образовательные мероприятия по профилактике ВИЧ-инфекции и снижению вреда; театральные постановки; подготовка и демонстрация документального учебного фильма; создание «комнат здоровья» во всех 23 пенитенциарных учреждениях; создание программ распространения

презервативов; совершенствование лабораторной базы для тестирования на ВИЧ (в том числе параллельно со скринингом на ТБ); продолжение стратегических обсуждений по вопросам реализации программ распространения игл и шприцев и ОЗТ, согласованных со всеми заинтересованными сторонами. С участием экспертов ВОЗ в стране были проведены циклы тренингов по методам профилактики ВИЧ-инфекции и снижения вреда в местах лишения свободы, в которых приняли участие 180 медицинских и 440 немедицинских работников пенитенциарных учреждений (ПУ). С 2011 года ведущие сотрудники Республиканского центра по ВИЧ/СПИДу также проводят дополнительные тренинги по добровольному консультированию и тестированию на ВИЧ и лечению ВИЧ-инфекции, включая АРТ. Для повышения осведомленности заключенных о ВИЧ-инфекции с участием ведущих специалистов Министерства здравоохранения и Министерства юстиции был снят документальный фильм о передаче, профилактике и лечении ВИЧ-инфекции. Для освещения проблем, которые могут быть связаны с употреблением наркотиков и алкоголя, а также с поведением, повышающим риск ВИЧ-инфицирования, в пенитенциарных учреждениях ежегодно проводится театральная постановка. Также разрабатываются и издаются информационные материалы по вопросам охраны здоровья, включая специальные брошюры и буклеты, которые распространяются среди заключенных.

Во всех 23 пенитенциарных учреждениях страны созданы «комнаты здоровья», в которых заключенные, в том числе ВИЧ-инфицированные, могут получить квалифицированную помощь психологов и многопрофильную психосоциальную поддержку со стороны работников НПО, прошедших специальную подготовку. Все вышеуказанные меры помогают повысить знания заключенных о передаче и лечении ВИЧ-инфекции, а также содействуют оздоровлению их образа жизни. В 2012 году во всех пенитенциарных учреждениях Азербайджана начала функционировать программа распространения презервативов. С целью улучшения работы по выявлению ВИЧ-инфицированных заключенных в 2013 году в лечебном учреждении ПС была создана лаборатория по диагностике ВИЧ-инфекции, в которой проводятся все необходимые обследования (твердофазный иммуноферментный анализ (ИФА) и определение количества клеток CD4 и вирусной нагрузки). Благодаря этой лаборатории услуги тестирования на ВИЧ и мониторинга лечения были

приближены к людям, живущим с ВИЧ, а также сокращены задержки в подтверждении результатов тестирования. Услуги ДКТ предлагаются заключенным при обращении за медицинской помощью и прохождении стационарного лечения. Кроме того, такие услуги периодически предлагаются заключенным, употребляющим инъекционные наркотики. В частности, добровольное тестирование на ВИЧ ежегодно предлагается заключенным параллельно с проведением скрининга на туберкулез. Кроме того, при Главном медицинском управлении функционирует врачебно-консультативная комиссия, основной задачей которой является обеспечение того, чтобы в соответствии с рекомендациями ВОЗ все ВИЧ-инфицированные получали АРТ и другие виды необходимой помощи.

Доказательства воздействия/ эффективности

В период с 2010 по 2017 год частота новых случаев ВИЧ-инфицирования среди заключенных в Азербайджане имела тенденцию к снижению, несмотря на увеличение показателя тестирования на ВИЧ (Рис. 10). Это снижение имело место на фоне проведения целенаправленных мер по противодействию ВИЧ-инфекции, включая улучшение доступа к тестированию на ВИЧ и АРТ. Интегрированное биоповеденческое исследование (исследование IBBS) и посвященное ВИЧ-инфекции исследование знаний-отношений-практики (ЗОП), будут повторены в 2018 году с целью мониторинга стабильности достигнутых результатов.

Устойчивость

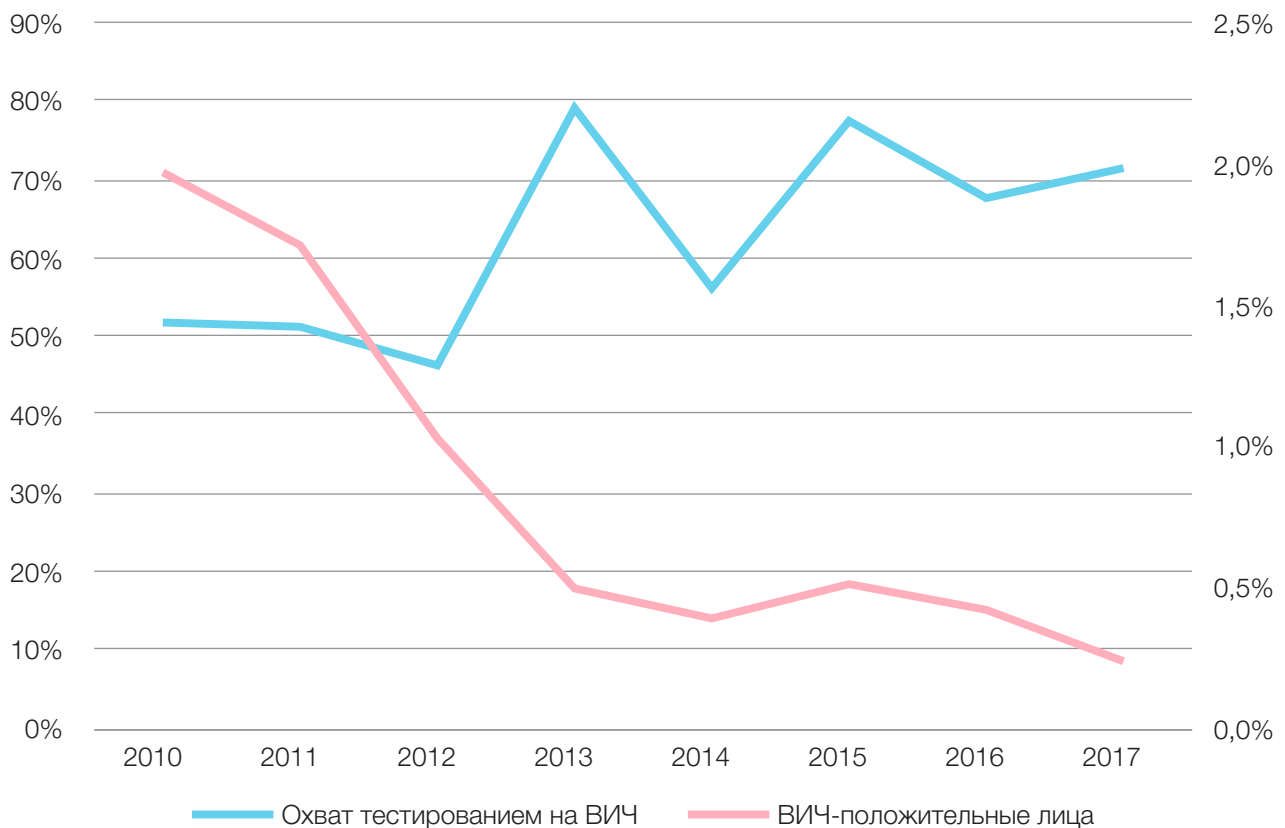
Расходы, связанные с лабораторными исследованиями, АРТ и изданием информационных материалов, покрываются Главным медицинским управлением Министерства юстиции Азербайджана. Финансовая поддержка со стороны национальной программы по ВИЧ-инфекции и существующих доноров необходима для обеспечения дальнейшего участия НПО, предоставления многодисциплинарных психосоциальных услуг через комнаты здоровья в пенитенциарных учреждениях, продолжения просветительской работы по вопросам здравоохранения, включая постановку театральных спектаклей, а также для успешного проведения программ распространения презервативов. План работы на 2018-2021 годы предусматривает поддержку деятельности НПО и других профилактических

мероприятий в пенитенциарных учреждениях за счет средств гранта ГФСТМ.

Однако для устойчивой реализации этой модели лечения и помощи при ВИЧ-инфекции необходимо

увеличить национальные ассигнования на программы профилактики ВИЧ-инфекции в пенитенциарных учреждениях.

Рис. 10. Показатели тестирования на ВИЧ и диагностирования новых случаев ВИЧ-инфекции среди заключенных (% от общего числа заключенных) в 2010-2017 гг.



АЗЕРБАЙДЖАН. Профилактическая терапия изониазидом среди заключенных, живущих с ВИЧ

Фамилии и служебная принадлежность всех соавторов: Rafael İbrahim Oğlu, Mehtiev | Elnur Rovshan Oğlu, Mamedov | Natavan Faig gizi, Alihanova (Мехтиев Рафаэль Ибрагим оглы, Мамедов Эльнур Ровшан оглы, Алиханова Натаван Фаиг гызы)

Главный медицинский департамент пенитенциарной службы Министерства юстиции, Азербайджан

Общие сведения

По оценкам ВОЗ, риск заболевания туберкулезом у ВИЧ-инфицированных людей в 16-27 раз выше, чем у людей без ВИЧ-инфекции (10). У ВИЧ-инфицированных заключенных этот риск значительно выше из-за ряда дополнительных факторов риска, связанных с проживанием в учреждениях закрытого типа. О важной роли профилактической терапии изониазидом (ПТИ) среди ВИЧ-инфицированных с латентной туберкулезной инфекцией (ЛТБИ)

известно с 1998 года. В 2012 г. ВОЗ пересмотрела имеющуюся доказательную базу по назначению ПТИ и рекомендовала каждые пять лет назначать ВИЧ-инфицированным людям с ЛТБИ шестимесячный курс лечения изониазидом в качестве эффективного метода профилактики развития активного ТБ. В 2015 г. ВОЗ пересмотрела фактические данные о преимуществах и недостатках соответственно 36-месячного и 6-месячного курса ПТИ и сделала следующую рекомендацию:

В странах с ограниченными ресурсами и высокими уровнями заболеваемости и передачи ТБ ВИЧ-инфицированные взрослые и подростки с сомнительным или положительным результатом туберкулиновой кожной пробы (ТКП), у которых был полностью исключен диагноз активного ТБ, должны получать по меньшей мере 36-месячную ПТИ. Таким пациентам ПТИ следует назначать независимо от того, получают они АРТ или нет. ПТИ также следует назначать независимо от таких факторов, как степень иммуносупрессии, анамнез предыдущего лечения ТБ и наличие беременности (35).

Пенитенциарные учреждения Азербайджана состоят из 19 исправительных учреждений, 3 следственных изоляторов и 2 лечебных учреждений, одно из которых специализируется на лечении больных ТБ. В 2012 г. между Главным медицинским управлением (ГМУ) и Республиканским центром борьбы со СПИД (РЦБС) было достигнуто соглашение о передаче в ГМУ всех полномочий по выявлению, регистрации, лечению и мониторингу заключенных с ВИЧ-инфекцией. В учреждения пенитенциарного сектора (ПС) была передана вся медицинская документация на ВИЧ-инфицированных заключенных, на основании которой они были взяты на учет и на них были заведены специальные амбулаторные карты. Сотрудники медико-санитарных частей (МСЧ) прошли в РЦБС специальное обучение по национальным алгоритмам диагностики, лечения и мониторинга ВИЧ-инфекции. Кроме того, к концу 2013 г. при лечебном учреждении ГМУ была создана и оснащена специализированная лаборатория для диагностики (и мониторинга) ВИЧ инфекции и врачи МСЧ начали самостоятельно и в полном объеме вести работу, связанную с диагностикой, лечением и мониторингом ВИЧ-инфекции в пенитенциарных учреждениях. Одним из первых шагов в этом направлении стало внедрение ПТИ как наиболее эффективного метода предотвращения развития активного туберкулеза у людей, живущих с ВИЧ.

Описание передовой практики

В 2013 году был издан приказ о профилактике туберкулеза у ВИЧ-инфицированных заключенных. На основе последних рекомендаций ВОЗ были проведены учебные курсы для медицинского персонала пенитенциарного сектора. Были созданы две мобильные врачебные бригады, состоящие из

врача-фтизиатра, специалиста по ВИЧ/СПИДу и инспектора ГМУ. В соответствии с внутренним протоколом, все ВИЧ-инфицированные лица, которые не получают ПТИ, дважды в год обследуются на туберкулез с использованием метода Xpert MTB/RIF. Результаты тестирования хранятся в амбулаторных картах пациентов и доступны врачам вышеуказанных мобильных бригад. Осенью и весной каждого года эти группы врачей посещают все пенитенциарные учреждения и проводят клиническое обследование людей, живущих с ВИЧ, с использованием алгоритма сжатого скрининга, основанного на выявлении четырех основных симптомов туберкулеза (стойкий кашель, лихорадка, потеря веса, повышенная ночная потливость). При выявлении любого из этих симптомов врачи берут образцы мокроты пациентов и направляют их на диагностическое исследование в лабораторию. Если результаты клинического и лабораторного обследования не подтверждают диагноз активного ТБ, врачебная бригада назначает ВИЧ-инфицированному пациенту ПТИ, которая проводится под контролем медицинского персонала соответствующей МСЧ. Прием ежедневной дозы изониазида и пиридоксина регистрируется в листе назначений. В ГМУ создана электронная база данных ВИЧ-позитивных заключенных, позволяющая отслеживать как кратность их обследования на вирусную нагрузку, так и динамику прохождения курсов антиретровирусной терапии и ПТИ.

Доказательства воздействия/эффективности

Число пациентов с сочетанной ТБ/ВИЧ-инфекцией сократилось вдвое (с 71 до 30 пациентов) в период с 2012 по 2017 год, что совпало с внедрением комплексного подхода, включающего широкий спектр мероприятий по раннему выявлению и лечению активного ТБ, а также по выявлению и лечению ВИЧ-инфицированных лиц с целью предотвращения развития у них активного ТБ. За период с конца 2013 г. по 2017 г. ПТИ была назначена 763 ЛЖВ.¹¹ Следует также отметить, что снижение числа впервые выявленных ВИЧ-инфицированных заключенных имело место на фоне роста охвата тестированием на ВИЧ – с 46% в 2012 г. до 71% в 2017 г. Процент пациентов, у которых латентная туберкулезная инфекция прогрессировала до активного ТБ, был ниже основанного на данных ВОЗ

¹¹ Количество пациентов, получавших ПТИ в разбивке по годам: 261 в 2013 г., 160 в 2014 г., 132 в 2015 г., 130 в 2016 г., 89 в 2017 г.

показателя вероятности развития ТБ среди людей, живущих с ВИЧ (Таблица 3). По оценкам ВОЗ, риск заболевания туберкулезом у лиц, инфицированных как микобактериями туберкулеза, так и ВИЧ, значительно выше, чем у лиц, не инфицированных ВИЧ – соответственно 5-10% в течение года и 5-10% в течение жизни (36).

Устойчивость

Данная практика поддерживается законодательством и она полностью финансируется из бюджета ГМУ Министерства юстиции без какой-либо донорской поддержки. Она продемонстрировала свою эффективность и будет использоваться и в дальнейшем, основываясь на обновленных рекомендациях ВОЗ по скринингу на туберкулез и профилактическому лечению ТБ у людей, живущих с ВИЧ.

Таблица 3. Ежегодный риск развития активного ТБ у ВИЧ-инфицированных заключенных, получающих ПТИ, Азербайджан, 2013–2016 гг.

Год проведения ПТИ	1-й год после начала ПТИ	2-й год после начала ПТИ	3-й год после начала ПТИ	4-й год после начала ПТИ
2013	3,7%	5,6%	2,9%	3%
2014	3,7%	5,6%	2,9%	–
2015	3,6%	4,2%	–	–
2016	4,1%	–	–	–

БЕЛАРУСЬ. Внедрение практики самотестирования на ВИЧ

Фамилии и служебная принадлежность всех соавторов: (Вячеслав Граньков¹ | Ирина Глинская² | Анна Русанович²)

¹Страновой офис ВОЗ в Республике Беларусь; ²Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья

Общие сведения

Хотя ежегодное число новых случаев ВИЧ-инфекции в Беларуси и увеличивается, ежегодные темпы роста этого показателя значительно снизились – с 23,6% в 2013-2015 годах до 3,3% в 2016-2017 годах. По данным Республиканского центра гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья, заболеваемость ВИЧ-инфекцией в 2017 году составила 25,9 на 100 000 населения, что указывает на необходимость принятия неотложных мер по улучшению системы ранней диагностики ВИЧ-инфекции и служб тестирования на ВИЧ. Несмотря на то, что все жители Беларуси имеют доступ к услугам консультирования и тестирования на ВИЧ в медицинских учреждениях и через социальные организации, работающие с ключевыми группами населения, треть от расчетного числа ЛЖВ в стране не знают о своем ВИЧ-статусе.

Описание передовой практики

Активное обсуждение вопроса о внедрении практики самотестирования на ВИЧ началось сразу после публикации в декабре 2016 г. руководства ВОЗ по

самотестированию на ВИЧ и уведомлению партнеров (37). В обсуждении приняли участие представители МЗ, организаций пациентов, НПО, врачей и международных партнеров (ЮНЭЙДС, ЮНИСЕФ, Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА) и Программа развития Организации Объединенных Наций (ПРООН)). После принятия решения о внедрении этой практики была проведена подготовительная работа, включая информационную кампанию в средствах массовой информации. С 1 мая 2017 года для развития практики самотестирования в аптеках Беларуси стали продаваться экспресс-тесты на ВИЧ по слюне. Пилотная программа самотестирования на ВИЧ была начата в Гомельской области, где отмечается самый высокий уровень распространенности ВИЧ-инфекции в стране (Гомельская область – 521,4 на 100 000 человек; Беларусь – 202,3 на 100 000 человек). В столице республики Минске эта программа проводится с 9 сентября 2017 года. В настоящее время практика самотестирования на ВИЧ внедрена в масштабах всей страны. По состоянию на 1

февраля 2018 года, стоимость экспресс-теста составляла 5,75 рубля (менее 3 долларов США).

Министерство здравоохранения Республики Беларусь при поддержке ЮНЭЙДС и ЮНИСЕФ провело национальную информационную кампанию под названием “Касается даже тех, кого не касается”, чтобы охватить людей, которые могут быть инфицированы ВИЧ, но считать, что лично их проблема ВИЧ-инфекции не касается. Основные цели этой информационной кампании включали следующее: содействие добровольному тестированию на ВИЧ среди различных возрастных групп населения; привлечение внимания центральных и региональных СМИ к проблеме ВИЧ-инфекции; обеспечение поддержки и участия руководителей органов исполнительной власти; изменение стереотипов поведения в различных целевых группах. Наиболее эффективные виды PR-деятельности включали ток-шоу, пресс-конференции, гастроль по стране в сопровождении представителей СМИ, участие в местных мероприятиях, организуемых органами исполнительной власти, регулярное освещение мероприятий, проводимых в рамках информационной кампании. Важную роль в достижении целей кампании сыграло участие белорусских и зарубежных знаменитостей и артистов.

Доказательства воздействия/ эффективности

Кампания по поощрению самотестирования на ВИЧ оказалась популярной. К 1 февраля 2018 года в

аптеках было продано около 2000 экспресс-тестов и 20 человек обратились за медицинской помощью после самотестирования на ВИЧ. Лица с положительным результатом самотестирования также проходят быстрый анализ крови на ВИЧ или ИФА, а затем (для лиц с положительным результатом) повторный ИФА и иммуноблоттинг в соответствии с требованиями текущей национальной политики по тестированию на ВИЧ. Лиц с подтвержденным положительным результатом теста на ВИЧ-инфекцию ставят на диспансерное наблюдение с целью оказания необходимых медицинских услуг и проведения АРТ. Для тех, кто нуждается в дополнительной помощи, включая психологическую поддержку, доступ к необходимым услугам можно также получить через телефон горячей линии.

Устойчивость

Никаких дополнительных средств из государственного бюджета для этой практики не требуется. Установленная местным производителем цена на наборы для самотестирования на ВИЧ является доступной. Внедрению этой практики способствовала поддержка со стороны МЗ Республики Беларусь, НПО, сообщества врачей и различных учреждений ООН. После 2018 года, когда практика самотестирования на ВИЧ будет внедрена в масштабах страны, эту информационную кампанию будет целесообразно адаптировать для ключевых групп населения и приступить к ее проведению во всех регионах Беларуси.

ХОРВАТИЯ. Включение услуг по тестированию на ВИЧ и ВГС на уровне местных сообществ в пакет комплексных услуг по охране сексуального здоровья: HUNIV – Загребский центр CheckPoint

Фамилии и служебная принадлежность всех соавторов: Nemeth Blažić, Tatjana¹ | Delaš Aždajić, Marija² | Beganović, Tomislav³ | Dišković, Arian³ | Erceg, Maja^{3,4} | Kosanović Ličina, Mirjana Lana⁵ | Vince, Adriana⁴

¹Хорватский институт общественного здравоохранения; ²Университетский больничный центр «Sestre Milosrdnice»; ³Хорватская ассоциация по ВИЧ-инфекции и вирусному гепатиту (САНВ); ⁴Университетская инфекционная больница им. доктора Fran Mihaljević; ⁵Педагогический институт общественного здравоохранения им. Andrija Štampar (Андрия Штампар)

Общие сведения

В период с 1985 по 2017 год в Хорватии было зарегистрировано 1540 случаев ВИЧ-инфекции, 500 из которых прогрессировали до стадии СПИДа, приведшего к 265 летальным исходам. Большинство пациентов с ВИЧ-инфекцией и СПИДом – это мужчины (88%). Почти 90% ЛЖВ в Хорватии были

инфицированы половым путем и 5% – при употреблении инъекционных наркотиков. С 2013 года ежегодно регистрируется в среднем 100 (диапазон 77–116) новых случаев ВИЧ-инфекции/СПИДа, что на 150% больше, чем в период до 2004 года. Причиной такого повышения может быть как подлинное увеличение числа случаев инфицирования,

так и увеличение числа обследований на ВИЧ после введения в 2004 году практики добровольного, бесплатного и анонимного консультирования и тестирования на ВИЧ в восьми хорватских городах. Основным путем передачи ВИЧ, на который приходится 64% всех зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции, являются половые контакты между мужчинами. В частности, в 2016 году 84% всех впервые диагностированных случаев ВИЧ-инфекции были зарегистрированы у MSM. Уровень заболеваемости в Хорватии является низким (два случая на 100 000 населения), но значительное увеличение показателя передачи ВИЧ-инфекции между MSM не может не вызывать тревоги. Число зарегистрированных случаев гепатита С, которое неуклонно росло в 1990-е годы, было относительно стабильным (на уровне около 400 в год) в период с 2000 по 2007 год и стало постепенно снижаться с 2008 года. Общая распространенность вирусных гепатитов В и С составляет менее 1% в общей популяции. Таким образом, Хорватия относится к группе стран с низкой распространенностью этих инфекций. Однако расчетные показатели распространенности вирусных гепатитов В и С в группах высокого риска являются более высокими. Так в группе у людей, употребляющих инъекционные наркотики (ЛУИН), распространенность вирусных гепатитов В и С составила 3% для ВГВ и 40% для ВГС, варьируясь в диапазоне от 30% до 65% в зависимости от дизайна исследования (38).

Описание передовой практики

Децентрализованный доступ к центрам ДКТ – это отличный метод профилактики ВИЧ-инфекции, особенно для молодежи и подростков. Функционируя в рамках Хорватской ассоциации по ВИЧ-инфекции и вирусному гепатиту (САНИВ), Центр CheckPoint Zagreb предоставляет молодым людям следующие услуги: санитарное просвещение (например, по ВИЧ-инфекции, вирусным гепатитам и ИППП), консультирование и психосоциальную поддержку, добровольное, анонимное, конфиденциальное и бесплатное тестирование на ВИЧ и ВГС, а также направление инфицированных людей в соответствующие медицинские учреждения для постановки на диспансерный учет и раннего назначения лечения. Загребский центр CheckPoint – это ценное дополнение к существующей сети из 10 центров ДКТ в Хорватии, которая сотрудничает с Национальным институтом общественного здравоохранения и Университетской инфекционной больницей

“Dr Fran Mihaljevic”. Половина клиентов этого центра – это люди моложе 29 лет (39). Факторы риска для молодежи могут включать незащищенные половые контакты и наличие нескольких половых партнеров. В частности, имеющиеся данные показывают, что молодые мужчины и женщины в Хорватии становятся все более уязвимыми к ИППП. Помимо молодежи Загребский центр CheckPoint посещают люди более старшего возраста, половая жизнь которых в прошлом была связана с риском, например, MSM, которые ранее не проходили тестирование на ВИЧ, включая MSM из труднодоступных групп или групп, скрывающих свою сексуальную ориентацию.

Клиентам с положительным результатом теста дают направление в университетскую инфекционную больницу “Dr Fran Mihaljevic” для подтверждения диагноза и взятия на диспансерное наблюдение. Кроме того, консультанты центра и два лицензированных психолога, специализирующихся на психосоциальной поддержке людей с ВИЧ-инфекцией и ИППП, предоставляют им информацию о преимуществах уведомления партнеров (включая варианты анонимного уведомления). Эти подготовленные сотрудники также оказывают клиентам центра дальнейшие услуги в таких областях, как психологические тренинги/психологическое обучение, психологическое консультирование и предоставление других видов поддержки людям, живущим с этими инфекциями, и лицам, тесно контактирующим с ними. Важнейшую роль в работе Загребского центра CheckPoint играют меры по обеспечению высокого качества оказываемых услуг. В сотрудничестве со специалистами Университетской инфекционной больницы в Загребе были разработаны протоколы консультирования и тестирования. Стандартные операционные процедуры осуществляются в соответствии с хорватским законодательством и руководствами CDC, ECDC и ВОЗ. Тестирование в соответствии с протоколами проводится внешними врачами и экспертами Университетской инфекционной больницы, Хорватского института общественного здравоохранения и Хорватского Красного Креста. Хорватская ассоциация по ВИЧ-инфекции и вирусному гепатиту (HUNIV) при поддержке и контроле со стороны Загребского городского управления здравоохранения работает в следующих направлениях: организация и координация деятельности; до- и послетестовое консультирование и информирование, вовлечение

и мотивирование целевых групп населения; контроль качества (внутренний контроль качества всех рабочих процессов); управление результатами, составление ежемесячной и ежегодной отчетности. Два раза в год организуются совещания для персонала, осуществляющего консультирование, с целью обмена опытом и обсуждения вопросов повышения качества. Протоколы консультирования и тестирования регулярно пересматриваются и обновляются в соответствии с новыми достижениями в этой области. Наконец, пользователям регулярно предлагается ответить на стандартизированный опросник по удовлетворенности клиентов, ответы на который затем используются при разработке и совершенствовании программной деятельности.

Доказательства воздействия/ эффективности

В период с 2013 года (год создания центра) до конца 2017 года в Загребском центре CheckPoint услуги индивидуального консультирования получили чуть более 7000 человек, а более 5500 человек прошли тестирование (на ВИЧ и/или ВГС) – в среднем 150-200 человек в месяц (Таблица 4). Данные показывают, что большинству клиентов (80%) Загребского центра тестирование было рекомендовано на основании качественной оценки риска и что 20% всех клиентов, проходящих тестирование, имели анамнез ИППП. У более 50% клиентов были выявлены нарушения здоровья и они были направлены в службы здравоохранения, специализирующиеся в таких областях, как скрининг на ИППП, охрана психического здоровья и оказание психосоциальной поддержки, профилактика наркозависимости и т.д. В случаях положительного результата тестирования на ВИЧ и/или ВГС члены команды

врачей-специалистов в области профилактики и лечения ВИЧ-инфекции и вирусного гепатита и консультантов Загребского центра CheckPoint информируют клиентов о дополнительных диагностических и лечебных процедурах, которые им необходимо пройти. После получения согласия клиентов они также предлагают им записаться на первый прием к соответствующему врачу. Клиентам также выдается бумажная распечатка результатов тестирования, которые могут быть впоследствии введены в базу данных соответствующего медицинского учреждения. Такой подход обеспечивает всесторонний доступ к медицинской помощи для людей с положительными результатами теста, включая большую долю людей, впервые прошедших тестирование (до 60-70%).

Ежегодное число новых случаев ВИЧ-инфекции и инфекции ВГС, выявленных у клиентов Загребского центра CheckPoint, составляет примерно пятую часть от всех таких случаев, выявленных в Хорватии. Загребский центр CheckPoint обеспечивает для своих клиентов безопасную среду, где они чувствуют, что их уважают и ценят. Кроме того, при подготовке проекта национальной стратегии по профилактике вирусного гепатита в Хорватии были использованы знания и достижения Загребского центра в таких областях, как внедрение системы, разработка целевых показателей по гепатиту В и С по модели показателей по ВИЧ-инфекции, доступ к целевым группам населения, система скрининга и т.д. На рис. 11 показаны уровни сотрудничества в рамках деятельности Загребского центра CheckPoint, а на рис. 12 – его внутренние помещения.

Таблица 4. Отчет о работе Загребского центра CheckPoint, 2013-2017 гг.

	ОБРАЗОВАНИЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ		ТЕСТИРОВА- НИЕ	ТЕСТИРОВАНИЕ НА ВИЧ			ТЕСТИРОВАНИЕ НА ВГС		
	Общее количество оказанных услуг ДТК*	Общее количество оказанных услуг ПТК**	Общее количество проведенных тестов	Общее число людей, прошедших тестирование на ВИЧ	Общее число ВИЧ-положительных людей	Процент ВИЧ-положительных людей	Общее число людей, прошедших тестирование на ВГС	Общее число людей, инфицированных ВГС	Процент людей, инфицированных ВГС
2013	1319	1277	1277	1215	13	1,07%	1002	6	0,60%
2014	1461	1382	1382	1339	9	0,67%	1230	14	1,14%
2015	1338	1043	1043	998	9	0,90%	738	5	0,68%
2016	1507	975	975	921	17	1,85%	662	18	2,72%
2017	1483	981	981	923	13	1,41%	702	7	1,00%
TOTAL	7108	5658	5658	5396	61	1,13%	4334	50	1,15%

**ДТК - дотестовое консультирование; **ПТК - послетестовое консультирование

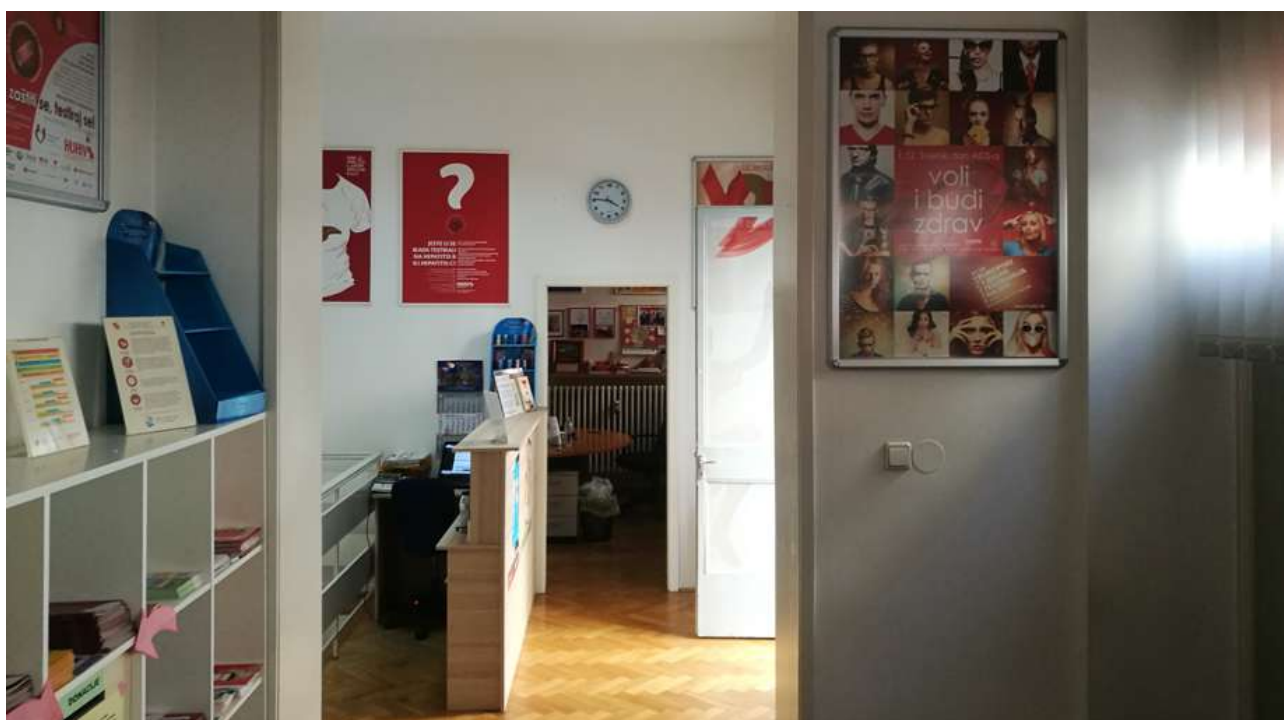
Рис. 11. Уровни сотрудничества в рамках деятельности Загребского центра CheckPoint



CIRH: Хорватский институт общественного здравоохранения.

Успешный опыт этой программы был использован при разработке целей и мероприятий Хорватской национальной программы по профилактике ВИЧ-инфекции/СПИДа, а также проекта национальной стратегии по профилактике вирусного гепатита. Кроме того, в программе развития служб здравоохранения в городе Загреб в рамках плана социального развития города Загреб на 2014-2020 годы центр CheckPoint обозначен в качестве одного из ключевых приоритетов. Этот центр также включен в регистр утвержденных программ Хорватской сети здоровых городов, целью которой является систематическая оценка эффективности текущих национальных программ и разработка рекомендаций и руководящих принципов для дальнейшего совершенствования политики и деятельности в области общественного здравоохранения. Загребский центр CheckPoint – это проект HUNIV, проводимый в партнерстве с администрацией города Загреб (т.е. городским управлением здравоохранения), инфекционной больницей «Dr Fran Mihaljevic», МЗ и целым рядом других партнеров и медицинских сообществ. Партнерами проекта являются университетская инфекционная больница «Dr Fran Mihaljevic», Хорватский институт общественного здравоохранения, Хорватский Красный Крест и Школа общественного здравоохранения «Dr Andrija Štampar», что свидетельствует о наличии межсекторального сотрудничества и политической приверженности.

Рис. 12. Внутренние помещения Загребского центра CheckPoint



Устойчивость

Загребский центр CheckPoint имеет следующие источники финансирования: Администрация города Загреб через гранты, предназначенные для развития системы медицинского обслуживания и общественного здравоохранения – 50%; МЗ через национальные программы сотрудничества с НПО – 30%; дополнительное финансирование со стороны национальных и международных организаций государственного и частного секторов – 20%. Национальные и местные заинтересованные стороны признали важность Загребского центра в преодолении стигматизации уязвимых групп населения и поэтому начали предоставлять дополнительные ежегодные финансовые средства на поддержку деятельности Центра. В годовом финансовом плане предусмотрены механизмы непрерывного финансирования Центра и подготовки заявок на финансирование, направляемых в европейские

структурные и инвестиционные фонды. Организуемые Центром информационные мероприятия, включая пресс-конференции, широко освещаются СМИ и пользуются популярностью у заинтересованных кругов. Пресс-конференции, проводимые сотрудниками Центра, активно поддерживаются городской администрацией, что способствует повышению информированности населения о деятельности Загребского центра CheckPoint. Дальнейшему развитию рассматриваемой практики могут способствовать следующие подходы: создание фокус-групп, структурированные интервью с клиентами центра, постоянное снижение стигмы посредством расширения программ на уровне местных сообществ и информационно-просветительской деятельности, а также внедрение разработанных в рамках деятельности Центра инструментов уведомления партнеров.

ЭСТОНИЯ. Предоставление качественных услуг по снижению вреда для людей, употребляющих инъекционные наркотики

Фамилии и служебная принадлежность всех соавторов: Kurbatova, Aljona¹ | Abel-Ollo, Katri¹ | Ojalo, Jürgen²

¹Национальный институт развития здравоохранения; ²Министерство социальных дел Эстонии

Общие сведения

Эстония – это единственная страна в Восточной Европе, где в последнее десятилетие наблюдалось устойчивое снижение показателя ВИЧ-инфицирования: после пиковых значений в 2001 г. этот показатель продолжал неуклонно снижаться вплоть до 2016 года (1). По оценкам, в Эстонии имеется 3906-9837 людей, употребляющих инъекционные наркотики. Употребление инъекционных наркотиков (УИН) в основном наблюдается в столице Таллинн (округ Харьюмаа) и в северо-восточной Эстонии (округ Ида-Вирумаа). По данным поперечных исследований, проведенных в период с 2013 по 2016 год, примерно 48-66% ЛУИН являются ВИЧ-инфицированными. В 2015 году среди людей с впервые диагностированной ВИЧ-инфекцией около 20% употребляли инъекционные наркотики; в 2010-2014 годах этот показатель оставался стабильным на уровне 17-23%.

Описание передовой практики

Программа распространения игл и шприцев (ПИШ) была внедрена в Эстонии в 1997 году и сейчас она является частью основного пакета мер по

снижению вреда. Этот пакет включает в себя следующее: программа распространения игл и шприцев; программа выдачи налоксона для приема на дому с целью сокращения числа смертельных передозировок; направление на тестирование на ВИЧ, ИППП и ТБ и взятие на диспансерное наблюдение; направление в центры лечения наркозависимости, ВИЧ-инфекции и ТБ; оказание социальной поддержки и услуг консультирования. Эти услуги в основном предоставляются в районах с наибольшей распространенностью ВИЧ-инфекции (Таллинн и прилегающие районы и Северо-Восточная Эстония). Количество пунктов, оказывающих услуги, (как стационарных, так и мобильных) увеличилось с 13 в 2002 году до 34 в 2017 году в 17 городах и населенных пунктах. Деятельность этих пунктов финансируется и регулируется девятью организациями, в основном НПО. В 2017 году услуги по снижению вреда были оказаны около 5500 клиентам. В том же году ПИШ распространила почти 2 миллиона бесплатных шприцев и игл, что превышает рекомендованное количество, составляющее 200 шприцев в год на человека, употребляющего инъекционные наркотики. Хотя тестирование на

ВИЧ не предлагается в рутинном порядке во всех пунктах снижения вреда, в более крупных из них проводится быстрое тестирование на ВИЧ. Кроме того, всем клиентам предлагается обратиться в центры ДКТ.

Доказательства воздействия/ эффективности

Поперечные исследования, проведенные в Эстонии, показывают, что в некоторых регионах распространенность практики совместного использования игл и шприцев в последнее время сократилась, но в других регионах она оставалась на прежнем уровне (Таблица 5). Среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, распространенность ВИЧ-инфекции продолжает оставаться высокой, но за период проведения исследования их знания о своем ВИЧ-статусе увеличились. Группа эстонского населения, употребляющая инъекционные наркотики, стареет, и средний стаж (т.е. число лет) употребления инъекционных наркотиков увеличивается; таким образом, можно предполагать, что численность ЛУИН в стране стабилизировалось или стабилизируется (Таблица 5). В 2011 г. Uusküla et al. (2011 г.) пришли к выводу, что сокращение числа новых случаев ВИЧ-инфекции среди новых ЛУИН совпало с масштабным расширением ПИШ в Эстонии (40). По оценкам, заболеваемость ВИЧ-инфекцией среди людей, недавно начавших употреблять инъекционные наркотики, значительно сократилась – с 18 на 100 человеко-лет в 2005 году и 21 на 100

человеко-лет в 2007 году до 9 на 100 человеко-лет в 2009 году ($P = 0,026$).

Устойчивость

Мероприятия по снижению вреда полностью финансируются из национального бюджета в рамках реализации Национального плана здравоохранения, а в нынешнем Национальном плане действий по ВИЧ/СПИДу и белом документе по политике в отношении наркотиков дается описание более широких стратегических направлений деятельности (45). «Белый документ» на 2014-2018 годы содержит одобренный правительством комплекс научно обоснованных принципов и стратегических рекомендаций по сокращению употребления наркотиков и обязательство учитывать эти принципы и рекомендации при планировании мероприятий по предупреждению незаконного оборота наркотиков.

Снижение вреда, связанного с употреблением наркотиков, является одной из ключевых целей политики в отношении наркотиков и политики общественного здравоохранения в Эстонии. Эстония включила услуги по снижению вреда в основной пакет услуг здравоохранения в рамках программы ГФСТМ по противодействию ВИЧ-инфекции, которая была начата в 2003 году. Это позволило стране разработать более систематический подход к снижению вреда в период 2003-2007 годов и включить меры по снижению вреда в число приоритетных направлений деятельности в рамках Национальной стратегии противодействия ВИЧ/СПИДу на

Таблица 5. Результаты исследований рискованного поведения и распространенности ВИЧ-инфекции среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, 2012, 2013, 2014 и 2016 годы

Критерии измерения	2012	2013	2014	2016
Область	Kohtla-Järve	Tallinn	Narva	Kohtla-Järve
Средний возраст, лет	30	32	34	35
Стаж употребления инъекционных наркотиков, лет	11	12	14	16
Доля ЛУИН, которые в последние 4 недели совместно использовали иглы и шприцы для введения наркотиков	6%	23%	10%	1%
Доля ЛУИН, которые когда-либо совместно использовали иглы/шприцы для введения наркотиков	65%	67%	66%	60%

Источники информации: Institute for Health Development, 2012 (41), 2013 (42), 2014 (43) and 2015 (44).

2005-2015 годы. В 2007 году ГФСТМ прекратила финансирование программ снижения вреда, однако созданная модель совместного финансирования на национальном и местном уровнях позволила стране перейти от международного к национальному финансированию. С 2007 года Эстония полностью финансирует программы снижения вреда из внутренних источников и обеспечивает хороший

общенациональный охват ПИШ, продолжая при этом усилия по расширению охвата ОЗТ. Важнейшую роль в обеспечении политической поддержки играет долгосрочное финансовое планирование и предоставление фактических данных о результативности и экономической эффективности мероприятий по снижению вреда.

ФРАНЦИЯ. Обеспечение доступа к услугам ДКП для групп населения с высоким риском заражения ВИЧ половым путем

Фамилии и служебная принадлежность всех соавторов: Molina, Jean-Michel¹ | Comboroure, Jean-Christophe² | Dabis, François³

¹Парижский Университет Дидро, больница Сент-Луиса AP-HP; ²Министерство здравоохранения, Франция; ³Национальное научное исследовательское агентство по ВИЧ-инфекции/СПИДу и гепатиту (ANRS)

Общие сведения

Начиная с 2006 года, ежегодное число впервые диагностированных случаев ВИЧ-инфекции во Франции стабильно держится на уровне около 6000 (в 2016 году), несмотря на свободный и бесплатный доступ к тестированию на ВИЧ и АРТ и реализацию рекомендации назначать АРТ всем ЛЖВ независимо от уровня CD4-клеток. На МСМ и гетеросексуалов, родившихся за рубежом (75% из стран Африки к югу от Сахары), приходится 44% и 39% всех новых диагнозов ВИЧ-инфекции, соответственно. В феврале 2012 года Французское научно-исследовательское агентство по ВИЧ-инфекции/СПИДу и гепатиту (ANRS) приняло решение провести исследование IPERGAY, чтобы определить среди МСМ, подвергающихся высокому риску, эффективность ДКП, основанную на приеме тенофовир дизопроксила фумарата в сочетании с эмтрицитабином (TDF/FTC). В исследовании, в котором МСМ ежедневно принимали TDF/FTC, заболеваемость ВИЧ-инфекцией снизилась всего лишь на 44% (46). Однако исследователи полагали, что менее требовательная или более удобная схема АРТ может быть более устойчивой и эффективной. Результаты исследования ANRS IPERGAY, обнародованные на конференции 2015 года по ретровирусным и оппортунистическим инфекциям, показали, что АРТ, основанная на приеме TDF/FTC по потребности, привела к относительному сокращению заболеваемости ВИЧ-инфекцией на 86% по сравнению с группой плацебо (47). Кроме того, высокая эффективность такой схемы АРТ была подтверждена результатами дополнительного исследования без группы плацебо, которые продемонстрировали

относительное снижение заболеваемости ВИЧ-инфекцией на 97% (48). На основе результатов проведенного исследования и рекомендаций французской группы экспертов, работающей под эгидой Французского агентства по контролю над наркотиками, в конце 2015 года МЗ Франции присвоил TDF/FTC статус препарата, рекомендуемого “для временного использования” для профилактики ВИЧ-инфекции у лиц с высоким риском заражения ВИЧ половым путем, с полным возмещением затрат на такую терапию из бюджета национальной системы здравоохранения с января 2016 года.

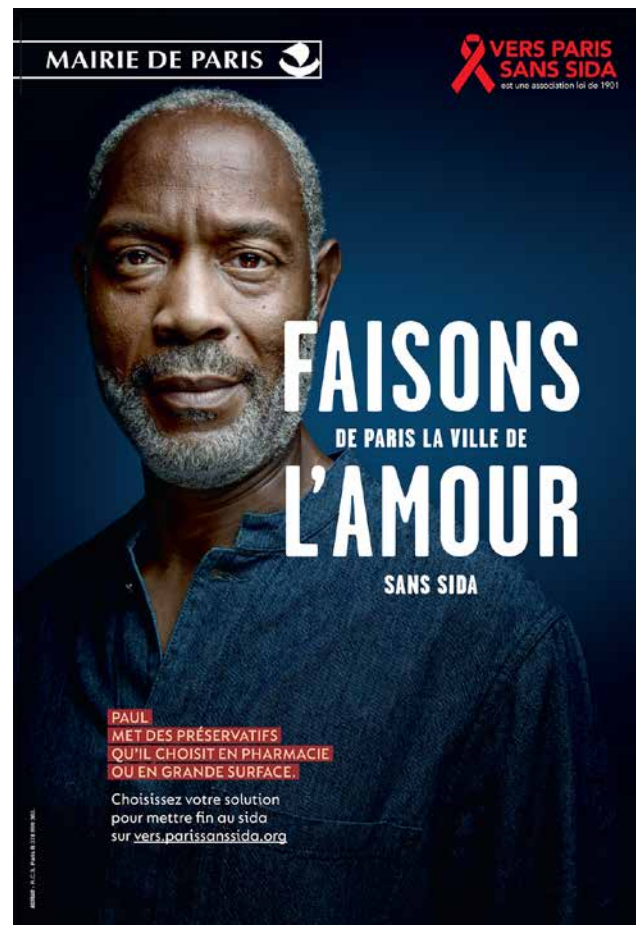
Полное одобрение на использование этой схемы лечения было дано в феврале 2017 года после того, как Европейское агентство по лекарственным средствам (ЕМА) дало разрешение на применение TDF/FTC для предотвращения заражения ВИЧ.

Описание передовой практики

С января 2016 года, ДКП, основанная на приеме TDF/FTC, рекомендуется во Франции для лиц с высоким риском заражения ВИЧ половым путем. В число таких лиц входят следующие категории: МСМ или трансгендерные лица, люди, которые имели незащищенный анальный секс как минимум с двумя партнерами в течение последних шести месяцев, а также люди с установленным диагнозом ИППП в течение последних 12 месяцев, люди, которые прошли более одного курса постконтактной профилактики (ПКП) в течение последних 12 месяцев или люди, которые употребляли наркотики во время полового акта [такие как кокаин, ГОМК (гамма-оксимасляная кислота), или МДМА

(экстази)]. Другие категории лиц с высоким риском инфицирования ВИЧ оценивались на индивидуальной основе. Они включали в себя РКС, имеющих незащищенные половые контакты, и людей, имеющих незащищенные половые контакты с людьми из групп с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции (например, люди из стран с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции; люди, имеющие несколько сексуальных партнеров; люди, употребляющие инъекционные наркотики). Используются следующие схемы ДКП: ежедневный прием препарата (одна таблетка в день); ДКП по потребности, как в исследовании ANRS IPERGAY (загрузочная доза из двух таблеток, принимаемых за 2-24 часа до полового контакта, и затем еще две таблетки: одну принимают через 24 часа после первого приема, вторую – через 48 часов). ДКП по потребности рекомендуется только для МСМ, которые планируют вступать в половые контакты. Первый рецепт на ДКП на основе TDF/FTC должен быть выписан либо работающим в стационаре специалистом по ВИЧ-инфекции, либо в центре сексуального здоровья. Чтобы получить рецепт, пациенты должны предоставить результаты недавнего теста на ВИЧ с использованием комбинированного ИФА четвертого поколения и результаты тестирования на другие ИППП и клиренс креатинина для оценки функции почек (так как тенофовир дизопроксил фумарат может оказать токсическое воздействие на почки). Пациенты должны вновь посетить врача через месяц (чтобы исключить диагноз острой ВИЧ-инфекции и оценить переносимость TDF/FTC и приверженность ДКП), а затем каждые три месяца. Врачи общей практики могут обновлять рецепты и осуществлять мониторинг ДКП, как это указано в руководстве по внедрению и мониторингу ДКП 2018 года (которое было обновлено французской группой экспертов) (49). Расходы на ДКП полностью возмещаются национальной системой здравоохранения, а TDF/FTC можно приобрести как в больницы, так и в частной аптеке. Для ДКП используются генерические препараты TDF/FTC, которые доступны во Франции с июля 2017 года. Национальная информационная кампания для МСМ (Рис. 14) была запущена во всех французских городах в ноябре 2016 года. Кроме того, был создан специальный веб-сайт для информирования МСМ о профилактике ВИЧ-инфекции, тестировании на ВИЧ и ДКП (50).

Рис. 13. Кампания по повышению осведомленности ключевых групп населения о ВИЧ-инфекции, муниципалитет Парижа



Доказательства воздействия/эффективности

Данные об использовании ДКП в период с 1 января 2016 года по 31 июля 2017 года, полученные из национальной базы данных о медицинском страховании, показали, что в течение этого периода ДКП (включая ежедневную ДКП и ДКП по потребности) начали в общей сложности 5352 человека. При этом ежемесячно ДКП начинали 300-400 человек. Из людей, принимающих ДКП, 97,5% – это мужчины со средним возрастом 37 лет (межквартильный диапазон: 30-45 лет); 49% живут в регионе Иль-де-Франс (Париж), 10% – в регионе Овернь-Рона-Альпы (Лион) и 10% – в регионе Прованс-Альпы-Лазурный Берег (Ницца). Примерно в 92,2% случаев первоначальные рецепты выписывают в стационаре. Количество МСМ из группы высокого риска во Франции составляет около 32 000. Данные за первый год использования ДКП во Франции были представлены на Международной конференции по

Рис. 14. Национальная информационная кампания, направленная на МСМ



СПИДу в 2017 году (51). Среди 2774 человек (98% МСМ) было зарегистрировано только четыре случая сероконверсии. При этом два пациента уже были инфицированы на момент начала ДКП, а два других сообщили о плохой приверженности ДКП. Общая заболеваемость ВИЧ-инфекцией в этой когорте составила всего 0,28 на 100 человеко-лет наблюдения, что было аналогично показателю, зарегистрированному в открытой фазе исследования ANRS IPERGAY. Потребность в данных о влиянии ДКП на количество новых диагностированных случаев ВИЧ-инфекции очень высокая, но данные за 2017 год будут доступны только в конце 2018 года. Внедрение ДКП позволило проводить более частое

тестирование на ИППП, включая ВИЧ-инфекцию, среди клиентов, получающих ДКП (каждые три месяца), что способствовало более ранней постановке диагноза и более раннему назначению лечения (в основном) бессимптомных инфекций. Достоинства ДКП были также учтены при разработке французских рекомендаций по тестированию на ИППП среди лиц с высоким риском (тесты на хламидиоз и гонорею рекомендуется проводить каждые три месяца).

Устойчивость

Анализ экономической эффективности показал, что предоставление средств ДКП лицам с высоким

риском может быть экономически целесообразным, если используются непатентованные/генерические препараты TDF/FTC со схемой приема по потребности, когда требуется только половина количества таблеток по сравнению со схемой ДКП с ежедневным приемом TDF/FTC. На основе данных проведенного в рамках ANRS исследования IPERGAY было подсчитано, что для каждых 17 МСМ высокого риска прием препаратов ДКП в течение одного года позволяет предотвратить один случай ВИЧ-инфекции. Несмотря на то, что

расходы на ДКП полностью покрываются, клиенты по-прежнему несут собственные расходы, связанные с поездками в ЛПУ каждые три месяца, лабораторными анализами и посещением врача (только 60% из которых покрываются национальной системой здравоохранения), если они не имеют частной медицинской страховки. В мае 2017 года организация ANRS также запустила трехлетний проект по оценке пользы от расширения ДКП среди МСМ в Иль-де-Франс (регионе Франции, наиболее пострадавшем от эпидемии ВИЧ-инфекции).

ГРУЗИЯ. Прогресс в достижении целевых показателей в отношении АРТ и вирусной супрессии путем реализации стратегии «Лечить всех»

Фамилии и служебная принадлежность всех соавторов: Tsertsvadze, Tengiz | Chkhartishvili, Nikoloz | Abutidze, Akaki | Chokoshvili, Otar | Sharvadze, Lali | Gabunia, Pati

Научно-практический центр инфекционной патологии, СПИДа и клинической иммунологии, Грузия

Общие сведения

Первый случай ВИЧ-инфекции в Грузии был выявлен в 1989 году. По состоянию на конец 2017 года в стране проживало в общей сложности 5090 человек с диагностированной ВИЧ-инфекцией. Как и в других восточноевропейских странах, эпидемия ВИЧ-инфекции в Грузии в течение многих лет была в основном связана с употреблением инъекционных наркотиков, так как на этот путь заражения ВИЧ ежегодно приходилось около 60% всех новых диагнозов ВИЧ-инфекции. Однако последние данные о тенденциях заболеваемости свидетельствуют об уменьшении доли новых случаев ВИЧ-инфекции, связанных с употреблением инъекционных наркотиков (УИН), с соответствующим увеличением доли случаев заражения ВИЧ при гетеросексуальных контактах и сексуальных половых контактах между мужчинами. В настоящее время распределение новых случаев ВИЧ-инфекции по путям заражения является следующим: гетеросексуальные контакты – 48%; употребление инъекционных наркотиков – 36%; половые контакты между мужчинами – 13%. Примечательно, что в период с 2010 по 2017 год количество впервые диагностированных случаев ВИЧ-инфекции среди МСМ увеличилось в пять раз. Согласно результатам обследования IBBS, проведенного в тот же период, распространенность ВИЧ-инфекции сохраняется на уровне ниже 5% среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, (52) и увеличилась до 21% среди МСМ (53).

АРТ была внедрена в Грузии в 1990-х годах, но доступ к ней был очень ограниченным. С 2004 года, благодаря поддержке ГФСТМ и в соответствии с существующими международными руководящими принципами, Грузия обеспечила всеобщий доступ к АРТ, что привело к резкому сокращению смертности от СПИДа.

Описание передовой практики

Грузия добилась значительного прогресса в сфере лечения и ухода при ВИЧ-инфекции. Национальная программа лечения больных СПИДом начала действовать в 1995 году и была существенно усилена после получения гранта ГФСТМ в 2004 году. Грузинская система предоставления медицинских услуг основывается на принципах равенства и уважения прав человека, а ее основной целью является обеспечение всеобщего доступа к лечению и уходу при ВИЧ-инфекции.

Грузия постепенно продвигалась к стратегии более раннего начала АРТ в соответствии с рекомендациями ВОЗ. Для этой цели в 2011 году была внедрена стратегия назначения АРТ при уровне клеток CD4 <350 на мм³, а в 2013 году - при уровне клеток CD4 <500 на мм³. В сентябре 2015 года Грузия перешла на стратегию «Лечить всех». Меры по подготовке к внедрению стратегии «Лечить всех» принимались в течение ряда лет. Первоначально интерес к этой стратегии возник под влиянием впечатляющих результатов исследования HPTN 052, посвященного

изучению АРВ-терапии как средства профилактики передачи ВИЧ-инфекции (54), которые были затем подтверждены исследованиями TEMPRANO и START (55,56). Опубликовано ВОЗ в сентябре 2015 г. руководство по раннему началу АРТ позволило стране снять ограничения на доступ к АРТ и рекомендовать или предоставлять спасительную терапию всем лицам, живущим с ВИЧ в Грузии, независимо от уровня их клеток CD4 (57). Новые рекомендации были быстро распространены, и к концу 2015 года была разработана общенациональная стратегия. Реализация стратегии “Лечить всех” свидетельствует о том, что Грузия сохраняет свой подход к АРТ с позиций общественного здравоохранения. Предусмотрены стандартные схемы АРТ первого ряда, а в процессе мониторинга лечения приоритет отдается определению вирусной нагрузки. Комплексный пакет услуг в Грузии также включает в себя вспомогательные услуги, предоставляемые как работниками здравоохранения, так и работниками, не имеющими медицинского образования, но прошедшими специальную подготовку, включая членов общественных организаций (ОО). Эти вспомогательные услуги включают в себя мониторинг и поддержку приверженности, психологическое консультирование, а также поддержку, оказываемую равными консультантами.

В 2011 году Грузия запустила национальную информационную систему по СПИДу (AIDS HIS), которая является защищенной веб-системой, соединяющей всех поставщиков услуг в сфере профилактики и лечения ВИЧ-инфекции в стране. Система обеспечивает сбор в реальном времени информации о конкретных случаях заболевания, включая подробные демографические, эпидемиологические, клинические и лабораторные данные. В рамках этой системы предусматривается, что каждому пациенту будет присвоен уникальный национальный идентификационный номер, что исключает возможность двойной регистрации случаев ВИЧ-инфекции. Эта уникальная система включает в себя эпидемиологическую и клиническую информацию, что позволяет проводить качественный анализ агрегированных данных, результаты которого могут быть использованы как в целях общественного здравоохранения, так и в клинической практике. Обеспечению справедливого доступа к АРТ уделяется первостепенное внимание с 2004 года, когда в стране была внедрена программа расширенного использования АРТ. Согласно этой концепции все люди должны получать

качественные медицинские услуги независимо от их рискованного поведения, пола или этнической принадлежности. Кроме того, особые усилия прилагаются к тому, чтобы обеспечить более широкое вовлечение в программы профилактики и лечения ВИЧ-инфекции ключевых групп населения, таких как ЛУИН. Налажены хорошие связи с наркологическими службами, которые предоставляют бесплатные услуги по снижению вреда, включая ОЗТ, всем ВИЧ-позитивным лицам, которые удовлетворяют соответствующим критериям.

Тесное сотрудничество между службами профилактики и лечения ВИЧ-инфекции и ТБ обеспечивает эффективное ведение пациентов с сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ; Грузия имеет один из самых высоких показателей охвата лиц с известным ТБ/ВИЧ-статусом в Европейском регионе ВОЗ (1). Лечение гепатита полностью интегрировано в программу лечения ВИЧ-инфекции. Все клиенты также обследуются на вирусный гепатит. Пациентам с коинфекцией ВИЧ/ВГВ назначают схемы АРТ, содержащие тенофовир. Для пациентов с коинфекцией ВИЧ/ВГС бесплатно лечение гепатита С доступно повсеместно с 2011 года. В 2015 году при поддержке CDC и одной из фармацевтических фирм Грузия приступила к проведению первой в мире кампании по ликвидации гепатита С. С этого момента все лица с коинфекцией ВИЧ/ВГС имеют бесплатный доступ к противовирусным препаратам прямого действия.

Доказательства воздействия/ эффективности

В настоящем анализе основное внимание уделяется прогрессу Грузии в достижении целей стратегии 90-90-90, относящихся к АРТ и вирусной супрессии. Определения целевых показателей были взяты из Руководства по глобальному мониторингу эпидемии СПИДа, 2018 г. (58).

К концу 2017 года в Грузии было выявлено и проживало 5090 ВИЧ-позитивных лиц, из которых 4144 (81%) получали АРТ. Таким образом, цель 90% пока не достигнута, но в целом в этой области наблюдается очевидный прогресс. За пять лет (с 2013 по 2017 год) число людей, получающих АРТ в Грузии, более чем удвоилось, а доля проходящих лечение лиц с установленным диагнозом увеличилась с 57% до 81% (Рис. 15).

В стране также наблюдается соответствующее увеличение числа и доли лиц с подавленной вирусной нагрузкой. В 2017 году у 71% всех лиц с диагнозом ВИЧ-инфекции вирусная нагрузка (ВН) была подавлена. Цель в отношении вирусной супрессии (90%) была почти достигнута для ЛЖВ, получающих АРТ, так как при последнем измерении ВН в 2017 году у 87% из них (3598 из 4144) ВН была менее 1000 копий/мл (Таблица 6). Стратифицированный анализ по путям передачи вируса показал, что 90-процентный целевой показатель в отношении АРТ и вирусной супрессии уже достигнут для гетеросексуально инфицированных женщин, проживающих в Грузии. Что касается таких показателей, как охват АРТ и подавление вирусной нагрузки, то самые их низкие значения наблюдались соответственно среди МСМ и людей, употребляющих инъекционные наркотики.

Хотя АРТ предлагается всем ЛЖВ, не все из них начинают лечение. Кроме того, некоторые ЛЖВ, которые начали получать АРТ, впоследствии выпадают из-под наблюдения. Эксперты провели дополнительные анализы для изучения причин

выбытия пациентов из-под наблюдения в период между постановкой диагноза и началом лечения. Для облегчения анализа причин выбытия пациентов в каскаде лечения ВИЧ-инфекции был установлен дополнительный этап, характеризующий удержание пациентов в системе диспансерного наблюдения в период между постановкой диагноза и началом АРТ. Для оценки этого этапа использовался такой критерий, как по крайней мере одно измерение уровня CD4-клеток или вирусной нагрузки, проведенное в 2017 году. Проведенный анализ показал, что среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, и гетеросексуально инфицированных мужчин выбытие из-под медицинского наблюдения происходит как в период между постановкой диагноза и взятием на диспансерное наблюдение, так и в период между взятием на диспансерное наблюдение и началом АРТ. В целом, 97% ВИЧ-позитивных МСМ ставят на диспансерное наблюдение. У них часто наблюдается высокий уровень CD4-клеток и некоторые из них могут отказаться от АРТ из-за того, что они считают себя вполне здоровыми.

Рис. 15. Каскад услуг при диагностированной ВИЧ-инфекции, Грузия, 2013-2017 гг.

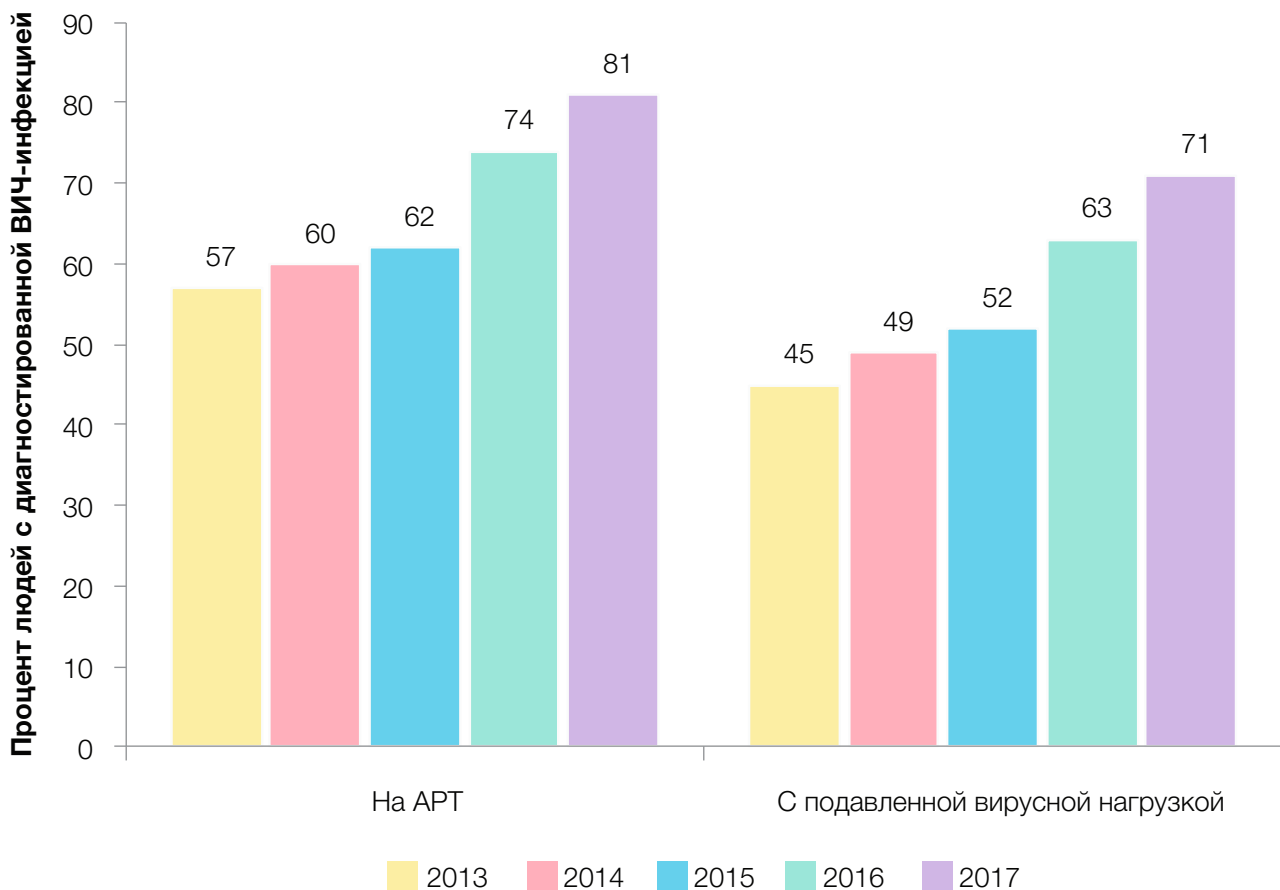


Таблица 6. Достижение целевых показателей 90-90-90 в отношении АРТ и подавления вирусной нагрузки

Категория	Процент и количество людей с диагностированной ВИЧ-инфекцией, которые получают АРТ	Процент и количество людей на АРТ, вирусная нагрузка которых подавлена
Люди, живущие с ВИЧ	81 (4144/5090)	87 (3598/4144)
Люди, употребляющие инъекционные наркотики	78 (1435/1843)	84 (1205/1435)
МСМ	75 (479/640)	88 (422/479)
Гетеросексуально инфицированные мужчины	78 (894/1150)	87 (774/894)
Гетеросексуально инфицированные женщины	92 (1219/1328)	90 (1102/1219)

После двух лет осуществления стратегии “Лечить всех”, Грузия продемонстрировала, что достижение целевых показателей (охват АРТ 90% людей с диагнозом ВИЧ-инфекции и подавление вирусной нагрузки у 90% тех, кто получает АРТ) вполне возможно (Рис. 16). Страна добилась существенного прогресса в расширении масштабов АРТ, и скоро уже достигнет вышеуказанных показателей. Для гетеросексуально инфицированных женщин эти показатели уже достигнуты. Кроме того, они могут быть достигнуты и для других групп населения, поскольку имевшие место недостатки были четко определены и устранены. Благодаря внедрению АРТ с 2004 года смертность вследствие СПИДа уже значительно снижена. Ожидается, что дальнейшее расширение АРТ позволит снизить смертность среди ВИЧ-инфицированных людей и улучшить качество их жизни. Модели спектральных проекций показывают, что оценочное число новых случаев ВИЧ-инфекции в Грузии сокращается на протяжении нескольких последних лет, что ассоциируется с выполнением рекомендаций по более раннему началу АРТ.

Успех программы АРТ в Грузии стимулировал движение за прекращение эпидемии ВИЧ-инфекции в стране к 2030 году.

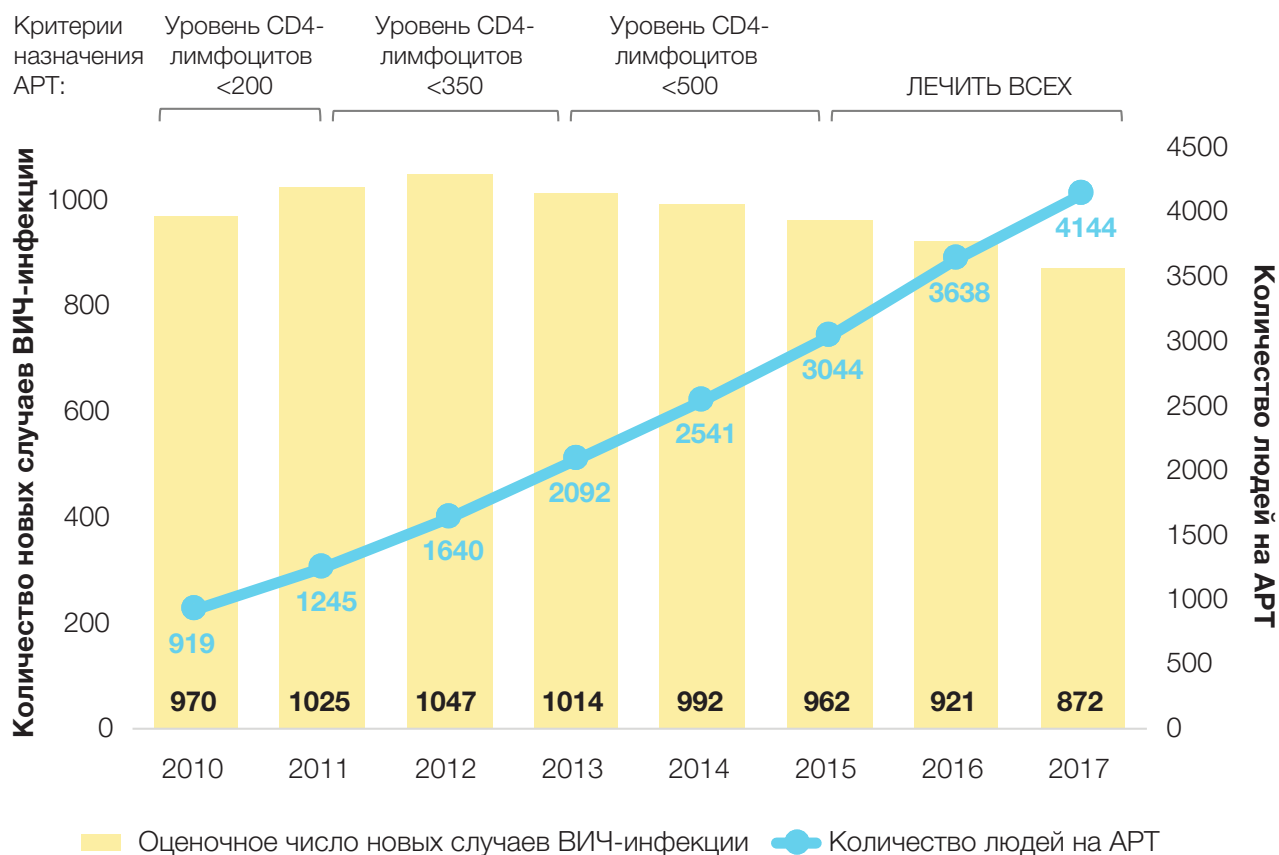
1 декабря 2017 года Национальная конференция по СПИДу приняла декларацию по ВИЧ/СПИДу, в которой поставлены цели «Тестировать всех, Лечить всех, Положить конец эпидемии СПИДа в Грузии».

Хотя страна неуклонно движется к достижению глобальных целей по охвату АРТ и подавлению вирусной нагрузки, на пути к достижению первого целевого показателя, согласно которому 90% всех людей, живущих с ВИЧ, должны знать свой ВИЧ-статус, стоят значительные трудности. В настоящее время только 48% из примерно 10 500 человек, живущих с ВИЧ в Грузии, знают о своем ВИЧ-статусе, что не позволяет стране получить максимальные индивидуальные и общественные преимущества от АРТ. Улучшение диагностики ВИЧ-инфекции позволит стране приблизиться к достижению цели прекращения эпидемии.

Устойчивость

Грузия привержена принципу всеобщего охвата медицинским обслуживанием, благодаря чему все жители страны имеют равный доступ к базовым услугам здравоохранения. В 2013 году Минздрав запустил программу по обеспечению всеобщего доступа к услугам здравоохранения, одной из приоритетных целей которой является принятие решительных мер противодействия инфекционным заболеваниям, таким как ВИЧ-инфекция, инфекция ВГС и ТБ. Это обязательство, наряду с подходом с позиций общественного здравоохранения к профилактике, диагностике и лечению инфекционных заболеваний, обеспечивает основу для обеспечения устойчивости рассматриваемой практики. Национальная программа АРТ закупает преквалифицированные ВОЗ непатентованные препараты, обеспечивая тем самым низкую стоимость лечения. В 2017 году Грузия начала закупать генерический препарат нового ингибитора интегразы,

Рис. 16. Оценочное количество новых случаев ВИЧ-инфекции, критерии назначения АРТ и количество людей, получающих АРТ, Грузия, 2010-2017 гг.



который, наряду с низкой стоимостью, имеет такие преимущества, как высокая эффективность, высокий генетический барьер для развития лекарственной устойчивости ВИЧ и низкая токсичность. Учитывая эти обстоятельства, в пересмотренном национальном руководстве 2018 года в качестве предпочтительной схемы АРТ первого ряда рекомендуется комбинация тенофовира/эмтрицитабина плюс долутегравир со стоимостью менее 120 долларов США на человека в год, что поможет уменьшить финансовую нагрузку на национальную систему здравоохранения.¹²

Национальная программа АРТ, первоначально поддерживаемая ГФСТМ, в настоящее время

находится в процессе перехода к внутреннему финансированию. Правительство Грузии строго выполняет свои обязательства путем увеличения бюджета Национальной программы по СПИДу. За счет государственного бюджета уже покрывается 100% расходов, связанных с закупкой препаратов первого ряда, и 50% расходов, связанных с закупкой препаратов второго ряда. Ожидается, что к 2020 году финансирование программы (включая все аспекты лечения и ухода) будет полностью переведено на внутренние источники. Переход к внутреннему финансированию программы противодействия ВИЧ/СПИДу является неотъемлемой частью национальной политики по обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения. Правительство Грузии существенно увеличило государственные расходы на здравоохранение, которые в период с 2012 по 2015 год более чем удвоились (согласно национальным счетам здравоохранения на 2011-2015 годы) после внедрения программы обеспечения всеобщего доступа к услугам здравоохранения, а национальный бюджет здравоохранения продолжает ежегодно увеличиваться. За последние несколько лет объем финансирования

¹² В мае 2018 г. ВОЗ опубликовала заявление о потенциальном риске дефектов нервной трубки у младенцев, родившихся у женщин, которые во время зачатия принимали долутегравир (59). В связи с тем, что все большее количество стран наращивают усилия по оптимизации АРТ и включают или планируют включить схемы, содержащие долутегравир, в свои национальные протоколы в качестве предпочтительного варианта терапии первого ряда, ВОЗ выпустила в апреле 2018 года информационную записку о клинических преимуществах нового комбинированного препарата с фиксированной дозой «тенофовир/ламивудин/долутегравир» и о программных аспектах использования этого препарата (60). В июле 2018 года планируется провести ряд различных дополнительных аналитических исследований, чтобы расширить объем данных, которые на данный момент получены только от одной страны.

на борьбу со СПИДом увеличился с 4,5 млн. долл. США до 8,6 млн. долл. США. При этом в настоящее

время 70% средств на борьбу со СПИДом выделяется из государственного бюджета.

ГРЕЦИЯ. Программа «выявление-тестирование-лечение-удерживание», целью которой является снижение в афинском столичном регионе передачи ВИЧ среди людей, употребляющих инъекционные наркотики: программа «Аристотель»

Фамилии и служебная принадлежность всех соавторов: Sypsa, Vana | Paraskevis, Dimitrios | Psychogiou, Mina | Malliori, Meni | Hatzakis, Angelos

Национальный и Каподистрийский Университет Афин

Общие сведения

До 2010 года заболеваемость ВИЧ-инфекцией в Греции была низкой и наблюдалась, главным образом, среди МСМ. С 2002 по 2010 год среди ЛУИН ежегодно регистрировалось 10-20 случаев, что составляло 2-4% от впервые диагностированных случаев ВИЧ-инфекции. В 2011 году число зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции среди ЛУИН резко возросло до 260, т.е. более чем в 16 раз по сравнению с 2010 годом. В начале 2010 года показатели охвата программами снижения вреда в Афинах были значительно ниже уровня, рекомендованного ВОЗ и другими организациями: более 5500 опиоидзависимых лиц ожидали получения ОЗТ в среднем 7,6 года, а программы игл и шприцев (ПИШ) распределяли в год примерно по 16 шприцев на человека, употребляющего инъекционные наркотики. Таким образом, резкий рост заболеваемости ВИЧ-инфекцией в 2011 году произошел в контексте недостаточности мер по снижению вреда и тяжелого экономического спада. Именно эти факторы были предложены в качестве коренных причин такого роста.

Описание передовой практики

Ввиду резкого роста заболеваемости ВИЧ-инфекцией в 2011 году, была разработана и реализована комплексная профилактическая программа «Аристотель» (61,62). Ее цели заключались в том, чтобы быстро выявить как можно большее число ЛУИН, проживающих в Афинах; предложить им пройти тестирование на ВИЧ; проинформировать их о способах предотвращения заражения и передачи ВИЧ; обеспечить, чтобы выявленные ЛЖВ получали АРТ. В программе предусмотрено множество различных услуг, включая следующие: тестирование на ВИЧ; подключение к программе

ОЗТ; консультативная помощь, оказываемая психологом, врачом и социальными работниками, прикрепленными к программе; распространение игл и шприцев; распространение презервативов; организация легких закусок в приемной врача; подготовка и распространение информационных материалов; направление наркозависимых в приют организации по борьбе с наркотиками, где ЛУИН имеют доступ к еде, душе, прачечной и другим удобствам. Эта программа проводилась совместно Национальным и Каподистрийским Университетом Афин, Греческой организацией по борьбе с наркотиками и Греческим научным обществом по изучению СПИДа и ИППП. В рамках программы также поддерживалось сотрудничество с двумя НПО: опытный доброволец из НПО «Позитивный голос» находился в офисе программы для оказания консультативной помощи серопозитивным ЛУИН; а серопозитивные мигранты, не имеющие документов, направлялись в НПО «Praxis».

Деятельность программы «Аристотель» была основана на принципе «равный-равному», а для охвата целевой группы людей, употребляющих инъекционные наркотики, использовались денежные стимулы (5 евро за участие плюс 3 евро за каждого нового участника – но не более трех человек). При определении оптимальной величины денежного вознаграждения, чтобы оно не было ни слишком большим и ни слишком маленьким, были использованы данные формативных исследований (интервью с небольшим количеством людей, употребляющих инъекционные наркотики, и дискуссии с ключевыми информаторами). В период с августа 2012 года по декабрь 2013 года было проведено пять туров набора участников исследования. При этом в каждом туре в исследование включалось

примерно 1400 человек, употребляющих инъекционные наркотики. Все ЛУИН были проинформированы о программе и о том, что они могут отказаться от дальнейшего участия в любое время. После получения письменного информированного согласия у участников были взяты образцы крови для тестирования на ВИЧ и с ними были проведены личные интервью с использованием опросника, который включал разделы, посвященные употреблению инъекционных наркотиков и сексуальному поведению. Не греческие граждане поощрялись к участию в программе через посредников по вопросам культуры в ходе собеседований на нескольких языках (греческий, фарси, арабский, английский, французский и курдский). За 16-месячный период было зарегистрировано 7100 посещений, которые были совершены 3320 ЛУИН, что представляет собой охват 88% целевой группы населения, если исходить из оценочных данных греческого центра документирования и мониторинга ситуации с наркотиками о числе ЛУИН в Афинах (61,62). Из них 1533 ЛУИН приняли участие только в одном туре, а остальные ($n = 1787$; 53,8%) – в нескольких турах: 681 (20,5%) приняли участие в двух турах, 469 (14,1%) в трех турах, 374 (11,3%) в четырех турах и 263 (7,9%) во всех пяти турах.

Доказательства воздействия/ эффективности

Программа «Аристотель» оказывала услуги ЛУИН как в рамках официальной системы здравоохранения, так и за ее пределами. Она способствует повышению справедливости в предоставлении услуг, поскольку она охватывает большинство ЛУИН, включая более уязвимых людей, например, людей без документов. Это позволило улучшить показатели тестирования на ВИЧ среди ЛУИН, взятия на диспансерное наблюдение ЛУИН с диагностированной ВИЧ-инфекцией и их охвата АРТ. В рамках программы также предусматриваются такие формы работы, как распространение игл и шприцев и ОЗТ. Кроме того, она позволила собирать данные о рискованном поведении и ВИЧ-статусе среди людей, употребляющих инъекционные наркотики.

Программа была высокоэффективной, так как она позволила быстро охватить значительную часть ЛУИН и протестировать их на ВИЧ. В период с августа 2012 года по декабрь 2013 года в рамках программы было зафиксировано значительное снижение заболеваемости ВИЧ-инфекцией – с 7,8

на 100 человеко-лет до 1,7 на 100 человеко-лет (т.е. на 78%) (61,62). Были отмечены значительные изменения в рискованном поведении с течением времени, в том числе снижение доли ЛУИН, которые сообщали, что в последние 12 месяцев они употребляли инъекционные наркотики не менее одного раза в день (с 45,2% в августе – октябре 2012 года до 18,8% в сентябре – декабре 2013 года; $P < 0,001$) и доли ЛУИН, которые в последние 12 месяцев использовали общий шприц для введения наркотиков (с 36,8% до 26,0%; $P = 0,007$) (61,62). Доля недиагностированных ВИЧ-положительных участников снизилась с 84,3% в августе-октябре 2012 года до 15,0% в сентябре-декабре 2013 года (Рис. 17). Наблюдалось увеличение доли ЛУИН, которые в настоящее время получают ОЗТ: с 12,2% в августе – октябре 2012 года до 27,7% в сентябре – декабре 2013 года ($P < 0,001$; Рис. 17). Что касается взятия на диспансерное наблюдение по поводу ВИЧ-инфекции, то почти половина (48,4%) серопозитивных ЛУИН посетили инфекционное отделение, а четверть (24,5%) начали получать АРТ к заключительной стадии программы (Рис. 18). Повторные участники программы «Аристотель» сообщили об улучшении таких показателей, как охват ПИШ и ОЗТ и получение помощи в связи с ВИЧ-инфекцией.

Тенденция снижения числа новых случаев ВИЧ-инфекции среди ЛУИН, сообщаемых Греческому центру по контролю и профилактике заболеваний, сохраняется и на сегодняшний день. В результате широкого охвата программой «Аристотель» многие из ВИЧ-инфицированных лиц, употребляющих инъекционные наркотики, прошли тестирование, узнали о своем ВИЧ-статусе и были подключены к программам лечения ВИЧ-инфекции и ОЗТ. Ориентированная на респондентов модель набора в исследование, основанная на денежных стимулах, позволила обеспечить высокий уровень участия и высокий охват целевой группы населения. Многотуровая процедура набора в исследование также позволила мониторить показатели распространенности, заболеваемости и рискованного поведения. Эта программа осуществлялась в центре Афин, и лица, употребляющие инъекционные наркотики, могли участвовать в ней несколько раз (до пяти раз в течение 16-месячного периода). Это способствовало формированию доверия между участниками и исследователями и, вероятно, облегчит осуществление аналогичных будущих программ и снизит их стоимость. И наконец, программа также

Рис. 17. Результаты мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции среди ЛУИН, программа «Аристотель», август 2012-декабрь 2013 г.

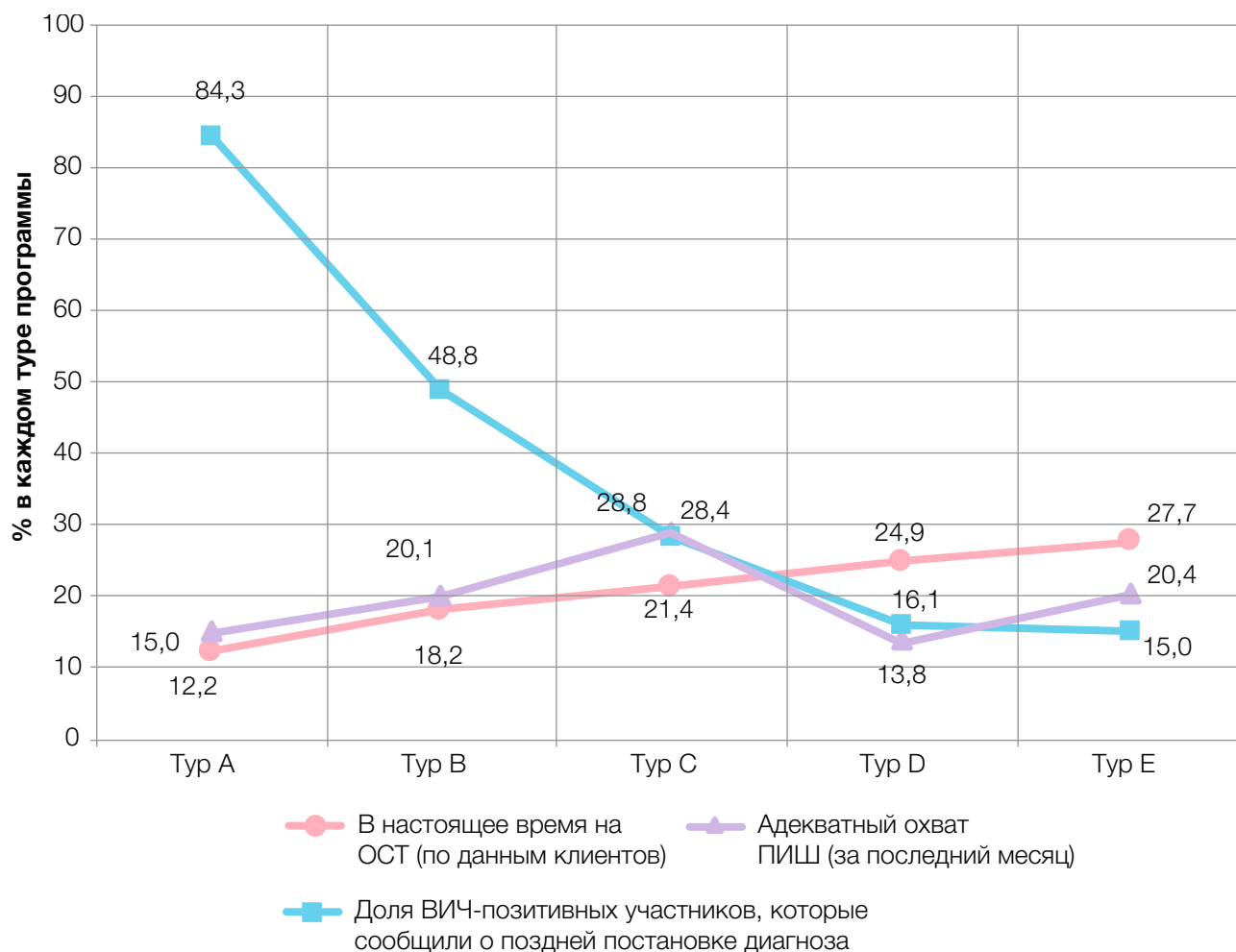
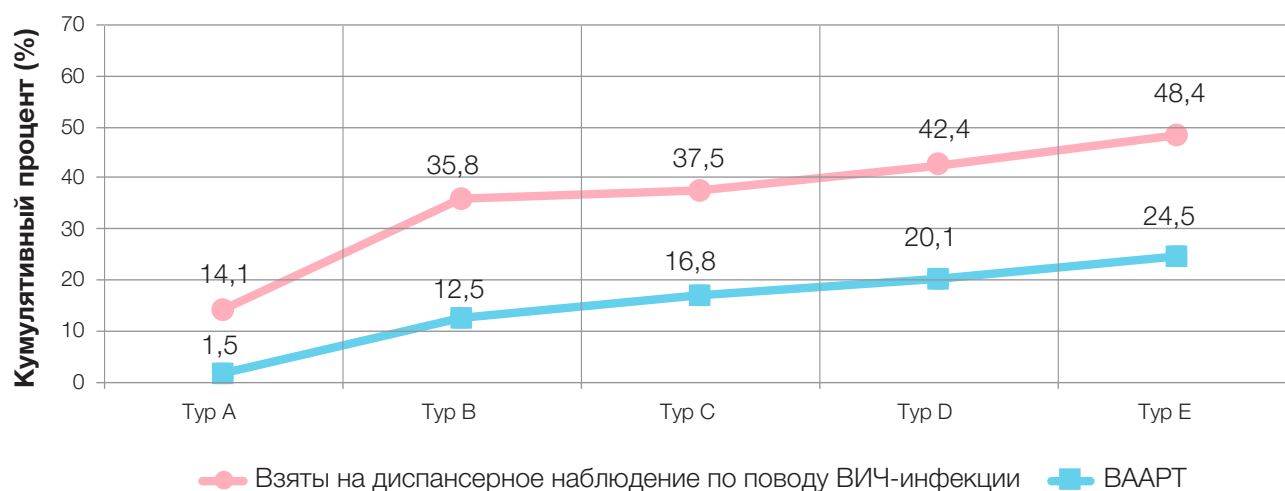


Рис. 18. Кумулятивная доля ВИЧ-положительных ЛУИН, ранее не получавших лечения, которые были взяты на диспансерное наблюдение и начали получать АРТ к концу каждого тура проведения программы «Аристотель» (август 2012 г. – декабрь 2013 г.)



способствовала налаживанию взаимодействия между научными кругами, НПО и организацией по борьбе с наркотиками, что в последние годы оказалось очень полезным при проведении дополнительных программ в интересах этой группы населения.

Программа «Аристотель» была интенсивной, так как она проводилась во время эпидемии с целью сокращения передачи ВИЧ-инфекции. Этот вид вмешательства может быть полезен как в условиях эпидемии – для своевременного и эффективного внедрения структурных механизмов профилактики ВИЧ-инфекции, так и в неэпидемических условиях – для предотвращения передачи ВИЧ, скрининга и взятия ЛЖВ на диспансерное наблюдение; для оценки удержания пациентов в программе лечения и определения вирусной нагрузки на уровне местных сообществ; а также для раннего выявления риска вспышки. Организации, предоставляющие

низкопороговые услуги в области употребления психоактивных веществ, могли бы без значительных дополнительных ресурсов осуществлять аналогичные программы, чтобы дать ЛУИН возможность один или два раза в год получать доступ к услугам консультирования, тестирования и лечения.

Устойчивость

Программа «Аристотель» была проведена в рамках Национальной стратегической рамочной программы на 2007-2013 годы, а ее финансирование было обеспечено Европейским социальным фондом, соответствующими государственными структурами, Греческим научным обществом по изучению СПИДа и ИППП, а также Грантом Национального института здравоохранения США – Национального института по проблемам злоупотребления наркотиками.

КЫРГЫЗСТАН. Всеобщий охват услугами здравоохранения и повышение качества медицинских услуг для женщин, употребляющих наркотики во время беременности, родов и в послеродовом периоде

Фамилии и служебная принадлежность всех соавторов: van Dam, Anke¹ | Imankulova, Chinara¹ | Stakeeva, Cholpon²

¹Фонд СПИД Восток-Запад (AFEW); ²Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации

Общие сведения

Несмотря на значительные усилия государственных органов, НПО и международных организаций, эпидемия ВИЧ-инфекции в Кыргызстане продолжает распространяться. За пятилетний период с 2011 по 2016 год число случаев ВИЧ-инфекции в стране более чем удвоилось – с 3270 до 7108. Кроме того, согласно данным эпидемиологической статистики, число беременных женщин с диагнозом ВИЧ-инфекции увеличилось с 97 в 2011 году до 147 в 2017 году (Рис. 19).

В Кыргызстане, как и в других странах ВЕЦА, эпидемия ВИЧ-инфекции находится в концентрированной стадии, когда инфекция в основном распространяется среди ключевых групп населения. Ежегодно возрастает число новых случаев ВИЧ-инфицирования как при употреблении инъекционных наркотиков, так и при половых контактах. По данным оценочного исследования, проведенного в

Кыргызстане в 2014 году в рамках проекта ГФСТМ, число людей, употребляющих инъекционные наркотики (ЛУИН), составило 25 000 человек, из которых около 12% были женщинами. Примерно 47,4% всех ЛУИН проживают в двух крупнейших городах страны – Бишкеке и Оше. Женщины, употребляющие наркотики, представляют собой скрытую подгруппу населения, так как у них меньше шансов обратиться за медицинской помощью из-за страха быть осужденными обществом, страха насилия со стороны членов семьи, стигмы, дискриминации и страха потери опеки над своими детьми. Беременные женщины, употребляющие наркотики, особенно уязвимы в этом отношении. Поэтому оказание всесторонней и своевременной медицинской помощи имеет огромное значение для благополучия этой группы населения. Согласно последнему обследованию IBBS, которое было проведено в Кыргызстане в 2016 году СПИД Фонд Восток-Запад (СФВЗ) совместно с Республиканским центром

СПИД, распространенность ВИЧ-инфекции среди женщин, употребляющих инъекционные наркотики, составляла 9% (16% всех опрошенных были женщинами, употребляющими инъекционные наркотики) (63).

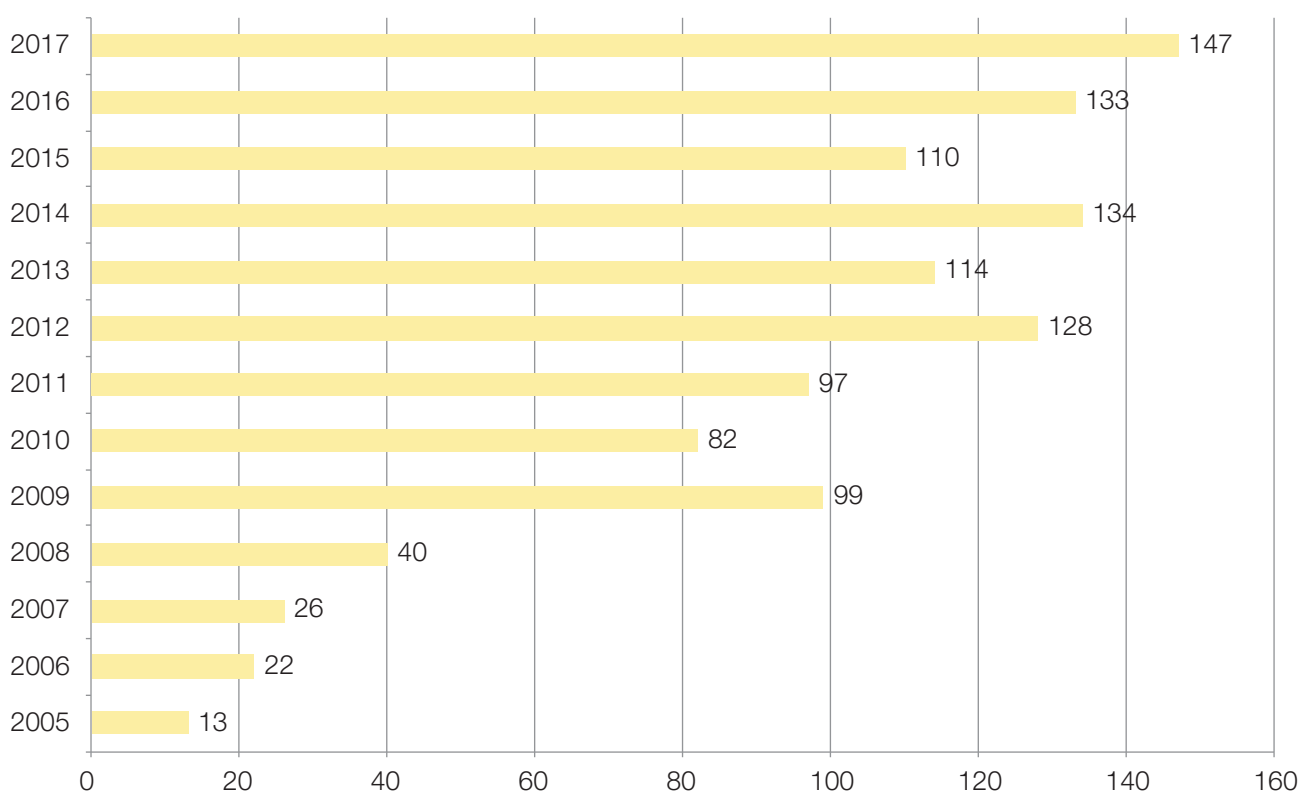
Описание передовой практики

В 2016 году общественный фонд СПИД Фонд Восток-Запад в Кыргызской Республике, действуя в рамках проекта «Преодоление пробелов: здоровье и права ключевых групп населения» (64) оказал поддержку МЗ Кыргызстана в создании рабочей группы, в состав которой вошли эксперт по наркологии, акушер-гинеколог, эксперт по доказательной медицине и представитель сообщества женщин, употребляющих психоактивные вещества. В январе 2017 года приказом Минздрава было утверждено обязательное клиническое руководство «Ведение беременности, родов и послеродового периода у женщин, употребляющих психоактивные вещества». Ведущие медицинские специалисты страны в области гинекологии и наркологии тесно сотрудничали с лидерами общин, чтобы узнать о конкретных потребностях и проблемах женщин, употребляющих психоактивные вещества во время беременности. В тот период времени ОЗТ не

была включена в пакет услуг по поддержке беременных женщин, употребляющих психоактивные вещества. Гинекологи были плохо осведомлены об использовании ОЗТ во время беременности и неохотно назначали этот вид терапии. Клиническое руководство включает критерии назначения ОЗТ и контрольный список для проведения ОЗТ. В частности, это руководство содержит рекомендации о том, какие врачи, сотрудничающие с НПО, могут направлять женщин в низкопороговые службы ОЗТ и в другие службы, где они смогут получить необходимую медицинскую, правовую и социальную помощь, а также рекомендации по консультированию беременных женщин, употребляющих психоактивные вещества.

Для интеграции руководства в учебную программу Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации (КГМИГиПК) были разработаны учебные модули для преподавателей и гинекологов КГМИГиПК из двух крупных городов страны, где проживает большинство людей, употребляющих психоактивные вещества (ПАВ). Были проведены тренинги, основанные на этих модулях. Следует отметить, что ряд занятий на этих тренингах проводили

Рис. 19. Число беременных женщин, живущих с ВИЧ в Кыргызстане, 2005-2017 гг.



женщины из общественных организаций. В августе 2017 года соответствующее обучение прошли 100 акушеров-гинекологов из центров семейной медицины и акушерских учреждений. На этих тренингах специалисты изучали результаты последних исследований в рассматриваемой области, особенности ведения употребляющих ПАВ женщин во время беременности и в до- и послеродовом периоде, а также способы, позволяющие избежать или минимизировать риск воздействия ПАВ как на женщин, так и на их детей.

Доказательства воздействия/ эффективности

Деятельность AFEW позволила объединить усилия Министерства здравоохранения страны, специалистов КГМИПиПК и лидеров сообществ в их стремлении повысить уровень медицинской помощи для женщин, употребляющих ПАВ. Это руководство является первым официальным документом, направленным на повышение информированности врачей общей практики и гинекологов о потребностях женщин, употребляющих ПАВ, чтобы они могли принять эффективные меры для сведения к минимуму рисков и последствий употребления ПАВ для женщин и их детей путем установления прочных профессиональных отношений с каждой беременной женщиной, основанных на принципах доверия и недискриминации. Этот подход призван помочь женщинам преодолеть свои страхи и получить адекватную медицинскую помощь во время беременности.

После тренинга 80% участников сообщают об изменении своего отношения к женщинам, употребляющим ПАВ. В общей сложности обучение такого профиля прошли 100 человек.

Акушер-гинеколог, который прошел данный тренинг, сказал:

“До этого курса обучения я оказывал помощь нескольким беременным женщинам, употребляющим ПАВ, но, честно говоря, я не был уверен, что они смогут родить здоровых детей. После ознакомления с клиническим протоколом и получения в процессе обучения новых знаний

я теперь понимаю, что эти женщины не должны подвергаться дискриминации. Я узнал о научных рекомендациях по планированию беременности, которые позволяют свести к минимуму вред употребления ПАВ и для матери, и для ребенка. Это мне очень помогло в моей практике.”

Первые результаты оценки работы прошедших обучение специалистов, основанной на отзывах беременных женщин, употребляющих ПАВ, свидетельствуют об улучшении услуг консультирования и родового ухода. В процессе подготовки данного примера передовой практики СПИД Фонд Восток-Запад в Кыргызстане (СФВЗ) принял решение о создании фокус-групп для дальнейшей оценки влияния внедрения клинических стандартов.

СФВЗ не имеет доступа к каким-либо другим научным данным по Кыргызстану, потому что ранее не проводилось никаких исследований женщин, употребляющих ПАВ, а практика дезагрегирования данных по признаку пола в стране используется редко. Организация планирует устранить этот пробел в будущем путем постоянного привлечения местных органов власти и ОГО.

Все регионы Кыргызстана получили новое клиническое руководство. Врачи, прошедшие обучение, делятся своим опытом с коллегами и помогают женщинам, употребляющим ПАВ, планировать безопасную беременность и рожать здоровых детей. СФВЗ в Кыргызстане продолжает контролировать работу специалистов, прошедших обучение, и проверяет, имеют ли все специалисты здравоохранения доступ к руководству. В будущем СФВЗ в Кыргызстане продолжит работу по улучшению качества жизни людей, употребляющих ПАВ, и будет контролировать использование этого протокола врачами.

Устойчивость

Клиническое руководство утверждено МЗ Кыргызской Республики для обязательного использования соответствующими медицинскими работниками. Начиная со следующего учебного года разделы этого руководства будут включены в программу КГМИПиПК по подготовке медицинских работников соответствующего профиля.

ЛАТВИЯ. Искусственное вскармливание младенцев, рожденных ВИЧ-позитивными матерями

Фамилии и служебная принадлежность всех соавторов: Feldmane, Jana¹ | Veikenieks, Andris² | Azina, Inga³ | Freimane, Agnese⁴

¹Министерство здравоохранения Латвийской Республики; ²AGIHAS – Группа поддержки для людей, живущих с ВИЧ/СПИДом;

³Больница Рижского восточного клинического университета; ⁴Центр профилактики и контроля заболеваний

Общие сведения

В период с 2010 года заболеваемость ВИЧ-инфекцией в Латвии имела тенденцию к повышению (с 14,4 на 100 000 в 2011 году до 16,8 на 100 000 в 2017 году) и в настоящее время этот показатель является одним из самых высоких в Европе. В 2017 году распределение в Латвии впервые диагностированных случаев ВИЧ-инфекции по путям заражения было следующим: гетеросексуальная передача – 35%; совместное употребление инъекционных наркотиков – 21%, передача между МСМ – 6%; передача ВИЧ от матери ребенку (ПМР ВИЧ) – менее 1%. Из всех новых случаев ВИЧ-инфекции 36% приходится на неизвестный путь передачи инфекции.

В 1999 году в стране был зарегистрирован первый случай ПМР ВИЧ. В период с 1999 по 2015 год было зарегистрировано 75 таких случаев. В соответствии с действующей процедурой вирусологическое тестирование¹³ и подсчет эритроцитов проводится у всех новорожденных от ВИЧ-позитивных женщин. Процент детей, рожденных ВИЧ-положительными женщинами, тестируемых на ВИЧ в течение двух месяцев после рождения, увеличился с 68% в 2012 году до 84% в 2017 году. В течение 2011-2017 гг. было зарегистрировано в общей сложности 147 новых случаев ВИЧ-инфекции у беременных женщин. Большинство из этих женщин (91 из 147) были инфицированы при гетеросексуальных контактах, 13 – при употреблении инъекционных наркотиков, а у остальных 43 женщин путь передачи ВИЧ установить не удалось. За тот же семилетний период в Латвии родилось 34 ВИЧ-инфицированных ребенка от ВИЧ-позитивных матерей. Наибольшее ежегодное число случаев ПМР ВИЧ за эти семь лет составило 10 (в 2013 году). С 2013 года количество случаев ПМР ВИЧ колеблется – от шести случаев в 2016 году до трех в 2017 году. Для продвижения к цели ликвидации ПМР в Латвии необходимо принять активные меры для снижения

уровня передачи ВИЧ от матери ребенку до менее 2% (66).

В ходе недавних миссий было установлено, что к возможным причинам продолжения вертикальной передачи инфекции относятся: низкая приверженность АРТ и женщин, получающих дородовую помощь, и несвоевременные (запоздалые) визиты к врачу в дородовой период или вообще отсутствие дородового наблюдения (особенно среди РКС и ЛУИН). Некоторые женщины отказываются от лечения, потому что не верят в эффективность АРТ. Среди других причин отказа от приема лекарств были названы убеждение в том, что лекарства нанесут вред и самим женщинам и их детям, а также религиозные убеждения, не позволяющие принять лечебную помощь (67). Низкие показатели охвата АРТ, вероятно, объясняются тем, что некоторые женщины рожают за рубежом и тем, что когда ВИЧ-позитивные матери рожают за пределами крупнейших родильных домов/отделений Риги, информация о их ВИЧ-статусе часто не доходит до врачей-инфекционистов.

В Латвии не имеется статистических данных о количестве случаев ПМР ВИЧ в результате грудного вскармливания. В Руководстве ВОЗ по ВИЧ-инфекции и вскармливанию младенцев говорится, что национальные или субнациональные органы здравоохранения должны сами решить, какой принципиальный подход к консультированию и поддержке ВИЧ-позитивных матерей будут использовать их службы здравоохранения: (i) грудное вскармливание и прием АРВ-препаратов или (ii) полный отказ от грудного вскармливания (5,68). Латвия приняла решение поддержать последний подход к достижению цели элиминации передачи ВИЧ от матери ребенку. Другие мероприятия в поддержку профилактики ПМР ВИЧ в Латвии включают: скрининговое тестирование на антитела к ВИЧ беременных женщин на 8-12 неделе беременности; раннее назначение АРТ всем инфицированным беременным женщинам; тестирование на ВИЧ новорожденных

¹³ Процедура тестирования на РНК ВИЧ описана в Постановлении Кабинета Министров № 611 (65)

от ВИЧ-положительных матерей; раннее назначение АРТ новорожденным от ВИЧ-положительных матерей.

Описание передовой практики

В 2015 году НПО AGIHAS (группа поддержки для людей, живущих с ВИЧ/СПИДом) начала оказывать поддержку ВИЧ-инфицированным беременным женщинам в кормлении младенцев детской смесью. Решение об использовании этой стратегии в Латвии было принято с учетом следующих факторов: социально-экономические и культурные условия жизни населения, обслуживаемого службами охраны здоровья матери и ребенка; наличие и качество медицинских услуг; особенности местной эпидемиологической ситуации; отсутствие недоедания или повышенного риска серьезных инфекций в качестве основных причин материнской, младенческой и детской смертности. Благодаря финансовой поддержке со стороны Латвийского государственного агентства лесного хозяйства и в сотрудничестве с НПО Ziedot.lv, Родильным домом Риги и больницей Рижского восточного клинического университета НПО AGIHAS начала оказывать помощь новорожденным детям, матери которых инфицированы ВИЧ или страдают от СПИДа.

В 2017 году за счет средств государственного бюджета было предоставлено около 2844 упаковок бесплатной молочной смеси для детей ВИЧ-позитивных матерей. Национальная служба здравоохранения осуществляет централизованные закупки молочных смесей, которые распространяются в родильные дома и Рижскую восточную клиническую университетскую больницу. В 2017 отчетном году для 48 из 74 детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, предоставлялась бесплатная молочная смесь. Остальные 26 детей находились на полном государственном обеспечении в детских социальных учреждениях. Программа питания также предлагает ВИЧ-инфицированным

матерям социальную поддержку, включая консультирование по уходу за ребенком, и распространяет дополнительные информационные материалы. 48 младенцев, матери которых участвовали в программе, регулярно проходили медицинское обследование.

Доказательства воздействия/эффективности

Ежегодное число случаев ПМР ВИЧ варьируется после достижения пикового значения в 2013 году, но в течение 2016-2017 годов была отмечена тенденция к снижению этого показателя. В группе из 48 детей, получавших питание в рамках этой программы, не было выявлено ни одного случая инфицирования ВИЧ. Однако фактический вклад предоставления бесплатной молочной смеси в тенденцию к снижению числа новых случаев ПМР ВИЧ в 2016-2017 годах еще предстоит документально подтвердить.

Устойчивость

Для выдачи бесплатных молочных смесей детям, рожденным ВИЧ-положительными матерями, выделяются специальные средства. НПО по поддержке людей, живущих с ВИЧ, начала распространять бесплатные молочные смеси для младенцев, рожденных ВИЧ-положительными матерями, в качестве пилотного проекта, финансируемого за счет пожертвований. Однако в 2017 году Министерство здравоохранения включило это направление деятельности в число программ, финансируемых из государственного бюджета. Несмотря на то, что эта практика считается стандартом оказания медицинской помощи во многих странах, она является примером хорошего сотрудничества между МЗ, НПО и организациями пациентов для осуществления устойчивых мер по профилактике ВИЧ-инфекции, которое позволяет преодолевать различные социальные, сексуальные и даже религиозные барьеры в целевой группе населения Латвии.

НИДЕРЛАНДЫ. Амстердамский проект по доконтактной профилактике (AMPrEP)

Фамилии и служебная принадлежность всех соавторов: Hoornenborg, Elske¹ | Achterbergh, Roel C.A.¹ | van der Loeff, Maarten F. Schim^{1,2} | Davidovich, Udi¹ | Matser, Amy¹ | Hogewoning, Arjan^{1,2} | van Duijnhoven, Yvonne T.H.P.¹ | Sonder, Gerard J.B.¹ | de Vries, Henry J.C.^{1,2} | Prins, Maria^{1,2} (от имени AMPrEP в рамках Амстердамской инициативы по элиминации передачи ВИЧ (H-TEAM))

¹Служба общественного здравоохранения Амстердама; ²Амстердамский университет

Общие сведения

Заболееваемость ВИЧ-инфекцией среди MSM в Нидерландах является высокой и не имеет тенденции к снижению (в 2015 году 65% новых случаев ВИЧ-инфекции приходилось на эту группу населения). Эти факты указывают на настоятельную необходимость разработки и реализации новых методов профилактики ВИЧ-инфекции. Прием перорального препарата тенофовир дизопроксил фумарат в сочетании с эмтрицитабином в качестве ДКП эффективно защищает MSM от ВИЧ-инфекции. Проблемы, препятствующие внедрению ДКП в странах с высоким уровнем дохода, включают неопределенность в отношении числа и характеристик пользователей ДКП и расходы, связанные с применением ДКП. Необходима дополнительная информация о применении препаратов доконтактной профилактики как ежедневно, так и «по потребности» в реальных условиях, а также о факторах, определяющих выбор одной из этих схем.

Описание передовой практики

В 2015 году был начат Амстердамский демонстрационный проект по доконтактной профилактике (AMPrEP) с целью оценки ежедневного приема препаратов ДКП и их приема «по потребности» ВИЧ-отрицательными MSM и трансгендерными лицами, подвергающимися повышенному риску заражения ВИЧ. Этот проект является частью комплексного пакета мероприятий по противодействию ВИЧ-инфекции, включая ежеквартальное консультирование по вопросам сексуального здоровья, стратегии снижения риска и услуги по тестированию на ИППП, предлагаемые в крупной инфекционной больнице, специализирующейся по ИППП.

В пресс-релизе было объявлено о начале проекта и о количестве свободных мест ($n = 370$). Осуществление этого проекта получило широкое освещение в средствах массовой информации на местном и национальном уровнях. Кроме того, ВИЧ-отрицательные MSM и трансгендерные лица, посетившие Амстердамскую инфекционную больницу, были

проинформированы о данном демонстрационном проекте. Люди, желающие принять участие в этом проекте, подали соответствующую онлайн-заявку в течение фиксированного периода подачи заявок. Участниками проекта могли стать ВИЧ-отрицательные MSM, трансгендерные лица (мужчины, ставшие женщинами, и женщины, ставшие мужчинами) и лица, имеющие половые контакты с мужчинами, в возрасте не менее 18 лет, которые имели экспозицию к одному или более из следующих факторов риска заражения ВИЧ в течение шести месяцев до посещения больницы: незащищенный анальный секс со случайными партнерами; анамнез по крайней мере одной бактериальной ИППП (сифилис, хламидиоз прямой кишки или уретры или гонорея); применение постэкспозиционной профилактики после полового контакта высокого риска; или наличие ВИЧ-инфицированного полового партнера с определяемой вирусной нагрузкой. В дополнение к выдаче участникам проекта препаратов ДКП им был предложен еще один эффективный способ профилактики заражения ВИЧ (ежеквартальное тестирование на ИППП, помимо ВИЧ-инфекции, включая инфекцию ВГС), который также соответствует рекомендациям международных руководств (69). Неожиданный факт состоял в том, что на момент включения в проект у 18 участников (4,8%, 95% доверительный интервал 2,9–7,5%) были зарегистрированы положительные результаты теста на антитела к гепатиту С и/или на РНК ВГС (70). Это было значительно выше, чем среди 370 ВИЧ-отрицательных MSM, не применяющих ДКП, которые посетили клинику ИППП в ноябре 2015 года (распространенность антител к ВГС – 1,4%) и 584 ВИЧ-отрицательных MSM, участвовавших в Амстердамских когортных исследованиях в период с января по июнь 2016 года (распространенность антител к ВГС – 0,34%).

Доказательства воздействия/эффективности

Около 870 человек подали онлайн-заявки на участие в проекте по ДКП, из которых 587 были

приглашены на скрининговый визит, а 283 не были приглашены из-за ограниченных возможностей. Из 587 приглашенных клиентов 415 прошли проверку на соответствие критериям отбора и 376 стали участниками проекта по ДКП; 172 человека отказались от участия в проекте или не ответили на приглашение и 27 человек были исключены (один из-за положительного результата тестирования на ВИЧ, три – из-за критериев исключения и 23 – из-за несоответствия критериям отбора). Четверть участников (103/376; 27%) выбрали прием препаратов ДКП по потребности – прием двух таблеток за 24 до 2 часов до полового акта, а затем по одной таблетке через 24 и 48 часов после полового акта. Распространенность бактериальных ИППП составила 19%, а медианное число эпизодов незащищенного анального секса в предыдущие три месяца составило 11, что указывает на то, что эта группа действительно подвергается значительному риску заражения ВИЧ (71). Данные об общей эффективности использования ДКП в этом проекте пока отсутствуют, однако один человек заразился

ВИЧ-инфекцией дикого типа, несмотря на хорошую приверженность ДКП (72).

Устойчивость

На момент публикации данного сборника программа ДКП еще не была внедрена по всей стране. Министр здравоохранения организует процесс консультирования по вопросам ее реализации в 2018 году в соответствии с рекомендациями Национального совета по здравоохранению (73). Со второй половины 2018 года возможность дальнейшего предоставления услуг ДКП через проект AMPREP зависит от разработки и принятия соответствующей национальной политики и/или наличия источников дополнительного финансирования. Служба общественного здравоохранения Амстердама прилагает все усилия к тому, чтобы услуги ДКП были доступны всем людям, которые могут в них нуждаться. Этот проект является один из многих проектов, реализуемых в Амстердаме в рамках Амстердамской инициативы по ликвидации передачи ВИЧ (H-TEAM) (74).

ПОЛЬША. Осуществление программы ОЗТ на основе партнерства между Центральным управлением пенитенциарной службы и Национальным центром по СПИДу

Фамилии и служебная принадлежность всех соавторов: Wysocki, Piotr | Marzec-Boguslawska, Anna

Национальный центр по СПИДу, Польша

Общие сведения

Польша является страной с низким уровнем распространенности ВИЧ-инфекции и стабильной эпидемиологической ситуацией, когда ежегодно выявляется около 1000 новых случаев ВИЧ-инфекции. В 2017 году в Польше было зарегистрировано 1526 новых случаев ВИЧ-инфекции, подавляющее большинство из которых (86%), приходится на мужчин. Польша располагает хорошо отлаженной и постоянно расширяющейся национальной системой, обеспечивающей раннее выявление людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), а также их лечение и медицинское сопровождение. Польша была одной из первых стран в регионе ВЕЦА, в которых для ЛЖВ был создан разнообразный пакет услуг, включающий бесплатный доступ к диагностике, АРТ и медицинскому уходу. Деятельность в сфере профилактики и противодействия ВИЧ-инфекции основана на устойчивой национальной политике, национальной

программе по ВИЧ/СПИДу, мощной сети, объединяющей 31 центр ДКТ, и очень прочных партнерских отношениях между НПО/ОГО и государственными органами. Национальный центр по борьбе со СПИДом, финансируемый МЗ, субсидирует и контролирует мероприятия по профилактике ВИЧ-инфекции и укреплению здоровья, осуществляемые польскими НПО и ОГО на основе графика реализации национальной программы профилактики ВИЧ-инфекции и борьбы со СПИДом. Эти мероприятия направлены на удовлетворение потребностей населения в целом, людей, живущих с ВИЧ, и ключевых групп населения, включая ЛУИН, заключенных и МСМ, а также их родственников. В пенитенциарной системе Польши регистрация случаев ВИЧ-инфекции ведется с 1989 года. По состоянию на 31 декабря 2017 года общая численность заключенных в Польше составляла 73 822 человека. В конце 2017 года АРТ получали 265 заключенных.

Имеющиеся данные Европейского центра мониторинга наркотиков и наркомании (ЕЦМНН) об употреблении наркотиков заключенными (по данным обследования тюрем 2007 года) показывают, что в Польше около половины людей, лишенных свободы, имели опыт употребления наркотических средств до поступления в пенитенциарную систему. В настоящее время, по данным опроса, 70% заключенных, инфицированных ВИЧ, употребляют инъекционные наркотики. Поэтому соответствующие лечебно-профилактические меры направлены именно на этот контингент.

Описание передовой практики

С 2001 года пенитенциарная служба осуществляет программу антиретровирусного лечения ВИЧ-инфицированных лиц в Польше, которая финансируется Министерством здравоохранения. В соответствии с руководящими принципами ВОЗ эта программа обеспечивает заключенным полный доступ к бесплатной АРТ и предоставляет им те же услуги, что и лицам, живущим с ВИЧ за пределами пенитенциарной системы. Ежегодно МЗ выделяет финансовые средства для обеспечения закупок АРВ-препаратов, тест-систем и вакцин для детей (в 2017 году на эти цели было израсходовано более 90 миллионов евро). Национальный центр по борьбе со СПИДом внедрил систему закупок АРВ-препаратов и управления лекарственными средствами (ЛС), оптимизировал использование финансовых средств и упорядочил распределение ЛС в стране, в том числе среди ключевых групп населения. Начиная с 1 июля 2015 года, ОЗТ предлагается всем нуждающимся во всех 155 пенитенциарных учреждениях страны в соответствии с национальной стратегией по оказанию лечебной помощи лицам, живущим с ВИЧ, на 2017-2021 годы. Эта эффективная практика является прямым результатом тесного сотрудничества между Национальным центром по борьбе со СПИДом (ведомство МЗ) и Центральным советом пенитенциарной службы (ведомство МЮ). Обе организации активно участвуют в европейской программе совместных действий по снижению вреда и профилактике ВИЧ-инфекции и сопутствующих заболеваний, таких как туберкулез и вирусный гепатит среди ЛУИН (HAREACT (75)), которая направлена на устранение пробелов, существующих в этой области. В рамках пенитенциарной системы ответственность за проведение ОЗТ и АРТ несет медицинский персонал.

Доказательства воздействия/эффективности

В 2008 году доступ к ОЗТ имели только те заключенные, которые получали ОЗТ в период до лишения свободы. В 2008 году ОЗТ получали 87 заключенных, а программы ОЗТ осуществлялись в 19 пенитенциарных учреждениях в пяти городах Польши. Из-за отсутствия национальной стратегии по ОЗТ было трудно обеспечить непрерывность ОЗТ в период, когда заключенного переводили из одного пенитенциарного учреждения в другое, или когда отбывший наказание человек возвращался в общество. Начиная с 1 июля 2015 года доступ к ОЗТ имеют все нуждающиеся лица во всех 155 пенитенциарных учреждениях страны. Программы АРТ и ОЗТ доступны для всех заключенных, которые нуждаются в этих видах терапии и хотят получить их. По состоянию на 31 декабря 2017 года, 135 пациентов/заключенных в Польше были участниками метадоновой программы. В целях ускорения реализации программы было налажено тесное партнерство между Национальным центром по борьбе со СПИДом и Центральным управлением пенитенциарной службы Польши в рамках проекта ЕС HA-REACT с целью проведения международных семинаров и тренингов по таким темам, как снижение вреда, ОЗТ и непрерывность медицинского обслуживания в тюрьмах, основываясь при этом на потребностях страны и на рекомендациях ЕС и ВОЗ. После создания партнерства Национальный центр по борьбе со СПИДом и Центральное управление пенитенциарной службы разработали учебную программу и организовали ряд международных семинаров и тренингов по эффективному осуществлению программ снижения вреда в рамках пенитенциарной системы. Эта образовательная программа предназначена для медицинского персонала и социальных работников, которые оказывают помощь заключенным, живущим с ВИЧ. Первый семинар состоялся в марте 2017 года и в нем приняли участие технические эксперты из 12 европейских стран (Венгрия, Германия, Греция, Италия, Латвия, Литва, Люксембург, Польша, Португалия, Словения, Финляндия, Чешская Республика). На семинаре были обсуждены барьеры к получению ОЗТ, потребности государств-членов, а также вопросы, относящиеся к достижению целевых показателей. В ходе семинаров и в рабочих группах были определены темы и содержание учебных занятий, а также материалы, которые следует использовать для обучения медицинских

и социальных работников, работающих в пенитенциарных учреждениях. В ноябре 2017 года был проведен тренинг, в котором приняли участие участники семинара, состоявшегося в марте. Этот тренинг был основан на практических учебных модулях, например, посвященных медицинским и социальным мерам борьбы с наркотической зависимостью и путям снижения вреда в пенитенциарной системе, включая проведение таких программ, как ОЗТ, распространение игл и шприцев, распространение презервативов и т.д. Один из учебных модулей был направлен на адаптацию рекомендаций и положений, изложенных в публикации «Опиоидная заместительная терапия в местах лишения свободы – практическое руководство» (76), к конкретным условиям в пенитенциарной системе Польши.

Устойчивость

Программы АРТ и ОЗТ в Польше полностью финансируются соответственно Министерством здравоохранения и Министерством юстиции. Обе программы реализуются медицинским и социальным персоналом пенитенциарной службы. Большое внимание уделяется вовлечению заключенных в

образовательные программы, организуемые в местах лишения свободы, в том числе по вопросам охраны и укрепления здоровья. В частности, это было сделано при реализации программы ЕС НА-REACT и разработке варианта публикации «Опиоидная заместительная терапия в местах лишения свободы», адаптированного к условиям Польши. Национальный центр по борьбе со СПИДом и Центральное управление пенитенциарной службы организовали конкурс рисунков, которые должны быть включены в публикацию в виде дополнения с рисунками (и историями из жизни) заключенных. Заключенному, выигравшему конкурс, был вручен небольшой приз (часы). Продолжающееся партнерство между Национальным центром по борьбе со СПИДом (МЗ) и Центральным управлением пенитенциарной службы (МЮ) способствует укреплению межсекторального сотрудничества и повышению политической приверженности делу сокращения бремени ВИЧ-инфекции среди заключенных. В соответствии с национальным законодательством программы медицинского обслуживания, осуществляемые в тюрьмах, подлежат ежегодному контролю.

ПОРТУГАЛИЯ. Ares do Pinhal: мобильная аутрич-программа снижения вреда

Фамилии и служебная принадлежность всех соавторов: Belo, Elsa | Faria, Hugo A | Main, Lula

Ares Do Pinhal, Португалия

Общие сведения

В 1990-х годах более 6000 человек, употребляющих наркотики, посетили Касаль Вентосо (район Лиссабона, где была запущена эта программа), чтобы купить и использовать запрещенные психоактивные вещества – в основном героин. Более 400 человек, употребляющих наркотики, жили в самодельных жилищах на ближайших пустырях. Использование общих принадлежностей для введения наркотиков было обычным явлением. Поэтому на момент начала программы (1998-2000 гг.) 61% ЛУИН были инфицированы ВИЧ, 14% имели ТБ, 79% были инфицированы ВГС, 80% употребляли инъекционные наркотики и 90% никогда не обращались за лечебной помощью.

Описание передовой практики

Ares do Pinhal – это мобильная аутрич-программа снижения вреда, главным образом ориентированная на людей, употребляющих наркотики (ЛУИН). Эта программа направлена на людей, которые употребляют наркотики (особенно ЛУИН), бездомных и РКС. Особенное внимание в программе уделяется тем людям, употребляющим наркотики, которые не охвачены услугами обычных наркологических служб. Среди людей, которые пользуются услугами Ares do Pinhal, наблюдаются очень высокие показатели поведенческого риска, инвалидности и/или заболеваемости, психологических проблем, уязвимости и социальной маргинализации. Программа использует микроавтобусы (два микроавтобуса, обеспечивающие метадоновую терапию,

один микроавтобус для оказания медицинской помощи и один вспомогательный микроавтобус для транспортировки пациентов, который при необходимости может заменить любой из трех других микроавтобусов). Все автомобили были модифицированы для клинического применения. Микроавтобусы курсируют по Лиссабону 365 дней в году, ежедневно останавливаясь в пяти местах для оказания услуг клиентам программы (Рис. 20).

При включении в программу все клиенты проходят собеседование с психологами и медсестрами, а также тестирование крови на ВГВ, ВГС, ВИЧ, сифилис и туберкулез. Забор образцов крови осуществляется медсестрами в микроавтобусе. Лицам, не имеющим карточки медицинского страхования (например, мигрантам), может быть предложено пройти экспресс-тест на ВИЧ. Анализ образцов крови осуществляется в Национальном институте здравоохранения. Клиентов информируют о характере предоставляемых услуг. При необходимости им назначается и проводится ОЗТ – в индивидуально подобранных дозировках и под непосредственным наблюдением в мобильных пунктах доверия.

Клиентов с положительными результатами теста на ВИЧ направляют на консультацию к специалисту в больнице. Клиентам, которым трудно посещать ЛПУ (из-за финансовых проблем или проблем с мобильностью), может быть предоставлен служебный автомобиль с психологом, чтобы доставить их в ЛПУ на встречу с врачом и для дополнительного диагностического тестирования, а также помочь им в общении с медицинским персоналом. Программа сотрудничает со всеми крупными больницами Лиссабона. В случае госпитализации клиента или в период урегулирования конфликтов или решения возникших проблем (например, из-за миграционного статуса или эмоциональной неуравновешенности клиента) с больничным персоналом поддерживается постоянное сотрудничество. Помощь клиентам также включает своевременное напоминание пациентам о назначенных датах посещения врача и предоставление транспортного средства, если это необходимо. Стратегия снижения вреда основана на следующих принципах: установление как можно более тесных и доверительных отношений с ЛУИН; охват всех ЛУИН без исключения; содействие более безопасному употреблению наркотиков.

Рис. 20. Микроавтобус программы Ares do Pinhal



©Hugo Amaral Faria

Важнейшие принципы аутрич-программы – обеспечение доступности услуг благодаря их максимальному приближению к клиентам, например, в проблемных районах города; оперативное реагирование на обращения клиентов; использование упрощенных процедур получения необходимых услуг. Основные задачи аутрич-программы включают купирование абстиненции, состояния отмены наркотических препаратов и влечения к наркотикам, а также проведение низкопороговой поддерживающей метадоновой терапии, назначаемой без требования воздерживаться от употребления наркотиков.

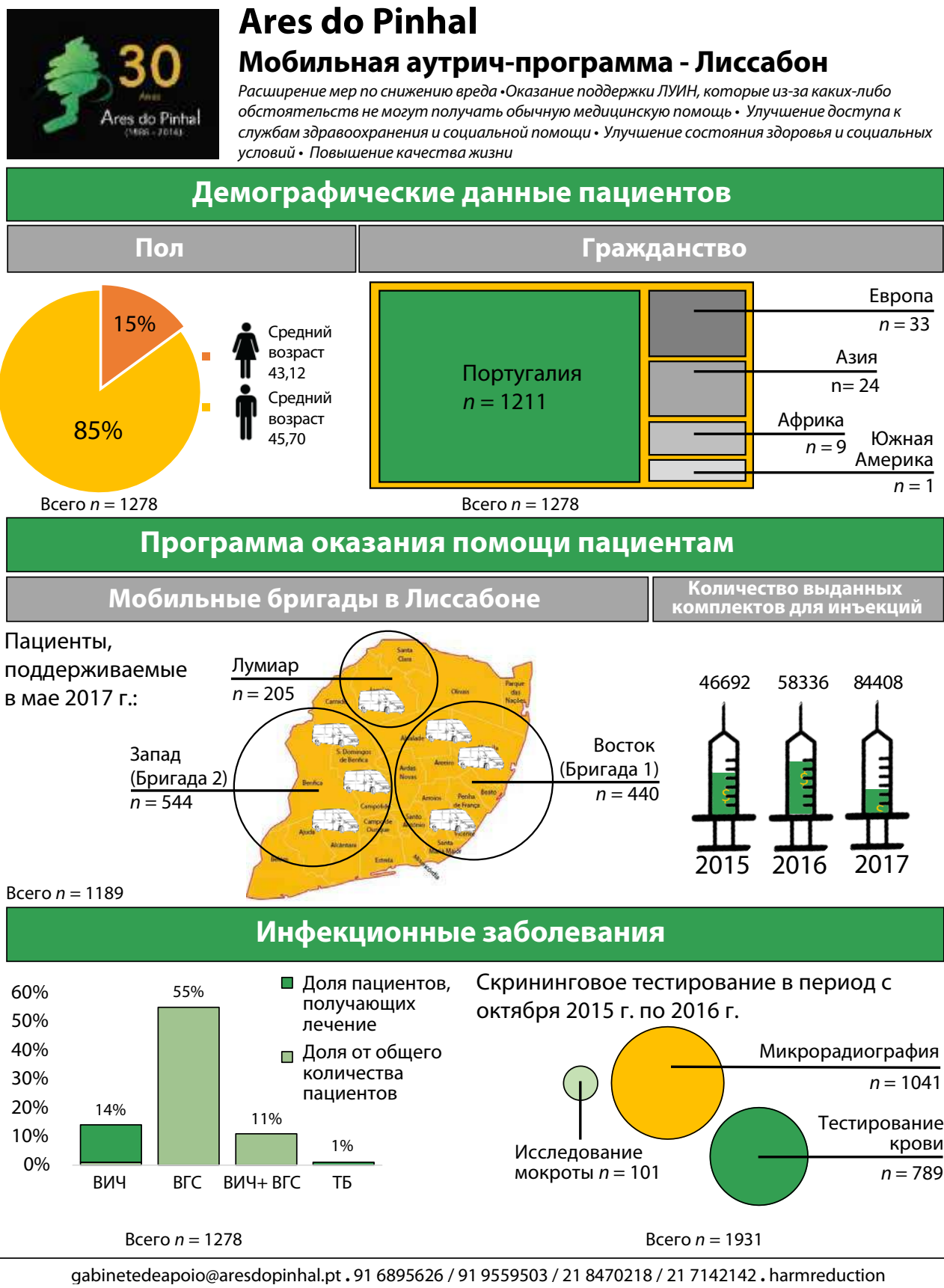
Наряду с психосоциальной поддержкой, эти услуги предоставляются ежедневно (365 дней в году) членами мониторинговых групп и врачами общей практики, которые передвигаются по городу в специально оборудованных микроавтобусах. Основными элементами программы являются обеспечение достойных условий жизни пациентов путем направления их в соответствующие службы здравоохранения и социального обеспечения и содействие социальной реинтеграции клиентов, наиболее отчужденных от общества. В рамках своего подхода к снижению вреда программа также осуществляет ПИШ и выдает презервативы и фольгу клиентам, которые обращаются в штаб-квартиру программы или к персоналу мобильных медицинских пунктов. Ко всем клиентам этой службы приписывается медицинский куратор, задачей которого является обеспечение оптимального удовлетворения потребностей клиентов (в сфере здравоохранения, социального обеспечения, юридической помощи и т.д.) и постепенное установление с ними как можно более доверительных отношений.

Больницы обеспечивают программу АРВ-препаратами, специально предназначенными для бездомных и маргинализированных клиентов, а также других категорий клиентов, находящихся в трудной жизненной ситуации. Сотрудники программы получают лекарства из больницы, а группа медсестер осуществляет мониторинг их применения. Группа медсестер также регистрирует любые жалобы, касающиеся симптомов, связанных с лечением ВИЧ-инфекции и/или его нежелательными взаимодействиями с метадоновой терапией, и обеспечивает обмен информацией между различными учреждениями, занимающимися такими проблемами. Обеспечивается своевременная корректировка

дозировки гидрохлорида метадона в случае его нежелательного взаимодействия с АРТ, а также мониторинг применения других ЛС (например, препаратов против ВГС, противотуберкулезных препаратов, антибиотиков, нейролептиков, антидепрессантов и инъекционных контрацептивных препаратов). В случае изменения места жительства или ареста пациента или его направления в другие учреждения необходимо организовать полную программу клинических, психических и социальных услуг и передать в соответствующее учреждение данные о принимаемых лекарствах и схеме лечения (например, о дате следующей консультации и/или дополнительного диагностического тестирования) для обеспечения непрерывности лечения ВИЧ-инфекции. В информационном бюллетене Ares do Pinhal дается описание многих достижений программы (Рис. 21).

После принятия в 2001 году закона о декриминализации наркотиков (77) программа Ares Do Pinhal принимала активное участие в работе по созданию, поддержанию и продвижению общественных групп, сотрудничающих с полицией. В различных районах Лиссабона регулярно проводятся совещания с представителями полиции для обсуждения и оценки ситуации в области употребления и незаконного оборота наркотиков, а также загрязнения улиц иглами, шприцами и другими принадлежностями, используемыми при употреблении инъекционных наркотиков. В таких совещаниях принимают участие различные партнеры, включая муниципальную полицию и полицию общественной безопасности. Благодаря такому партнерскому сотрудничеству поведение высокого риска стало рассматриваться не как проблема правового и юридического характера, а как угроза для общественного здоровья, что в свою очередь привело к созданию системы регулярного мониторинга ситуации силами местной полиции и общественности. Сотрудники полиции сообщают в программу Ares Do Pinhal о тех местах употребления инъекционных наркотиков, где необходимо принять меры вмешательства, а также сопровождают ЛУИН к микроавтобусу программы, где они могут получить дозу метадона. При обнаружении на улице шприцев и других инъекционных принадлежностей сотрудники полиции связываются с сотрудниками программы Ares do Pinhal, которые обеспечивают их безопасное удаление. Кроме того, благодаря партнерству с полицией появилась возможность обеспечивать метадоном ЛУИН,

Рис. 21. Информационный бюллетень программы Ares do Pinhal



временно находящихся под стражей – чтобы предотвратить развитие абстинентного синдрома, или ЛУИН, находящихся под следствием – чтобы обеспечить их удержание в метадоновой программе после выхода на свободу.

Доказательства воздействия/эффективности

Оказание уязвимым группам населения (особенно ЛУИН) аутрич-услуг позволяет расширить тестирование на основные инфекционные заболевания, а также направлять на консультацию в больницу людей с положительным результатом теста. Более 90% клиентов аутрич-программы ежегодно проходят скрининговое тестирование. В 1998 году доля участников программы, активно употребляющих инъекционные наркотики, составляла около 80%, а в настоящее время она составляет лишь около 20%. По наблюдениям авторов, показатели распространенности ВИЧ-инфекции среди ЛУИН, включенных в программу мобильных аутрич-услуг (PSBLE), имеют тенденцию к небольшому, но устойчивому снижению в течение последних нескольких лет, что совпадает с аналогичной тенденцией на национальном уровне.

После принятия в 2001 году закона о декриминализации наркотиков (77) программа Ares Do Pinhal принимала активное участие в создании, поддержке и продвижении общественных рабочих групп, сотрудничающих с полицией. В различных районах Лиссабона регулярно проводятся совещания с представителями полиции для обсуждения и оценки ситуации в области употребления и незаконного оборота наркотиков, а также загрязнения улиц иглами, шприцами и другими принадлежностями,

используемыми при употреблении инъекционных наркотиков. В таких совещаниях принимают участие различные партнеры, включая муниципальную полицию и полицию общественной безопасности.

Благодаря такому партнерскому сотрудничеству поведение высокого риска стало рассматриваться не как проблема правового и юридического характера, а как угроза для общественного здоровья, что в свою очередь привело к созданию системы регулярного мониторинга ситуации силами местной полиции и общественности. Сотрудники полиции сообщают в программу Ares Do Pinhal о тех местах употребления инъекционных наркотиков, где необходимо принять меры вмешательства, а также сопровождают ЛУИН к микроавтобусу программы, где они могут получить дозу метадона. При обнаружении на улице шприцев и других инъекционных принадлежностей сотрудники полиции связываются с сотрудниками программы Ares do Pinhal, которые обеспечивают их безопасное удаление. Кроме того, благодаря партнерству с полицией появилась возможность обеспечивать метадоном ЛУИН, временно находящихся под стражей – чтобы предотвратить развитие абстинентного синдрома, или ЛУИН, находящихся под следствием – чтобы обеспечить их удержание в метадоновой программе после выхода на свободу.

Устойчивость

С 1998 года программа Ares do Pinhal получает постоянную финансовую поддержку от Министерства здравоохранения и муниципалитета Лиссабона и она широко признана в качестве одной из важнейших городских программ.

РЕСПУБЛИКА МОЛДОВА. Усиление комплексных мер по снижению вреда

Фамилии и служебная принадлежность всех соавторов: Pirtina, Lucia | Cotelnic-Harea, Tatiana | Bivol, Stela

Центр политики и исследований в области здравоохранения (PAS)

Общие сведения

На конец 2016 года в Республике Молдова (включая Приднестровье) было зарегистрировано 11 043 случая ВИЧ-инфицирования, при этом ежегодное число впервые зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции оставалось стабильным на протяжении последних трех лет и составляло около 800

случаев, без каких-либо значительных изменений в распределении по половому признаку (78). В 2016 году распространенность ВИЧ-инфекции составляла 0,20%. Однако эпидемия сконцентрирована среди ключевых групп населения, в основном среди людей, употребляющих инъекционные наркотики (ЛУИН), хотя в последнее время усиливается

тенденция к росту показателей заражения ВИЧ среди РКС и МСМ. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что эпидемия перешла от ранней стадии концентрированной эпидемии с преобладанием передачи инфекции среди ЛУИН к более развитой стадии концентрированной эпидемии, когда одним из важных источников новых инфекций стала передача ВИЧ от ЛУИН к своим половым партнерам и другим ключевым группам населения. Распространенность ВИЧ-инфекции среди ЛУИН в городах составляет 14-29% (Рис. 22). Согласно последней оценке, проведенной в 2017 году, в стране насчитывается 36 900 ЛУИН.

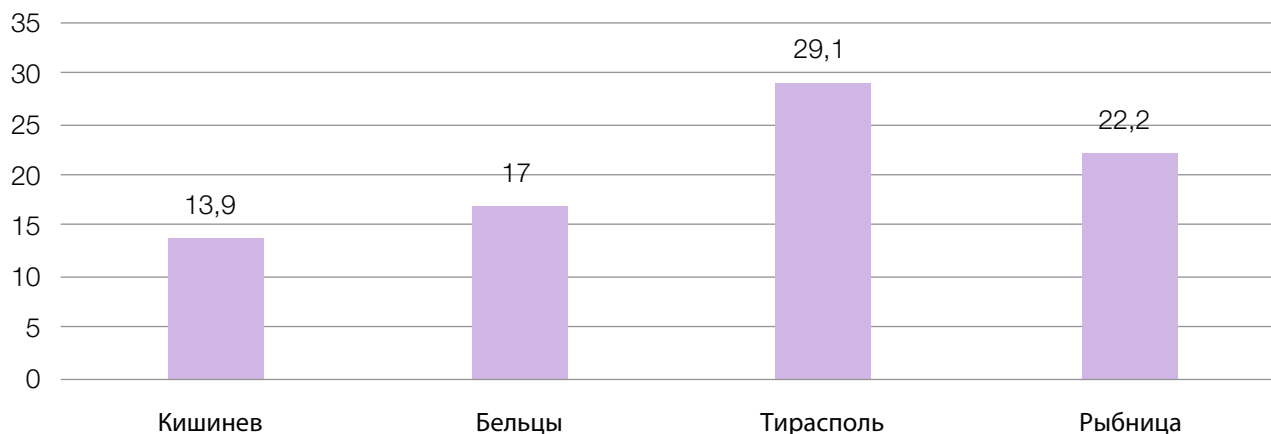
В 1999 году в Республике Молдова была внедрена ПИШ. Пакет мер по снижению вреда, связанного с употреблением инъекционных наркотиков, включал обмен игл и шприцев; ДКТ; предоставление презервативов для людей, употребляющих инъекционные наркотики, и их половых партнеров; адресное информирование; профилактика передозировок; использование налоксона; уход за венами; ОЗТ, пропаганда использования презервативов; предоставление образовательных и коммуникационных услуг людям, употребляющим инъекционные наркотики, и их половым партнерам. В период с 2000 по 2002 год ПИШ была расширена и начала проводится в четырех новых местах: (Бельцы, Кишинев, Фалешти и Орхей). Благодаря гранту ГФСТМ (на 2003-2013 гг.) была расширена программа распространения игл и шприцев, которая стала охватывать 20 территорий страны (47,6%) и 12 пенитенциарных учреждений (57%). Комплекс мероприятий

состоял из добровольного тестирования на ВИЧ в слюне в рамках программы НПО; ОЗТ (в гражданском секторе с 2004 г., в пенитенциарной системе с 2005 г.) и информирования о пользе АРТ. В этот период пакет мер по снижению вреда, поддерживаемых ГФСТМ, включал распространение шприцев и презервативов, информационное обеспечение, образование и коммуникативную деятельность. Однако этих мер было недостаточно для полного устранения всех причин эпидемии ВИЧ-инфекции в Республике Молдова.

Описание передовой практики

Чтобы увеличить охват и эффективность национальной службы снижения вреда, в 2015 году был расширен пакет услуг по снижению вреда, чтобы включить в него дополнительные услуги с акцентом на такие направления деятельности, как разработка и реализация программ с учетом половых и возрастных особенностей; мероприятия, проводимые по принципу «равный-равному»; профилактика передозировок; юридическая помощь; профилактическая деятельность в тюрьмах; оказание технической помощи (оценка программы ОЗТ в Республике Молдова); аккредитация предоставляемых неправительственными организациями услуг в связи с ВИЧ-инфекцией; мобилизация клиентов программ снижения вреда; проведение аутрич-мероприятий; создание на местах инициативных групп для лиц, употребляющих наркотики; профессиональная подготовка в целях повышения качества медицинской помощи и институционализации новых служб оказания помощи (Вставка 1).

Рис. 22. Показатель распространенности ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков (%) в основных городах Республики Молдова, 2016 г.



Источник: МЗ Республики Молдова, 2016 г. (78).

Вставка 1. Текущий расширенный пакет услуг по снижению вреда в Молдове, утвержденный в 2017 году

Пакет включает в себя следующие виды услуг:

- обмен игл и шприцев (в пункте обмена шприцев и через аутрич-работников, аптеки и мобильные службы);
- распространение презервативов (в пункте обмена шприцев и через аутрич-работников, аптеки и мобильные службы);
- экспресс-тестирование на ВИЧ на уровне местных сообществ, осуществляемое в сотрудничестве с медицинскими учреждениями включая мобильные медицинские пункты, которые подтверждают первичный диагноз и при необходимости начинают лечение;
- консультирование, выдача направления и сопровождение в службу ОЗТ, осуществляемое социальным работником или равным инструктором;
- консультирование, направление и сопровождение пациентов в медицинские службы, занимающиеся лечением гепатита, ИППП, ТБ и ВИЧ-инфекции, включая распространение информационных материалов;
- тренинги по снижению рискованного поведения среди ЛУИН и их сексуальных партнеров (например, путем применения стерильных инъекционных принадлежностей и регулярного использования презервативов);
- отпуск налоксона и профилактика передозировок;
- психологическое консультирование и консультирование ЛУИН по вопросам социальной и юридической помощи (наставничество, медицинское сопровождение, оказание помощи в установлении контакта с другими службами);
- оказание ряда других услуг, в том числе
 - распространение поло-специфической информации по вопросам репродуктивного здоровья;
 - профилактика насилия; профилактика и купирование передозировок;
 - оказание поддержки и помощи в период беременности;
 - услуги по уходу за детьми, чтобы дать женщинам возможность включиться в деятельность или извлечь пользу от услуг по снижению вреда;
 - направление в соответствующее медицинское учреждение;
 - сопровождение пациента в медицинском учреждении; и
 - оплата специфических медицинских услуг, которые необходимы женщинам, употребляющим инъекционные наркотики; и
- услуги медицинского сопровождения, когда равный консультант идет в ЛПУ вместе с пациентом для завершения диагностического процесса, а в случае подтверждения диагноза ВИЧ-инфекции также сопровождает его/ее в центр АРТ для получения необходимой помощи, включая АРТ.

Доказательства воздействия/ эффективности

К концу 2017 года ПИШ были внедрены в 30 территориях в гражданском секторе (охват 71,4%; по сравнению с 47,6% в 2014 г.) и в 18 пенитенциарных учреждениях, в том числе в Приднестровье (охват 85,7%, по сравнению с 57% в 2014 г.). Благодаря этим мероприятиям был увеличен охват услугами людей, употребляющих инъекционные наркотики (таблица 7), и улучшен их доступ к необходимым услугам на всех стадиях каскада помощи в связи с ВИЧ-инфекцией.

Ключевые поведенческие показатели 2016 года свидетельствуют о том, что использование стерильных шприцев стало для ЛУИН нормой (процент ЛУИН, которые использовали чистый шприц, когда они в последний раз вводили наркотики: Тирасполь, 98,1%; Кишинев, 97,1%; Бельцы, 94,6%). Более медленный прогресс наблюдается в отношении более безопасного сексуального поведения: показатель использования презерватива при последнем половом контакте со случайным партнером среди ЛУИН составил в среднем 62,4% в Кишиневе, 55,2% в Тирасполе и 54,1% в Бельце.

Таблица 7. Национальный охват программами снижения вреда людей, употребляющих инъекционные наркотики, Республика Молдова, 2013-2017 гг.

Год	2013	2014	2015	2016	2017
Охват (%)	28,8	30,8	43,3	49,0	51,0

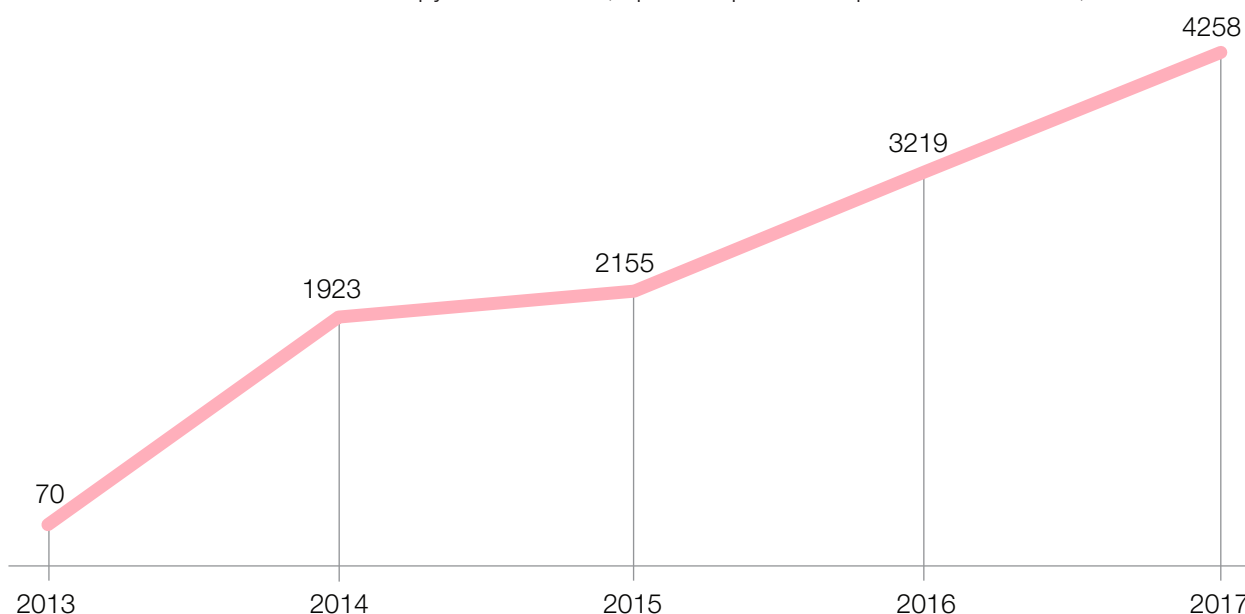
Участие НПО в тестировании на уровне местных сообществ способствовало увеличению числа членов ключевых групп населения, прошедших тестирование на ВИЧ (рис. 23).

Устойчивость

Приверженность МЗ делу борьбы с ВИЧ-инфекцией привела к утверждению в 2017 году специального положения об использовании средств Национальной медицинской страховой компании. Кроме

того, МЗ определило приоритетные потребности, которые должны быть удовлетворены за счет этих средств. Начиная с осени 2017 года, два реализованных проекта по снижению вреда, финансируемые Национальной медицинской страховой компанией, покрывали 20% потребностей в услугах по снижению вреда. В госбюджете прогнозируется, что к 2020 году будет обеспечено финансирование 58% потребностей в услугах по снижению вреда.

Рис. 23. Число членов ключевых групп населения, протестированных работниками НПО, 2013-2017 гг.



РУМЫНИЯ. Интеграция услуг по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции и вирусного гепатита среди людей, употребляющих инъекционные наркотики в Румынии

Фамилии и служебная принадлежность всех соавторов: Predescu, Mioara¹ | Tiliscan, Catalin¹ | Streinu Cerchel, Anca¹ | Sandulescu, Oana¹ | Cruceru, Raluca¹ | Rodica, Anton¹ | Vladoianu, Cristian¹ | Mărdărescu, Alexandra¹ | Fierbinteanu, Cristina² | Niculaie, Cornelia²

¹Национальный институт инфекционных болезней им. профессора Matei Bals, Бухарест; ²Общество борьбы со СПИДом (ARAS)

Общие сведения

В 2017 году в Румынии было зарегистрировано 692 новых случая ВИЧ-инфекции. По данным Департамента мониторинга и оценки данных по ВИЧ/СПИДу (79) в 2016 году в стране было зарегистрировано 118 новых случаев ВИЧ-инфекции вследствие употребления инъекционных наркотиков, а в 2017 году – около 107 таких случаев. Основным путем передачи инфекции являются гетеросексуальные половые контакты, на которые в среднем приходится 400-500 случаев инфицирования в год среди взрослого населения. В 2016 году было зарегистрировано 100 новых случаев ВИЧ-инфицирования при употреблении инъекционных наркотиков (УИН); 1 случай был коинфекцией ВИЧ/ВГВ, 82 – коинфекцией ВИЧ/ВГС и 9 – коинфекцией ВИЧ/ВГВ/ВГС. В 2017 году было зарегистрировано 108 новых случаев ВИЧ-инфекции, связанных с УИН, с небольшим увеличением случаев коинфекции ВИЧ/ВГС, при этом все восемь новых случаев

коинфекции ВИЧ/ВГС были связаны с употреблением инъекционных наркотиков. Румыния обеспечивает лечение больных гепатитом и ВИЧ-инфекцией, включая бесплатное лечение всех больных с диагнозом ВГС-инфекции, имеющих терапевтические показания.

Несмотря на имевшую место в 2011-2013 гг. вспышку случаев ВИЧ-инфицирования, обусловленных употреблением инъекционных наркотиков, частота инфекций, связанных с этой вспышкой, непрерывно снижается, начиная с 2014 г. Тем не менее, Румыния является одной из четырех стран центральной части Европейского региона ВОЗ, в которых регистрируются более высокие показатели смерти от СПИДа (0,4 на 100 000 населения; Таблица 8) (1). При этом в почти 70% новых случаев ВИЧ-инфицирования диагноз ставится на поздней стадии, а в национальных мерах противодействия

Таблица 8. Заболеваемость ВИЧ-инфекцией в Румынии, 2015-2017 гг.

Год	Ежегодная заболеваемость ВИЧ-инфекцией (на 100 000 населения)	
	Дети	Взрослые
2015	0,28	1,99
2016	0,1	2,19
2017	0,34	2,41

ВИЧ-инфекции, направленных на ключевые группы населения, наблюдаются значительные пробелы.

Описание передовой практики

При поддержке со стороны Норвегии в период с мая 2014 по август 2016 года в Румынии был проведен проект по укреплению системы профилактики и лечения ВИЧ-инфекции, СПИДа и инфекций, вызванных ВГВ и ВГС. Цель проекта заключалась в борьбе с ВИЧ, ВГВ и ВГС в ключевых группах населения (особенно среди ЛУИН) путем улучшения

основных услуг по профилактике и скринингу/диагностике. Цели программы включали: укрепление институционального потенциала Национальной программы по ВИЧ/СПИДу; создание Национального регистра для интеграции данных о случаях инфицирования ВИЧ, ВГВ и ВГС; повышение показателей ранней диагностики всех трех вирусных инфекций; снижение уровня передачи инфекции среди ЛУИН; расширение доступа к программам снижения вреда. Целевыми группами для этой программы были люди, употребляющие инъекционные

наркотики, цыгане и другие группы населения, подвергающиеся более высокому риску инфицирования ВИЧ.

Национальный регистр пациентов с инфекцией ВГВ и ВГС (RNHBC) был создан в сотрудничестве с Национальным страховым управлением и Национальным институтом инфекционных заболеваний для обеспечения того, чтобы все люди, прошедшие тестирование и получающие лечение, были правильно зарегистрированы и чтобы уполномоченный медицинский персонал имел доступ к этой информации. Около 337 врачей общей практики прошли обучение на виртуальной платформе и в рамках сети. Мероприятия по сокращению передачи инфекции включали: снижение вреда (включая ПИШ); информационно-образовательные тренинги по снижению вреда (с личным участием и в режиме онлайн); предоставление услуг ДКТ; проведение информационно-просветительских кампаний в СМИ и/или в Интернет (онлайн-кампании) (80).

Доказательства воздействия/ эффективности

Число случаев ВИЧ-инфицирования вследствие УИН имеет тенденцию к снижению: с 290 в 2013 году до 108 в 2017 году. Общее увеличение числа случаев ВИЧ-инфекции, вероятно, объясняется активизацией усилий по тестированию в рамках программы, а сокращение заболеваемости среди ЛУИН, по-видимому, связано с деятельностью программы.

Создание RNHBC

После завершения финансирования со стороны Норвегии одним из важнейших достижений страны стало создание Национального регистра больных гепатитом. Этот инструмент был разработан в рамках проекта и он является одним из самых надежных инструментов Национального управления медицинского страхования. В настоящее время Румыния предоставляет бесплатное лечение пациентам с диагнозом ВГС-инфекции и терапевтическими показаниями. Средства, необходимые для специфического лечения ВГС- и ВГВ-инфекций, могут быть правильно рассчитаны и проконтролированы на национальном уровне. Врачи, которые ведут и лечат пациентов с инфекциями ВГС и ВГВ, регистрируют свои случаи, входя в базу данных регистра, используя имя пользователя и пароль.

Тестирование и эпиднадзор

В ходе проекта (с мая 2014 по август 2016 года) в восьми приоритетных регионах Румынии было проведено около 37 500 тестов (по 12 500 тестов соответственно на ВИЧ, ВГВ и ВГС). Общее число обследованных составило 12 500 человек, включая цыган. Примерно 1000 ЛУИН прошли экспресс-тестирование на ВИЧ/ВГВ/ВГС. Кроме того, среди ЛУИН было распространено 163 000 презервативов и 1 174 110 игл и шприцев. Эти услуги в течение двух лет предоставлялись консорциумом НПО ЛУИН и цыганскими общинами в Бухаресте.

Обучение и профессиональная подготовка

Для обеспечения успешного функционирования Национального регистра пациентов с инфекцией ВГВ и ВГС (RNHBC) в режиме онлайн было подготовлено 337 врачей общей практики. Кроме того, для более 10 000 практикующих медицинских работников по всей стране было организовано онлайн-обучение. Оно включало четыре модуля, а каждая учебная сессия была рассчитана на 25 человек и имела целью углубление знаний участников о мерах профилактики и лечения инфекций, вызванных ВИЧ, ВГС и ВГВ. В число этих медицинских работников входили семейные врачи, гинекологи, дерматологи, гематологи, психологи и медсестры.

Устойчивость

Проект способствовал достижению целей Оперативной программы в области занятости, человеческого капитала и социальной сплоченности на 2007-2013 гг., а также новой Национальной стратегии в области здравоохранения на 2014-2020 гг. Примерно 85% финансирования проекта было обеспечено Норвегией и 15% – Министерством здравоохранения Румынии, которое отвечало за проведение программы. Действующие в стране механизмы социальных контрактов позволили Румынскому обществу по борьбе со СПИДом (ARAS), ассоциации ALIAT и Фонду PARADA успешно осуществлять различные компоненты проекта от имени МЗ. Эти НПО представляют собой чрезвычайно важный источник данных, особенно по ключевым и уязвимым группам населения, таким как цыгане, люди, употребляющие инъекционные наркотики, МСМ и РКС.

СЛОВЕНИЯ. Эволюция программы ДКТ на уровне местных сообществ для выявления случаев ВИЧ-инфекции и ИППП среди MSM в Словении

Фамилии и служебная принадлежность всех соавторов: Križman Miklavčič, Janja¹ | Zobarič Trplan, Mateja² | Čosić, Mitja² | Klavs, Irena³

¹Министерство здравоохранения; ²DIC Legebitra; ³Национальный институт общественного здравоохранения

Общие сведения

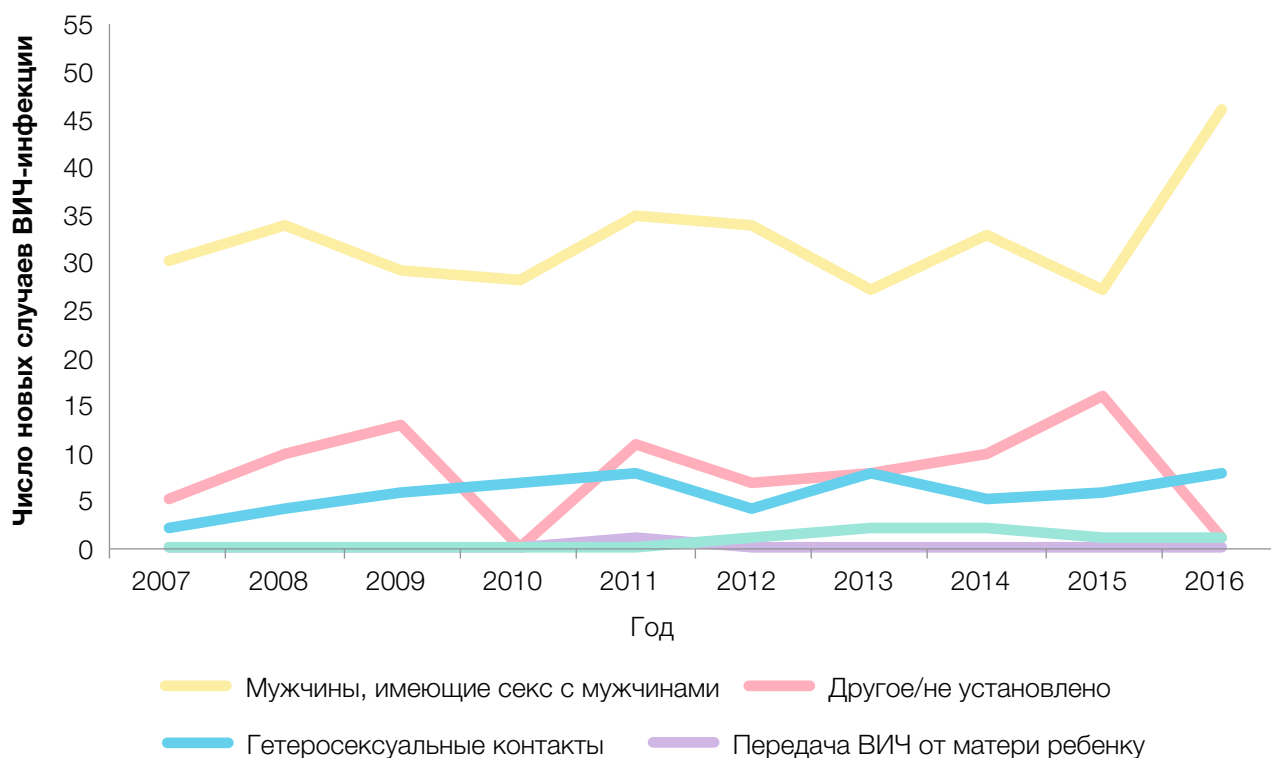
Словения – эта страна с низкой заболеваемостью ВИЧ-инфекцией (менее одного ЛЖВ на 1000 населения). Наиболее распространенным способом передачи инфекции являются половые контакты. В частности, на MSM приходится 69% всех новых случаев ВИЧ-инфекции, диагностированных в последние 10 лет (2007-2016 гг.; рис. 24). За тот же период в Национальный институт здравоохранения Словении было сообщено о 470 диагнозах ВИЧ-инфекции. Ежегодное число зарегистрированных случаев ВИЧ-инфицирования было самым низким в 2010 году (35 случаев или 1,7 на 100 000 населения) и самым высоким в 2016 году (56 случаев или 2,7 на 10 000 населения). Предварительные данные за 2017 год указывают на заметное снижение впервые поставленных диагнозов ВИЧ-инфекции среди MSM по сравнению с 2016 годом. Из общего числа зарегистрированных к 22 ноября 2017 г. впервые поставленных диагнозов ВИЧ-инфекции у мужчин (n = 31), только 23 приходились на MSM.

Из-за низкой распространенности ВИЧ в Словении, услуги в связи с ВИЧ сосредоточены на мерах профилактики и охраны здоровья, включая более безопасный секс, использование презервативов и лубрикантов, повышение уровня знаний о сексуальном партнере и более частое тестирование на ВИЧ среди ключевых групп населения, таких как молодежь и MSM. Децентрализованное ДКТ на уровне местных сообществ является одним из ключевых элементов этой стратегии профилактики и укрепления здоровья в стране.

Описание передовой практики

В зонах страны с наиболее высокой распространенностью ВИЧ была внедрена (при участии НПО, ЛЖВ и медицинских работников) комплексная программа профилактики и диагностики ВИЧ-инфекции и ИППП, предусматривающая охват инфицированных лиц необходимыми медицинскими и социальными услугами. Высококачественное тестирование на ВИЧ/ИППП и консультирование

Рис. 24. Новые случаи ВИЧ-инфекции в разбивке по типу инфицирования, Словения, 2007-2016 гг.



проводится профессиональными медицинскими и социальными работниками. Высококачественные диагностические исследования проводятся в Институте микробиологии и иммунологии Медицинского факультета Люблянского университета.

В 2009 году в сотрудничестве с НИИ микробиологии и иммунологии медицинского факультета Люблянского университета и кафедры инфекционных болезней Университетского медицинского центра Любляны НПО *Legebitra* внедрила пилотную программу тестирования на уровне местных сообществ. В рамках этой программы проводится тестирование на ВГВ, ВГС и ВИЧ, сифилис и оральную/анальную гонорею. Тестирование на ВИЧ и ВГВ доступно с 2009 года, услуги по тестированию на сифилис и оральную гонорею были добавлены в 2012 году, а услуги по тестированию на ВГС и анальную гонорею были добавлены в мае 2015 года.

Благодаря финансированию в рамках норвежского пакета финансирования на 2015-2016 годы в местах обычного пребывания МСМ за пределами крупных городов была успешно создана система конфиденциального ДКТ (на ВИЧ, ВГВ, ВГС, гонорею и сифилис) на уровне местных сообществ. В число оказываемых услуг также входит консультирование и оказание психосоциальной поддержки людям, живущим с ВИЧ.

Словения также является участником сети COBATEST (12) (для тестирования на уровне местных сообществ) и проекта Euro HIV EDAT (19). Цель этих проектов состоит в том, чтобы улучшить понимание роли и воздействия услуг ДКТ на уровне местных сообществ, исследовать использование инновационных стратегий, основанных на новых технологиях, и укрепить программы ранней диагностики и лечения ВИЧ-инфекции/ИППП в Европе среди наиболее пострадавших групп.

В рамках заключительной фазы текущей программы, которая основана на рекомендациях ВОЗ (81), оказываются такие услуги, как ДКТ на уровне местных сообществ (со стандартными анализами крови) на ВИЧ, ВГВ, ВГС, гонорею и сифилис в Любляне, регулярное тестирование в аутрич-центрах в ряде регионов Словении, а также поддержка ЛЖВ по принципу «равный-равному». Индивидуальные услуги до- и послетестового консультирования

предоставляются для лиц с повышенным риском заражения ВИЧ. В ходе консультативной беседы участники могут свободно обсуждать с консультантом свою сексуальную жизнь и пути снижения риска заражения ВИЧ и ИППП. Для каждого человека с положительным тестом на ВИЧ поставщик услуг организует прием к врачу кафедры инфекционных заболеваний Медицинского центра Люблянского университета для подтверждающего тестирования. Он также спрашивает пациента не нуждается ли он/она в сопровождении обученного равного консультанта, чтобы снизить уровень стресса и беспокойства на этапе взятия на диспансерное наблюдение. Людям, живущим с ВИЧ, также предлагается психосоциальная поддержка со стороны равных консультантов, чтобы помочь им быстрее адаптироваться к жизни после постановки диагноза ВИЧ-инфекции. Поддержка ЛЖВ предоставляется 365 дней в году; непрерывные усилия с целью улучшения услуг включают мониторинг реализации соответствующих стратегий и законоположений, учитывая при этом конкретные потребности людей, живущих с ВИЧ. Правовая поддержка также предоставляется в случаях дискриминации по отношению к ВИЧ-инфицированным.

Доказательства воздействия/эффективности

Эти службы были созданы в 2009 году, когда тестированием на уровне местных сообществ было охвачено 50 человек. В 2017 году услуги тестирования были оказаны 1018 клиентам (общее количество всех видов тестов составило 5358). С 2015 года доля клиентов с положительным результатом теста несколько снизилась: с 1,32% в 2015 году, до 1,26% в 2016 году и 0,92% в 2017 году. Доля клиентов, впервые проходящих тестирование, измеряется с 2016 года: в 2016 году этот показатель составил 17,1%, а в 2017 году – 16% (в среднем 16,55%). Охват диспансерным наблюдением измеряется также с 2016 года. В настоящее время этот показатель равен 100%. Это означает, что все клиенты с положительным результатом теста на ВИЧ были взяты на диспансерное наблюдение для прохождения подтверждающих тестов и оказания лечебной помощи в случае подтверждения диагноза. Информация о подтверждении диагноза собирается только с 2017 года: из девяти положительных результатов теста на ВИЧ семь были подтверждены (показатель 78%) лабораторным тестированием

в Государственной специализированной клинике инфекционных заболеваний.

Согласно текущему мониторингу удовлетворенности пользователей услугами, пятью основными причинами пользования этими услугами были следующие: “возможность проведения тестов на несколько заболеваний в одном месте”; “конфиденциальность”; “расслабленная атмосфера”; “бесплатность услуг”; и “возможность поговорить с людьми, которые понимают положение клиентов”. В 2017 году средний балл оценки услуг составил 4,89 (из 5), при общем показателе ответов 49%. Во втором полугодии 2017 года доля ответивших составила 60% (342 из 570 опрошенных лиц). Ответы респондентов относительно удовлетворенности услугами были следующими: очень удовлетворены – 88%, удовлетворены – 11,1%, ни удовлетворены, ни неудовлетворены – 0,9%, неудовлетворены или очень неудовлетворены – 0%. Одно из предложений по улучшению услуг состояло в том, что в рамках программы следует создать организованную систему уведомления половых партнеров и пакет соответствующих методик.

Программа способствовала нормализации отношения к тестированию среди МСМ и повышению общего качества услуг – с впечатляющими показателями удовлетворенности клиентов. Процент случаев поздней диагностики ВИЧ-инфекции среди

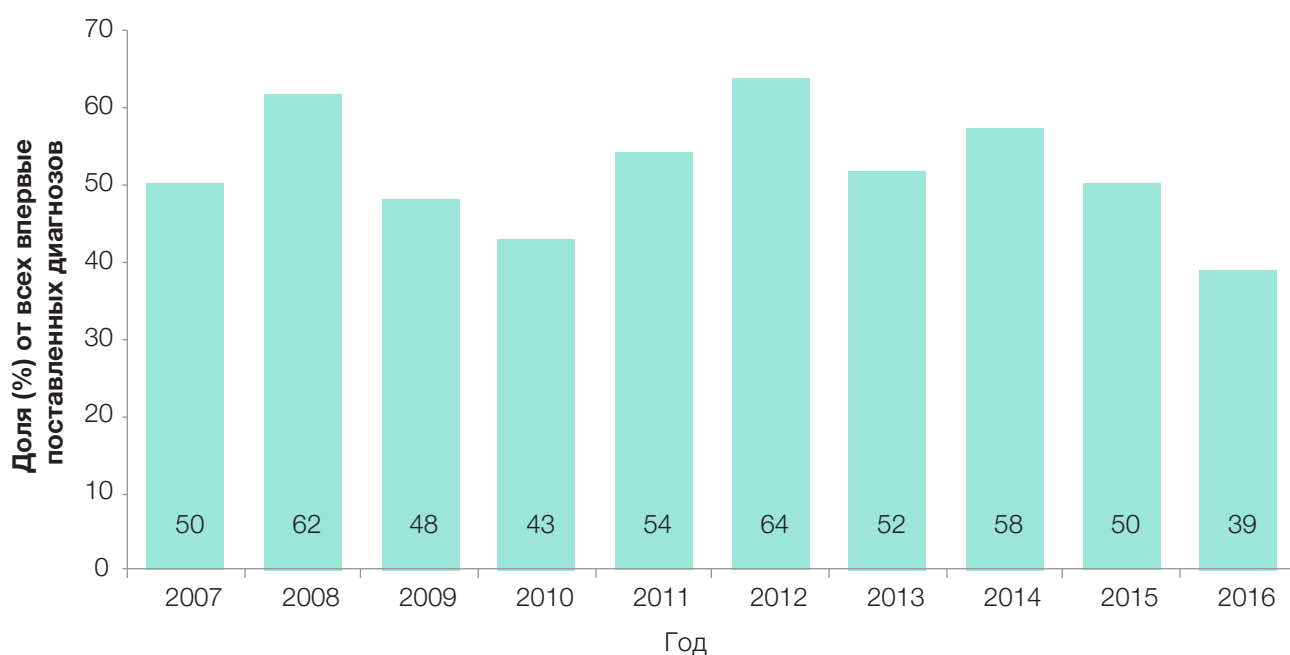
МСМ имел тенденцию к снижению в период между 2012 и 2016 годами, параллельно с увеличением охвата тестированием на ВИЧ (рис. 25).

Устойчивость


В период с 2010 по 2014 год финансовую поддержку пилотным программам тестирования на уровне местных сообществ оказывало МЗ. Основным объемом финансовых средств для развития программы в 2015-2016 годах был предоставлен через норвежский финансовый механизм. Тем не менее, после принятия новой Национальной стратегии профилактики и борьбы с ВИЧ-инфекцией на 2017-2025 годы, МЗ существенно увеличило объем ресурсов, выделяемых для реализации высококачественных программ, направленных на повышение показателей более безопасного секса и регулярного тестирования на ВИЧ среди МСМ.

Минздрав Словении обеспечивает финансирование потребностей программы на 93,32%. Оставшаяся часть средств выделяют Фонд для финансирования инвалидов, НПО и студенческая организация Люблянского университета. Между НПО, медицинскими учреждениями, лабораториями и Министерством здравоохранения установлены стратегические партнерские отношения, что гарантирует долгосрочное осуществление и развитие программы ДКТ на уровне местных сообществ.

Рис. 25. Процент случаев поздней диагностики ВИЧ-инфекции^a среди МСМ, Словения, 2007-2016 гг.



^a С уровнем CD4-лимфоцитов менее 350 клеток/мм³.



Все люди
должны получать
необходимые
качественные
услуги, способные
оказать желаемое
воздействие

СТРАТЕГИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ 3. Предоставление услуг с соблюдением принципа справедливости

БЕЛАРУСЬ. Внедрение подхода «Лечить всех» с обеспечением всеобщего доступа к антиретровирусным препаратам

Фамилии и служебная принадлежность всех соавторов: Вячеслав Граньков¹ | Татьяна Мигаль² | Олег Скрипко³

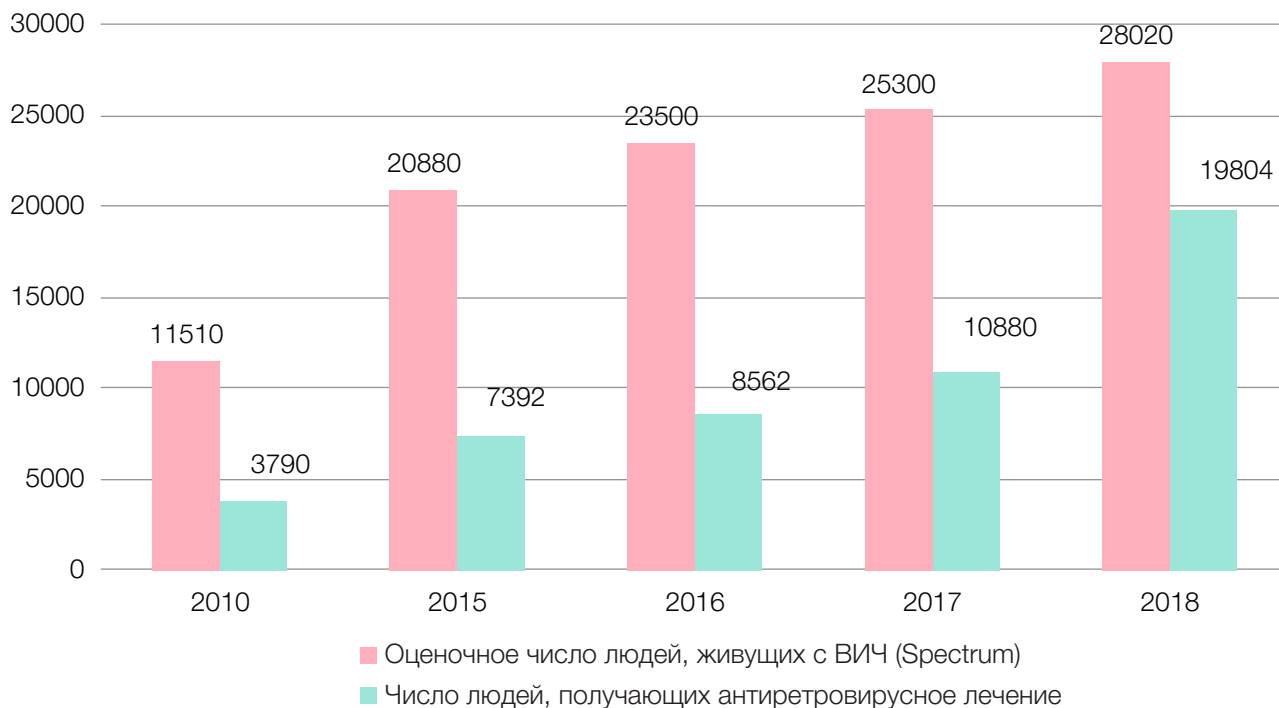
¹Страновой офис ВОЗ в Республике Беларусь; ²Министерство здравоохранения Республики Беларусь; ³Городская клиническая инфекционная больница г. Минска

Общие сведения

Несмотря на принимаемые меры по сдерживанию распространения ВИЧ на территории страны, в Беларуси наблюдается значительное увеличение количества вновь выявленных случаев ВИЧ-инфекции и общего количества людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ). В 2007 году в стране было зарегистрировано 990 новых случаев ВИЧ-инфекции (10,2 на 100 000 населения), а в 2017 году их количество выросло до 2468 (25,9 на 100 000 населения). Кумулятивное количество случаев ВИЧ-инфекции за все годы наблюдения выросло с 8737 до 24686, и

на 1 января 2018 года число ЛЖВ, находящихся на учете в организациях здравоохранения, достигло 19231. Однако уровень смертности от СПИДа за последние пять лет существенно не изменился, варьируясь от 2,7 до 3,1 на 100 000 населения. В сложившейся ситуации мероприятия, направленные на раннюю диагностику ВИЧ-инфекции и улучшение доступа к антиретровирусной (АРВ) терапии и удержание пациентов на лечении, становятся важнейшими элементами национальных программ противодействия ВИЧ-инфекции (рис. 26).

Рис. 26. Число людей, живущих с ВИЧ, и число людей, получающих АРТ, Беларусь, 2010-2018 годы



Источник: Татьяна Мигаль, Министерство здравоохранения Республики Беларусь, презентация по случаю проведения Дня нулевой дискриминации, 1 марта 2018 года, Минск

Описание передовой практики

1 июня 2017 года постановлением МЗ Республики Беларусь был утвержден новый «Клинический протокол диагностики и лечения ВИЧ-инфекции», который предусматривает предоставление АРВ-терапии всем ЛЖВ независимо от стадии заболевания и степени иммуносупрессии, начиная с 1 января 2018 года. Принятию этого документа предшествовала огромная работа, выполненная национальной рабочей группой, в состав которой входили сотрудники МЗ, ведущие национальные эксперты в области ВИЧ-инфекции, практикующие врачи, а также представители международных организаций, затронутых сообществ и гражданского общества. Целью рабочей группы была разработка новых национальных рекомендаций по диагностике и лечению ВИЧ-инфекции на основе последних рекомендаций ВОЗ, включая подход ВОЗ «Лечить всех» (5) и учитывая национальные возможности, ресурсы и приоритеты.

Для обеспечения плавного перехода от прежней практики назначения АРВ-терапии при уровне CD4-лимфоцитов равном 500 на мм³ или менее к назначению АРТ всем ЛЖВ независимо от уровня CD4-лимфоцитов для каждого региона Беларуси был составлен примерный план набора пациентов на лечение. Для ускорения процесса набора пациентов был разработан график выездов специалистов инфекционной службы в учреждения системы исполнения наказаний для консультирования пациентов и назначения АРТ. Для повышения уровня знаний врачей по вопросам АРВ-терапии при поддержке Европейского регионального бюро ВОЗ в декабре 2017 года был проведен ряд обучающих семинаров во всех регионах республики, в которых приняло участие 230 врачей-инфекционистов.

Параллельно, Министерство здравоохранения осуществляет закупку АРВ-препаратов для обеспечения лечения пациентов согласно установленному плану расширения доступа к АРВ-терапии – с формированием шестимесячного резерва ЛС и используя график, показывающий, какое количество пациентов должно быть охвачено в каждый месяц года, чтобы избежать истощения запасов препаратов. При этом, в рамках взятых на себя обязательств по переходу на национальное финансирование мероприятий по борьбе с ВИЧ-инфекцией, Беларусь постепенно увеличивает долю государственных расходов на закупку антиретровирусных препаратов (74,6% в 2017 году). Одновременно

было налажено местное производство генерических АРВ-препаратов, включая трехкомпонентный препарат тенофовир/эмтрицитабин/эфавиренц (TDF/FTC/EFV), рекомендованный ВОЗ как предпочтительная схема АРТ первого ряда (5).

Была проведена оптимизация и унификация применяемых схем антиретровирусного лечения с целью приведения их в соответствие с рекомендациями ВОЗ. Кроме того, Министерством здравоохранения в тесном взаимодействии с предприятиями фармацевтической промышленности, представителями организаций пациентов, специалистами инфекционной службы, ВИЧ-сервисными общественными организациями и международными партнерами проводится работа по дальнейшему снижению стоимости АРТ. Это позволит не только оптимизировать государственные расходы на борьбу с ВИЧ-инфекцией, но и обеспечить устойчивость национальных мер. Данному вопросу было посвящено региональное совещание по расширению доступа к качественным и недорогим антиретровирусным и противотуберкулезным препаратам в странах Восточной Европы и Центральной Азии, которое состоялось в ноябре 2016 года в Минске. Проведение второго регионального совещания с аналогичной тематикой запланировано в Минске на ноябрь 2018 года.

Доказательства воздействия/эффективности

В результате реализации политики «Лечить всех» в Беларуси начало увеличиваться число лиц, получающих АРТ, и, как ожидается, эта тенденция сохранится в следующие несколько отчетных лет.

Охват АРВ-терапией в гражданском секторе здравоохранения

В результате внедрения подхода «Лечить всех» число людей, живущих с ВИЧ и получающих АРТ, увеличилось с 8562 в начале 2017 года до 11242 на 1 января 2018 года. Во второй половине 2017 года охват АРТ увеличился с 50,1% до 58,5% людей, живущих с ВИЧ. Согласно намеченным планам, к концу 2018 года АРТ будут получать 19 804 человека (рис. 25).

Охват АРВ-терапией в пенитенциарном секторе здравоохранения

Число ЛЖВ, получающих лечение в пенитенциарном секторе здравоохранения, увеличилось с 651

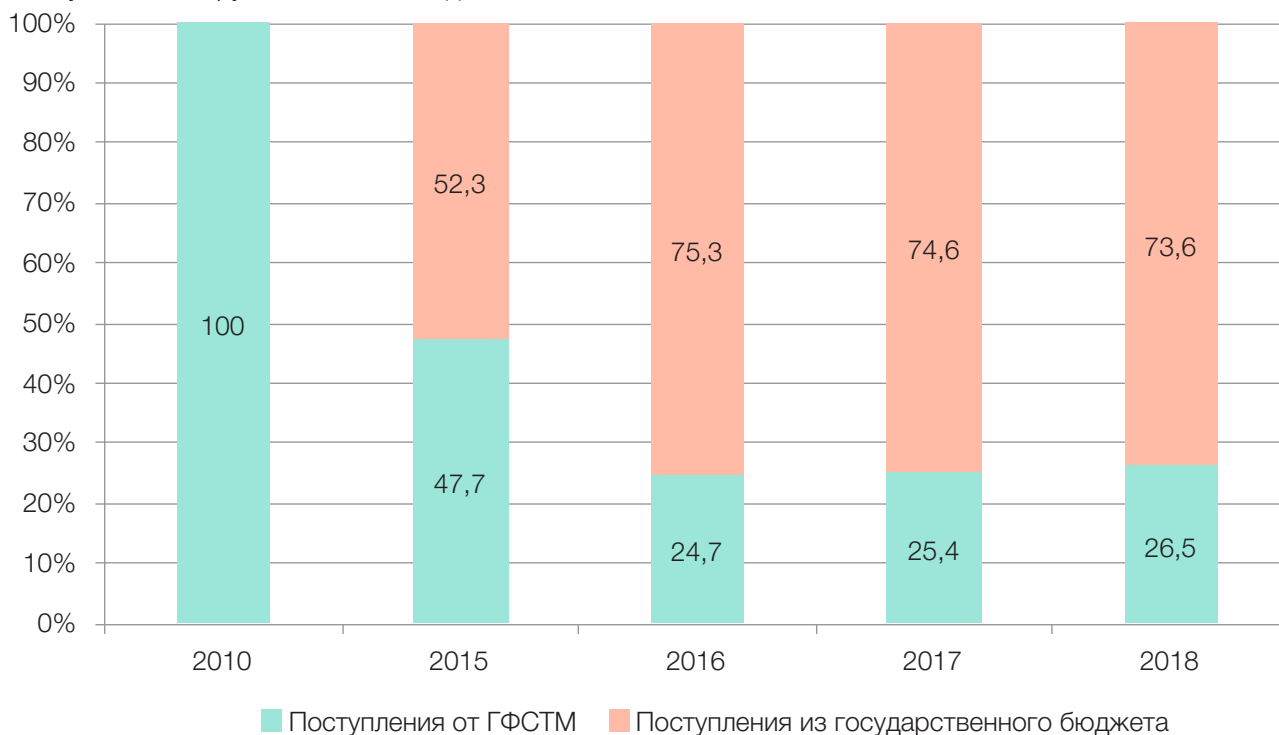
на 1 июля 2017 года до 1008 на 1 января 2018 года, что составило 54,8% от всех ЛЖВ, находящихся в пенитенциарных учреждениях.

Оптимизация и стандартизация схем АРВ-терапии В результате оптимизации схем АРТ 40% ВИЧ-инфицированных пациентов в начале 2018 года получали тенофовир/эмтрицитабин/эфавиренц (рекомендуемая схема АРТ первого ряда). Количество основных применяемых схем лечения сократилось с 40 до 11. Количество пациентов, получающих лечение по индивидуальной схеме, сократилось до 233, что позволило снизить финансовую нагрузку на систему здравоохранения в стране.

Устойчивость

Твердая политическая приверженность министерства здравоохранения Беларуси и других государственных ведомств позволила эффективно проводить эту политику по всей стране. Благодаря установлению прочных отношений с местными производителями и фармацевтической промышленностью было налажено внутреннее производство АРВ-препаратов первого ряда, что позволило людям, живущим с ВИЧ, получать необходимые им лекарства при одновременном снижении финансовой нагрузки на систему здравоохранения. Оптимизация схем АРТ также способствовала снижению общей финансовой нагрузки на систему здравоохранения в Беларуси. На рисунке 27 показано постепенное увеличение доли государственного финансирования потребностей в АРТ, на которую в настоящее время приходится почти три четверти необходимого бюджета.

Рис. 27. Долевое распределение финансирования АРТ со стороны ГФСТМ и государственного бюджета, Республика Беларусь, 2010-2018 годы



Источник: Татьяна Мигаль, Министерство здравоохранения Республики Беларусь, презентация по случаю проведения Дня нулевой дискриминации, 1 марта 2018 года, Минск

БОЛГАРИЯ. Развитие низкопороговых служб тестирования на ВИЧ для ключевых групп населения

Varleva, Tonka | Taskov, Hristo | Georgieva, Viara | Zamfirova, Mariya | Hristov, Kristyan

Министерство здравоохранения Болгарии

Общие сведения

Общая распространенность ВИЧ-инфекции в Болгарии является низкой (0,07% в 2016 г.) и эпидемия сконцентрирована в ключевых группах населения (82), включая людей, употребляющих инъекционные наркотики (ЛУИН), МСМ, цыган мужского пола, заключенных и РКС (таблица 9). В 2001 году правительство Болгарии приняло первую Национальную стратегию борьбы со СПИДом и Национальный план действий по профилактике и борьбе с ВИЧ-инфекцией/СПИДом и ИППП на 2001-2007 годы. В стратегии и национальном плане действий по борьбе со СПИДом, поддерживаемых Министерством здравоохранения, предусматривается, что государство должно обеспечить всеобщую доступность тестирования на ВИЧ и АРВ-терапии. В 2004 году в число национальных приоритетов в отношении ключевых групп населения было включено обеспечение доступности децентрализованных, низкопороговых услуг консультирования и экспресс-тестирования на ВИЧ и программ по снижению вреда для потребителей инъекционных наркотиков.

Описание передовой практики

Комплексная модель тестирования и оказания услуг в связи с ВИЧ-инфекцией в Болгарии включает услуги по тестированию в медицинских учреждениях и за их пределами.

Тестирование в медицинских учреждениях

Услуги по тестированию на ВИЧ в медицинских учреждениях доступны в Болгарии для всего населения. Некоторые поставщики медицинских услуг проводят анонимное и бесплатное тестирование на ВИЧ с расширенным до- и послетестовым консультированием и психологической поддержкой. Все поставщики услуг предлагают пациентам направление в специализированное медицинское учреждение для получения дальнейшей помощи. Мигранты имеют доступ к тестированию на ВИЧ в медицинских подразделениях центров для беженцев, где пациентам предлагают направление на получение лечения и услуг дополнительного консультирования в целях оказания им психосоциальной поддержки и снижения риска.

Таблица 9. Средний показатель распространенности ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения, Болгария, 2006-2011 годы

	Люди, употребляющие инъекционные наркотики (ЛУИН)	МСМ (2007-2016 гг.)	Цыгане мужского пола в возрасте 15-25 лет	Заключенные	РКС
Распространенность	5,73%	2,95%	2,06%	0,98%	0,82%

Источник: Национальный центр инфекционных и паразитарных заболеваний, 2015 г. (82).

Услуги по тестированию на ВИЧ вне медицинских учреждений

В период с 2004 по 2008 год в рамках финансирования ГФСТМ были разработаны различные способы расширения доступа к тестированию на ВИЧ, с четким акцентом на профилактику ВИЧ-инфекции

в целевых группах. В частности, для этой цели были использованы такие подходы, как проведение экспресс-тестов на ВИЧ в мобильных медицинских пунктах (с 2005 года), а также тестирование на ВИЧ в центрах контролируемого употребления инъекционных наркотиков и в рамках служб ПИШ и охраны

сексуального и репродуктивного здоровья. Были созданы сезонные низкопороговые службы тестирования на ВИЧ вблизи популярных курортов, а также службы тестирования на ВИЧ в тюрьмах. Функции этих служб выходят за рамки услуг, предоставляемых медицинскими учреждениями, поскольку в рамках пакета мер по снижению вреда для ЛУИН, включая ОЗТ и ПИШ, они также обеспечивают сопровождение клиентов в медицинские учреждения, занимающиеся лечением ВИЧ-инфекции, ТБ и ИППП, а также охраной репродуктивного здоровья. Центры, оказывающие услуги здравоохранения цыганам, работают на уровне местных сообществ и укомплектованы медицинским персоналом.

Важный элемент деятельности: мобильные медицинские пункты

Благодаря грантам ГФСТМ, полученным через НПО, в Болгарии были созданы мобильные медицинские пункты, которые при оказании профилактических услуг в труднодоступных местах также проводят тестирование на ВИЧ. Управление работой этих пунктов осуществляют НПО, которые специализируются на оказании помощи ключевым группам населения в Болгарии. В таких пунктах работает группа медицинских специалистов и аутрич-работников, которые оказывают бесплатную помощь на месте нахождения клиентов. В настоящее время в регионах Болгарии с высокой заболеваемостью функционируют 11 мобильных медицинских пунктов. Они предлагают населению целый ряд услуг, включая обследование на ИППП, распространение презервативов, ПИШ и санитарное просвещение. В настоящее время эти пункты широко используются для того, чтобы обеспечить для молодежи и МСМ доступ к услугам по тестированию на ВИЧ на дискотеках, а также в барах, клубах, университетских городках и других подобных местах. Мобильные медицинские пункты также принимают активное участие в местных и национальных кампаниях тестирования на ВИЧ. Дополнительное финансирование за счет грантов ГФСТМ позволило расширить географический охват сети низкопороговых услуг по тестированию на ВИЧ, особенно через мобильные медицинские пункты.

Важный элемент деятельности: Услуги по тестированию на ВИЧ в тюрьмах

Медицинские услуги, включая лечение, предоставляются всем заключенным в соответствии с

теми же руководствами и протоколами, которые используются за пределами пенитенциарной системы Болгарии. В 2006 году Минюст и Минздрав издали совместный приказ, регламентирующий мероприятия по профилактике ВИЧ-инфекции, что позволило бригадам региональных управлений здравоохранением посещать тюрьмы дважды в месяц и проводить добровольное тестирование на ВИЧ, основанное на принципах неприкосновенности частной жизни и гарантированной конфиденциальности. В 2010 году на основе национальных руководств по противодействию ВИЧ-инфекции Минюст и Минздрав издали совместное постановление о медицинском обслуживании в тюрьмах, включая меры по профилактике заражения ВИЧ и проведению АРТ. Услуги по тестированию на ВИЧ предлагаются всем заключенным в ходе медицинского осмотра при поступлении в пенитенциарное учреждение, а затем в рамках оказания рутинной медицинской помощи, что дополнительно мотивирует заключенных к прохождению тестирования на ВИЧ. Минздрав взял на себя ответственность за поставку тестов, препаратов и других средств, необходимых для тестирования на ВИЧ, лечения ВИЧ-инфекции и организации надлежащего ухода за пациентами. Минюст обеспечивает адекватные условия для тестирования и лечения в тюрьмах, которые позволяют людям, употребляющим инъекционные наркотики, иметь доступ ко всем услугам по профилактике ВИЧ-инфекции и снижению вреда.

Важный элемент деятельности: укрепление кадрового потенциала

До начала осуществления Национальной стратегии борьбы со СПИДом и Национальной программы борьбы со СПИДом тестирование на ВИЧ проводилось в больницах и государственных лабораториях. Кроме того, из-за отсутствия профессиональной подготовки в этой области оно зачастую не сопровождалось ни до- и послетестовым консультированием, ни направлением в соответствующие службы. Параллельно с созданием в 2004 году первых низкопороговых служб тестирования на ВИЧ была начата долгосрочная программа (на 2004-2007 годы), финансируемая за счет гранта ГФСТМ и направленная на то, чтобы укрепить потенциал консультантов, врачей, психологов и сотрудников лабораторий и тем самым обеспечить комплексное и высококачественное обслуживание клиентов. Благодаря проведенной программе общее количество обученных сотрудников увеличилось с

41 в 2004 году до 1822 в 2007 году. Из них 211 являются консультантами, предоставляющими высококачественные услуги консультирования в рамках низкопороговых служб тестирования на ВИЧ. Еще 1460 врачей, медсестер и акушерок прошли подготовку по следующим направлениям: выявление риска инфицирования ВИЧ и развития ВИЧ-ассоциированных состояний; тестирование; интерпретация и сообщение результатов тестирования; оказание помощи людям, живущим с ВИЧ.

Доказательства воздействия/ эффективности

Количество центров тестирования на ВИЧ и количество протестированных людей

С 2001 года число центров, предлагающих услуги по тестированию на ВИЧ, возросло с 41 сертифицированной лаборатории до 158, что представляет собой четырехкратное увеличение их числа. Это стало возможным благодаря политике создания новых низкопороговых центров тестирования. За первый период осуществления программы в местных медицинских учреждениях было протестировано 320-350 тыс. человек среди населения в целом. В 2003 году тестирование на ВИЧ в низкопороговых центрах прошли 1258 человек, а в 2006 году это число выросло до 44 220, что примерно в 38 раз превышает первоначальное количество лиц, протестированных в таких центрах. Данные о результатах третьего периода осуществления программы пока что не получены.

Тестирование среди ключевых групп населения

До начала осуществления Национальной стратегии борьбы со СПИДом и Национальной программы по СПИДу в 2001 году охват услугами по тестированию на ВИЧ среди ключевых групп населения был очень низким. Внедрение комплексной модели оказания услуг тестирования на ВИЧ привело к 40-кратному увеличению числа членов ключевых групп населения, проходящих тестирование на ВИЧ – с 410 в 2003 году до 17 385 в 2009 году (рис. 28).

Новые случаи ВИЧ-инфекции

Число впервые диагностированных случаев ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения увеличилось в 15 раз (с девяти ВИЧ-положительных из 398 обследованных в 2004 году до 138 ВИЧ-положительных из 17 300 обследованных в 2009 году). Уровень выявления случаев ВИЧ-инфекции в

низкопороговых службах тестирования на ВИЧ в 15,6 раза выше, чем в традиционных медицинских учреждениях. С 2009 года наблюдается устойчивая тенденция к снижению числа впервые диагностированных случаев ВИЧ-инфекции среди лиц, употребляющих инъекционные наркотики (с 56 в 2010 году до 22 в 2016 году), несмотря на то, что количество протестированных лиц осталось на прежнем уровне (рис. 29). Количество тестов на ВИЧ и новых случаев ВИЧ-инфекции среди ЛУИН, Болгария, 2001-2016 годы. Также наблюдается четырехкратное снижение доли ЛУИН среди всех новых случаев ВИЧ-инфекции (с 46% в 2009 году до 12% в 2016 году).

В соответствии с национальными показателями в области профилактики и эпидемиологического мониторинга ВИЧ-инфекции были разработаны показатели промежуточных и конечных результатов деятельности, а также веб-система сбора индивидуальных данных для служб тестирования на ВИЧ. В рамках этой работы были оптимизированы национальные руководства и стандартные операционные процедуры, протоколы и контрольные списки по всем аспектам оказания услуг низкопорогового тестирования на ВИЧ.

Устойчивость

Успешное внедрение и устойчивость низкопороговых служб тестирования на ВИЧ стали возможными благодаря приверженности и скоординированной работе различных учреждений и организаций. Консенсус между основными заинтересованными сторонами в отношении целей и приоритетов политики тестирования на ВИЧ был достигнут через Национальный комитет по профилактике СПИДа и заболеваний, передаваемых половым путем, при Совете Министров Республики Болгарии, учрежденный в 1996 году (83) для укрепления доверия и партнерства между правительственными учреждениями, местными органами власти, пострадавшими группами населения и НПО, работающими с такими группами. Устойчивый национальный консенсус в рамках этих партнерств в сочетании с постоянно разрабатываемым национальным стратегическим планом по профилактике и борьбе с ВИЧ-инфекцией в Болгарии позволил беспрепятственно осуществлять проекты ГФСТМ, которые способствовали успеху развертывания низкопороговых услуг тестирования на ВИЧ. Следует воздать должное совместному партнерству между МЗ

Рис. 28. Число людей, проходящих тестирование на ВИЧ в низкопороговой службе, в разбивке по категориям ключевых групп, Болгария, 2001-2015 гг.

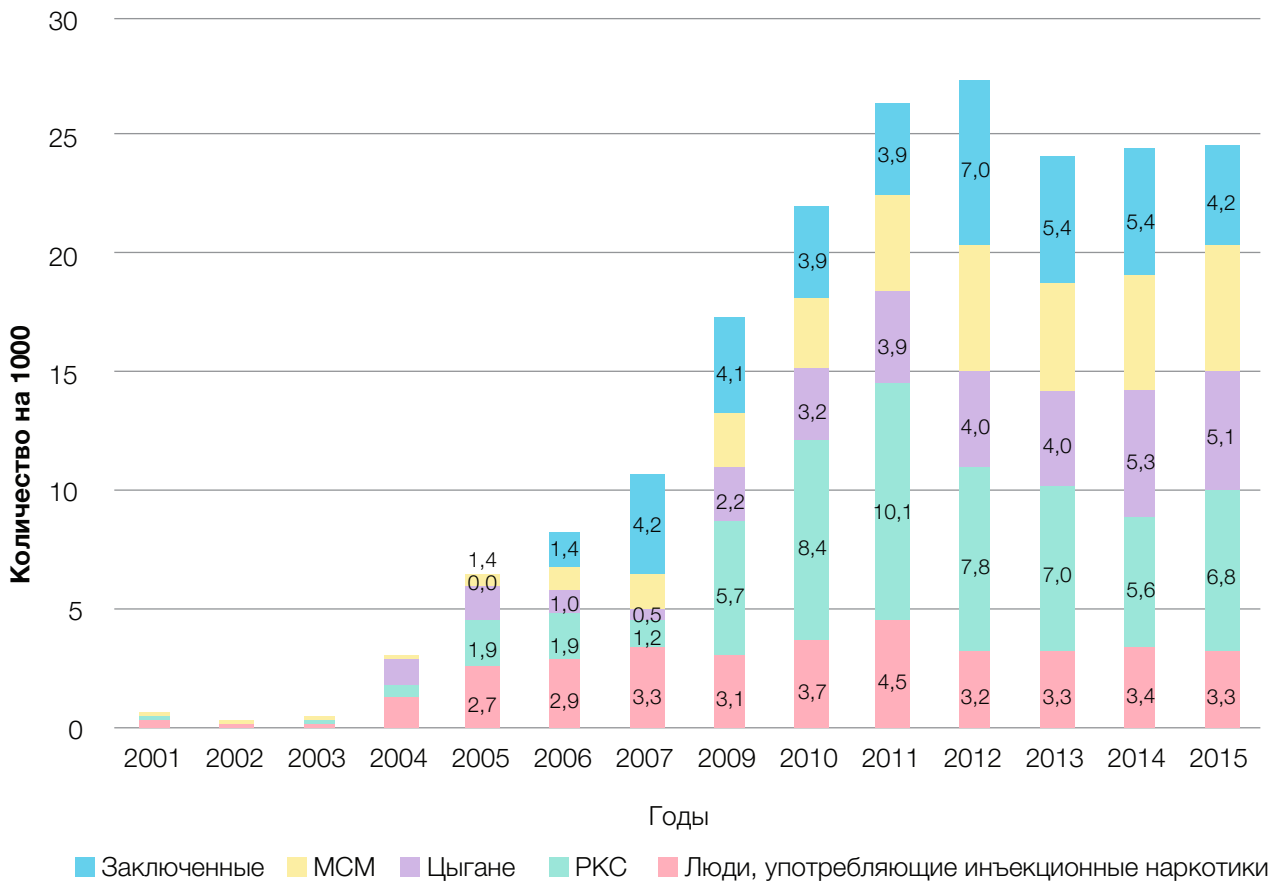
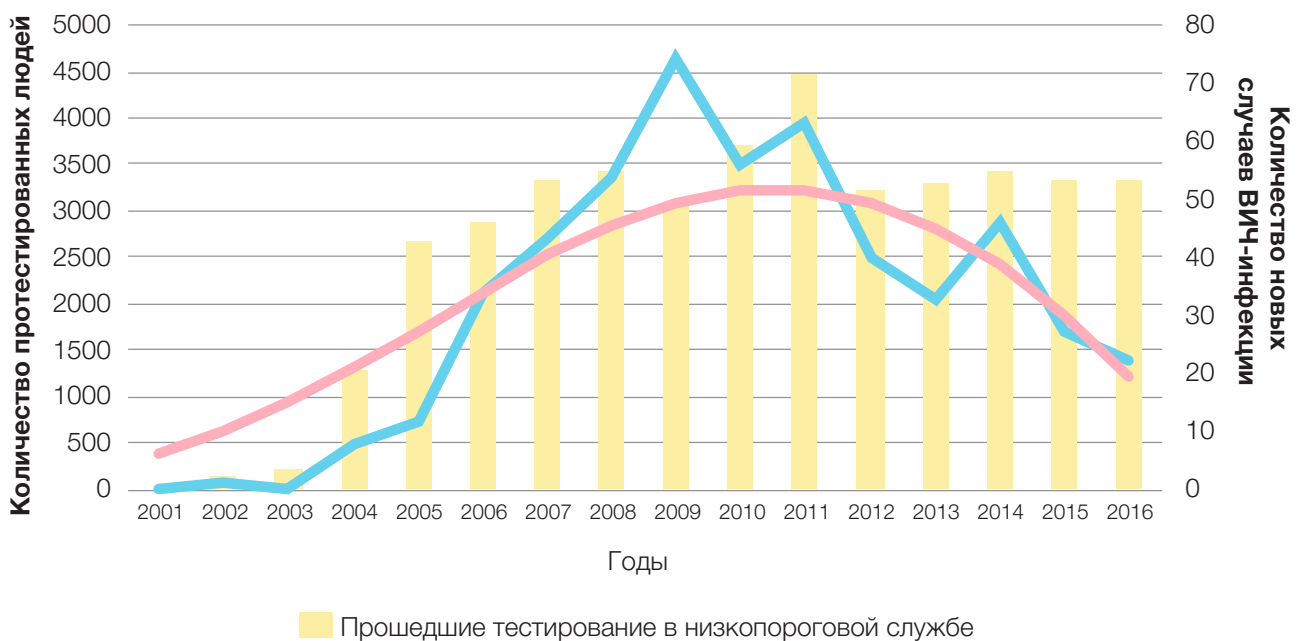


Рис. 29. Количество тестов на ВИЧ и новых случаев ВИЧ-инфекции среди ЛУИН, Болгария, 2001-2016 гг.



и МЮ по внедрению услуг тестирования на ВИЧ в тюрьмах, которое можно рассматривать как растущую региональную тенденцию к укреплению межсекторального сотрудничества в области здравоохранения. МЗ отвечает за функционирование и мониторинг низкопороговой службы тестирования на ВИЧ, а Министерство юстиции создает адекватные условия для работы этой службы в рамках пенитенциарной системы.

Действующая Национальная программа борьбы со СПИДом (на 2017-2020 годы) полностью финансируется МЗ, что гарантирует ее успешную реализацию. В текущей стратегии борьбы со СПИДом на период до 2020 года предусматривается более эффективное индивидуальное ведение пациентов с ВИЧ-инфекцией. Укрепление сотрудничества с системой эпиднадзора за коинфекциями ВИЧ/ВГВ, ВИЧ/ВГС и ВИЧ/ТБ может способствовать развитию этой практики в будущем.

ФИНЛЯНДИЯ. Проект по повышению медицинской грамотности лиц, употребляющих наркотики в пенитенциарных учреждениях

Фамилии и служебная принадлежность всех соавторов: Knuuti, Ulla¹ | Suomela, Maarit² | Tamminen, Eeva³

¹Агентство по уголовным санкциям, Финляндия; ²Финский Фонд пробации; ³Управление медицинского обслуживания заключенных, Финляндия

Общие сведения

При поддержке одной из частных ассоциаций Финляндии и в сотрудничестве с пенитенциарной службой и организациями по реабилитации лиц с наркотической и алкогольной зависимостью финский Фонд пробации разработал национальную модель снижения вреда и программу повышения медицинской грамотности заключенных на основе специальных моделей обучения и консультирования. Модератором проекта стала НПО «Фонд пробации», сотрудничающая с Агентством по уголовным санкциям. В течение несколько десятилетий до начала проекта показатели заболеваемости среди заключенных возрастали, что особенно касалось инфекций, передающихся через кровь, зависимости от психоактивных веществ и психических расстройств. Около 50% всех людей, употребляющих наркотики, инфицированы ВГС. Следует отметить, что наиболее часто используемыми наркотиками являются амфетамин, бензодиазепин и бупренорфин, которые часто вводятся внутривенно. В настоящее время в финских тюрьмах не проводятся программы распространения игл и шприцев (ПИШ).

Описание передовой практики

Курсы санитарного просвещения для заключенных, разработанные в рамках этого проекта, в настоящее время являются постоянным методом работы в финских тюрьмах по всей стране. Целью курсов является снижение инфекционных заболеваний и других видов медицинского и социального риска/вреда.

Программа медицинского просвещения включает следующие элементы:

- типовые методические рекомендации для пенитенциарных учреждений и предназначенная для тюремного персонала программа обучения по уменьшению негативных последствий употребления наркотиков в тюрьмах (подготовку прошли около 200 сотрудников тюрем);
- предназначенная для руководителей учебных курсов программа медицинского просвещения и консультирования заключенных (подготовлено около 80 медсестер/реабилитационного персонала) – курс включает семь тем:
 - гепатит;
 - ВИЧ-инфекция;
 - передозировки и оказание первой медицинской помощи;
 - риски употребления инъекционных наркотиков и альтернативные способы употребления наркотиков;
 - употребление наркотиков и психическое здоровье;
 - сексуальность;
 - лечение наркотической зависимости; и
- распространение руководства по снижению вреда среди реабилитационного персонала, работающего с освобожденными осужденными (распространено 6000 экземпляров).

Особое внимание в рамках проекта уделялось таким элементам, как развитие многоуровневого сотрудничества различных категорий персонала здравоохранения, реабилитация наркозависимых, эпиднадзор и административное управление, а также создание системы взаимодействия и оказания поддержки по принципу «равный-равному» среди заключенных. При разработке и проведении аналогичных программ следует учитывать тот факт, что тюрьма, свободная от наркотиков, может быть недостижимой целью. Медицинское обслуживание в тюрьмах должно быть таким же как и другие виды медицинского обслуживания населения. Иными словами медицинские услуги в период тюремного заключения, включая консультативные услуги, не должны отличаться от услуг в гражданском секторе здравоохранения (за исключением специальных учреждений).

Текущая работа по снижению вреда в финских тюрьмах включает следующие направления: медицинское просвещение и консультирование, тестирование на ВГВ, ВГС и ВИЧ, вакцинация, продолжение ОЗТ, выдача презервативов, информирование о пользе перехода на использование неинъекционных наркотиков и практику безопасного секса для предотвращения ИППП, а также создание условий, содействующих такому переходу.

Доказательства воздействия/ эффективности

Ситуация с ВИЧ-инфекцией в тюрьмах находится под контролем: ежегодно выявляется менее пяти новых случаев инфицирования. Основные результаты проекта заключаются в создании программы

медицинского просвещения, которая будет внедрена в практику пенитенциарной службы, и в организации системы подготовки сотрудников, которые смогут на постоянной основе работать в Центре обучения тюремного персонала. Систематический мониторинг изменений поведения заключенных не проводился, однако были собраны некоторые качественные данные (например, с помощью опросов заключенных). Обратная связь по обучению персонала была обеспечена с помощью анкетирования. Согласно отзывам участников, проект был успешным, в том числе по таким критериям, как воспроизводимость и устойчивость. При подготовке персонала тюрем основное внимание уделялось ознакомлению сотрудников с эффективными подходами к снижению вреда.

Устойчивость

Финский Фонд пробации разработал национальную модель снижения вреда и учебную программу для тюрем на основе медицинского просвещения и консультирования при поддержке частной ассоциации и в сотрудничестве с тюремной службой и организациями по реабилитации наркозависимых и алкоголиков. На момент начала проекта его бюджет составлял 280 000 евро на трехлетний период. После этого периода бюджет проекта составлял около 30 000 евро в год за счет внутреннего финансирования (для покрытия расходов на материалы, курсы, образование, информацию и т.д.). Проект не имеет собственного бюджета, но он входит в число основных функций Агентства по уголовным санкциям. С 2009 года 100-процентное финансирование обеспечивается из внутренних источников.

НА-REACT. Внедрение учебных пакетов по снижению вреда в Латвии и Литве

Фамилии и служебная принадлежность всех соавторов: Indave Ruiz, Blanca Iciar^{1,2} | Manzanera, María Teresa^{1,2} | Mačiulytė, Dovilė³ | Camilleri, Moses⁴ | Sordo, Luis^{1,2,5}

¹Институт здравоохранения имени Карлоса III, Мадрид; ²Консорциум биомедицинских исследований в области эпидемиологии и общественного здравоохранения (CIBERESP), Мадрид; ³Республиканский центр по аддиктивным расстройствам (RPLC), Литва; ⁴Мальтийский фонд для служб социального обеспечения; ⁵Мадридский университет Комплутенсе

Общие сведения

В Латвии наблюдается относительно высокая заболеваемость ВИЧ-инфекцией, которая составляет 0,50 на 1000 населения (взрослые в возрасте 15-29 лет). В 2016 году в стране было зарегистрировано

менее 500 новых случаев ВИЧ-инфекции среди взрослых и детей (84). В Литве соответствующие показатели за тот же год составили 0,18 на 1000 населения и менее 500 случаев ВИЧ-инфекции среди взрослых и детей (85). Риск заражения ВИЧ

среди людей, употребляющих инъекционные наркотики (ЛУИН), высок в обеих странах. Инъекционное употребление наркотиков являлось вероятным путем передачи инфекции (в тех случаях, когда путь передачи был известен) по меньшей мере в четверти зарегистрированных случаев в обеих странах (Литва, 47%; Латвия, 27%) (1). Охват населения мероприятиями по снижению вреда, такими как ОЗТ и ПИШ является низким. Для устранения этих недостатков была разработана европейская программа совместных действий HA-REACT. Цель программы HA-REACT – внести вклад в элиминацию ВИЧ-инфекции и значительное сокращение заболеваемости ВГС-инфекцией и ТБ среди ЛУИН в ЕС к 2020 году, а также повысить потенциал системы противодействия ВИЧ-инфекции и коинфекциям путем предоставления услуг по снижению вреда, ориентированных на ЛУИН в ЕС. Одна из задач программы HA-REACT заключается в расширении услуг по снижению вреда в целевых странах (Латвия и Литва).

Описание передовой практики

Для обеих стран был разработан и внедрен учебный пакет по снижению вреда, охватывающий все ключевые компоненты этой практики и предназначенный для медицинских работников и руководителей высшего звена. Программа обучения была ориентирована на общественные организации, равных инструкторов, медицинских работников, социальных работников и руководителей высшего звена. Ключевые цели включали содействие диалогу по эффективной политике; обсуждение преимуществ и недостатков мероприятий по снижению вреда; преодоление нежелания людей пользоваться услугами по снижению вреда; создание потенциала для проведения мероприятий по снижению вреда; формирование у руководителей высшего звена установки на принятие стратегий снижения вреда; и включение мер по снижению стигмы в политическую повестку дня. Ключевыми принципами, использованными при разработке всех инструментов и материалов, были возможность воспроизведения опыта и улучшения ситуации на уровне ЕС.

Учебный пакет и целевые области

Пакет охватывает такие различные темы обучения, как содействие расширению мероприятий, осуществляемых равными консультантами, профилактика ВГС-инфекции, последствия употребления амфетамина для мероприятий по снижению вреда,

профилактика передозировок, снижение стигмы и дискриминации и т.д. Целевые области и основные мероприятия по снижению вреда были определены на основе успешного опыта других европейских стран.

Приоритетными областями обучения по снижению вреда были следующие:

- ОЗТ, профилактика передозировок и ПИШ;
- содействие расширению мероприятий, осуществляемых равными консультантами;
- профилактика ВИЧ-инфекции, ВГС-инфекции и других инфекционных заболеваний;
- снижение стигмы и дискриминации в отношении ЛУИН и других категорий потребителей наркотиков; и
- другие области деятельности возрастающего приоритета, такие как тестирование на наркотики в рекреационных местах или программы выдачи налоксона для применения в домашних условиях с целью профилактики передозировок.

Промежуточные результаты

Промежуточные результаты включали следующие:

- дискуссионные семинары (в том числе по методам ведения дебатов и политическим решениям в сфере снижения вреда);
- учебно-ознакомительные поездки для изучения успешного опыта проведения мероприятий по снижению вреда;
- учебные семинары по вопросам снижения вреда с целью развития технического потенциала.

Дискуссионные семинары

Было проведено два дискуссионных семинара, которые координировались сотрудниками сети центров биомедицинских исследований (CIBER) при Институте здравоохранения имени Карлоса III (ISCIII), Испания. Выбранный формат семинаров включал презентации, дискуссии и работу в малых группах. Содержание сессий было адаптировано к условиям конкретных целевых стран с учетом их политических особенностей и потребностей.

Индивидуальные программы обучения включали следующие темы:

- местные условия, в которых принимаются меры по снижению вреда;
- приоритетные задачи: преодоление негативного отношения к программам снижения вреда и пропаганда конкретных мероприятий по снижению вреда в профессиональной медицинской среде;
- международный обмен передовым опытом;
- совершенствование существующих услуг по снижению вреда в Литве и Латвии;

Каждой целевой стране, а также партнерам НА-REACT и сотрудничающим учреждениям из стран ЕС и соседних стран, таким как ECDC, EMCDDA и Евразийская сеть снижения вреда, было предложено сделать экспертные презентации. Были завершены анализы пробелов и барьеров для определения оптимального списка профессиональных участников, представляющих НПО, ОГО, учреждения здравоохранения и ключевые руководящие органы.

Учебно-ознакомительные поездки

Все учебно-ознакомительные поездки включали такие формы работы, как презентации, обсуждения и непосредственное изучение успешного опыта и примеров передовой практики. Две учебно-ознакомительные поездки были организованы в Испанию, а третья – в Прагу. Программы всех учебно-ознакомительных поездок включали посещение различных служб снижения вреда, в том числе мобильных пунктов метадоновой терапии и оказания аутрич-услуг; ночных приютов; аптек, участвующих в программе опиоидной заместительной терапии и обмена игл и шприцев; местных полицейских управлений; помещений для контролируемого употребления наркотиков; и низкопороговых центров снижения вреда. Местные эксперты и органы власти дали описание состояния программ снижения вреда, в том числе в групповых обсуждениях.

Семинары по снижению вреда

Ряд семинаров по снижению вреда были организованы так, чтобы позволить участникам наблюдать, практиковать и обсуждать различные мероприятия

по снижению вреда. Были организованы два учебных курса (один в Литве и один в Латвии), каждый из которых состоял из следующих трех семинаров:

- семинар по ОЗТ;
- семинар по другим методам снижения вреда;
- семинар по профилактике передозировок.

Были определены международные эксперты, которым было предложено принять участие в учебном курсе (вместе с экспертами из целевых стран) в качестве инструкторов и координаторов в различных семинарах. Все семинары предусматривали активное участие обучаемых и включали такие формы работы, как лекции, дискуссии, занятия в малых группах, выполнение индивидуальных заданий, видеосъемка, сессии вопросов и ответов, демонстрации, практические занятия, занятия в малых и больших группах, а также ролевые игры и моделирование.

Доказательства воздействия/ эффективности

Все учебные мероприятия оценивались с использованием стандартизированного опросника. Оценка дала позитивные результаты. Максимальный балл оценки семинара (93%) был достигнут в Риге (Латвия), а в Вильнюсе (Литва) он составил 88%. В 2016 году максимальный балл оценки учебно-ознакомительных поездок составил 91% для Испании и 90% для Праги. Процесс непрерывной оценки учебных курсов продолжается. Все участники семинара в Риге заявили, что они готовы использовать на своих рабочих местах знания, приобретенные на семинаре (полностью согласны 64%; согласны 36%), а для семинара в Вильнюсе этот показатель составил 91%.

В настоящее время целевые страны интегрируют мероприятия по снижению вреда в свои системы здравоохранения, а медицинские круги прилагают и, как мы надеемся, активизируют усилия по внедрению изменений, основанных на информации, полученной в ходе обучения. Особый интерес был проявлен к программам профилактики передозировок с помощью налоксона и программам контролируемого употребления наркотиков. Вопрос о том, чтобы в таких программах также работали лица, употребляющие инъекционные наркотики,

обсуждался и, хотелось бы надеяться, что такая практика будет поощряться. В настоящее время анализируются данные об эффективности программы.

Устойчивость

В каждом сегменте учебной программы приоритетное внимание уделяется сотрудничеству со всеми местными учреждениями в целевых странах. Благодаря использованию методологии подготовки

инструкторов (также применяемой ВОЗ) участие в учебном процессе смогли принять специалисты из всех городов Латвии и Литвы. Программы занятий, доклады и оценочные материалы будут находиться в свободном доступе после завершения проекта, чтобы страны, заинтересованные в использовании учебного пакета, могли это делать с минимальной затратой ресурсов. Учебный пакет по снижению вреда должен быть адаптирован с учетом особенностей конкретных стран и имеющихся ресурсов.

HA-REACT. Услуги по снижению вреда, оказываемые мобильными медицинскими пунктами: пример Латвии

Фамилии и служебная принадлежность всех соавторов: Indave Ruiz, Blanca Iciar^{1,2} | Manzanera, María Teresa^{1,2} | Fremaine, Agnese³ | Kaupe, Ruta⁴ | Sordo, Luis^{1,2,5}

¹Институт здравоохранения имени Карлоса III, Мадрид; ²Консорциум биомедицинских исследований в области эпидемиологии и общественного здравоохранения (CIBERESP), Мадрид; ³Литовский центр профилактики и контроля заболеваний; ⁴DIA+LOGS; ⁵Мадридский университет Комплутенсе

Общие сведения

Риск ВИЧ-инфицирования потребителей инъекционных наркотиков в Латвии является высоким – как и во многих других европейских странах (1). Первый случай ВИЧ-инфекции, связанный с употреблением инъекционных наркотиков (УИН), был диагностирован в 1995 году (86), и в настоящее время передача ВИЧ при употреблении инъекционных наркотиков является значительной причиной преждевременной смерти (87). Охват людей, употребляющих инъекционные наркотики, услугами ОЗТ и ПИШ является низким (10% и <50%, соответственно) (88). Поэтому потребность в децентрализованных службах тестирования в стране является особенно острой. До 2017 года в Латвии был только один мобильный медицинский пункт (ММП), предлагающий услуги тестирования и постановки на диспансерное наблюдение.

Описание передовой практики

В январе 2017 года в Латвии начал функционировать новый ММП. Перед его персоналом была поставлена задача обеспечить снижение заболеваемости ВИЧ-инфекцией и другими передающимися через кровь инфекциями среди ЛУИН, уделяя особое внимание так называемым скрытым группам населения (т.е. контингентам, которые в настоящее время не имеют контакта со службами здравоохранения). Для реализации инициативы по созданию нового ППМП была выбрана НПО «DIA+LOGS».

Положение о создании ППМП было разработано в рамках предложения о совместных действиях в отношении HA-REACT, а курирование работы этого ППМП осуществляет Латвийский центр профилактики и контроля заболеваний. Новый ММП предоставляет услуги по снижению вреда, такие как ПИШ, выдача презервативов, экспресс-тестирование на ВИЧ и консультирование ЛУИН в столице Латвии Риге и ее окрестностях. Период подготовки к созданию нового ММП составил примерно год (2016 г.). Наиболее существенную роль в создании нового ММП сыграли укрепление политической приверженности этому проекту и координация соответствующих усилий с привлечением местных и национальных органов власти.

В течение того же периода времени НПО DIA+LOGS отвечала за вовлечение местного сообщества. Эта НПО хорошо известна и пользуется уважением среди людей, употребляющих инъекционные наркотики. После годовичного процесса подготовки ММП начал работать 23 часа в неделю, распределенные на четыре дня. Штатный состав ММП был следующим: одна медсестра (14 часов в неделю); один социальный работник (23 часа в неделю); три аутрич-работника (23 часа в неделю) и один водитель (23 часа в неделю). Были определены целевые территории, а места проведения мероприятий были выбраны на основе трех следующих критериев: i) те места в регионе, где употребление инъекционных

наркотиков было наиболее распространено; ii) районы, где не предоставлялось никаких услуг по снижению вреда; и iii) места, где осуществление мер по снижению вреда было связано с трудностями из-за стигматизации. За первые шесть месяцев деятельности персонал ММП провел 398 сеансов консультирования с 93 различными клиентами, выдал 432 презерватива и 8436 шприцов с иглами и провел примерно 143 теста на ВИЧ. Еще лучшие результаты были достигнуты в следующие три месяца, чему способствовало сотрудничество между ММП и научно-исследовательским проектом по тестированию на ВИЧ, проводящимся под руководством Латвийского центра профилактики и контроля заболеваний.

По истечении первых шести месяцев внешние эксперты провели оценку деятельности ММП на основе структурированных интервью с клиентами и работниками НПО и выяснения мнений Латвийского центра по профилактике и контролю заболеваний, который оказывает ММП медицинскую поддержку, включая услуги по тестированию на ВИЧ. С помощью SWOT-анализа (т.е. анализа сильных и слабых сторон, возможностей и угроз) были определены условия, необходимые эффективной работы ММП, которые включают следующее.

1. До создания ММП необходимо провести предварительное исследование для определения целевой популяции.
2. Выбор такой НПО, которая способна организовать и направлять работу ММП. Для этой цели следует использовать следующие критерии:
 - a. НПО должна иметь большой опыт по установлению доверительных отношений с ЛУИН;
 - b. НПО должна иметь опыт сотрудничества с местными органами власти и поддержания контактов с руководящими органами, муниципалитетами и клиентами (ЛУИН и их родственниками);
 - c. НПО должна понимать социальный контекст и уметь адаптировать свою деятельность с учетом происходящих изменений;
 - d. НПО должна иметь очень квалифицированный персонал и высокую компетентность в вопросах снижения вреда.

3. В работу по снижению вреда должны быть вовлечены все местные муниципальные органы.
4. Местные учреждения здравоохранения и НПО должны иметь контрактные отношения в сфере оказания социальных услуг, основанных на результатах эмпирических исследований и фактических данных.
5. Работа ММП в области снижения вреда должна быть основана на уже разработанных стратегиях мониторинга и оценки и обеспечения качества.
6. Работа ММП должна быть стандартизирована, в частности, путем использования стандартных операционных процедур и протоколов обеспечения безопасности.
7. В работу ММП должны быть вовлечены местные органы власти (особенно органы полиции).
8. Услуги по профилактике передозировок с помощью налоксона должны предоставляться всеми ММП.
9. На всех этапах реализации проектов должно быть обеспечено их устойчивое финансирование.

Доказательства воздействия/эффективности

ММП был создан для содействия укреплению здоровья и безопасности лиц, употребляющих инъекционные наркотики. Большое и растущее число обмениваемых шприцов и игл свидетельствует о том, что мобильные медицинские пункты могут играть важнейшую роль в профилактике ВИЧ-инфекции и гепатита С среди ЛУИН, хотя накопленные данные все еще анализируются. Было показано, что ММП является относительно недорогим методом удовлетворения насущных потребностей ЛУИН, включая оказание первой помощи, выдачу презервативов и предоставление соответствующей информации, но особенно полезной ММП оказался для обеспечения доступа ЛУИН к медицинским и социальным услугам. Для многих клиентов ММП стал тем звеном здравоохранения, где произошел их первый контакт с медицинскими службами в целом и с программами профилактики ВИЧ-инфекции в частности (первичная или вторичная

профилактика), тем самым облегчая их охват диспансерным наблюдением. Количественные данные об оказании услуг в течение первых шести месяцев функционирования ММП позволили провести описательный анализ его функций (таблица 10).

Благодаря функционированию ММП количество выданных шприцев и игл возросло на 5% за период с 2015 года. В 2015 году в стране было зарегистрировано 88 новых случаев ВИЧ-инфекции, которые, по-видимому, были связаны с употреблением инъекционных наркотиков. Поэтому разработчики проекта ожидают, что работа ММП окажет важное положительное воздействие на состояние здоровья этой группы населения. Текущие данные свидетельствуют о том, что ЛУИН активно пользуются услугами ММП, а в ходе предстоящей окончательной оценки будут определены потребности в расширении масштабов проекта и в постановке

целевых показателей в отношении ВИЧ-инфицирования.

Устойчивость

Латвийский центр профилактики и контроля заболеваний планирует продолжить финансирование ММП после завершения проекта HA-REACT. Планируется также закупка еще одного ММП. Услуги ММП также были включены в новый национальный план профилактики ВИЧ-инфекции на 2018-2020 годы. DIA+LOGS подтвердила, что она будет искать возможности финансирования для продолжения работы этого ММП. Трансграничный обмен накопленными знаниями с другими государствами-членами ВОЗ, такими, как Эстония, уже начался. Например, специалистам из DIA+LOGs было предложено принять участие в эстонском семинаре в декабре 2017 года и сделать презентацию об опыте управления работой ММП.

Таблица 10. Показатели деятельности ММП, DIA+LOGS, Латвия, январь-октябрь 2017 г.

Показатель (n)	Янв	Фев	Март	Апр	Май	Июнь	Июль	Авг	Сент	Окт
Количество обращений за медицинской помощью	14	52	39	42	42	48	44	36	72	99
Индивидуальные клиенты	14	52	39	42	42	48	44	36	72	99
Новые клиенты	9	30	65	57	57	79	20	20	49	27
Вторичные клиенты ^a	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0
Число выданных шприцев и игл	80	656	1480	445	1955	2010	1810	1005	1005	413
Число возвращенных шприцев и игл	0	5	150	60	383	380	507	490	320	0
Число выданных презервативов	163	711	370	222	366	424	432	262	296	291
Число проведенных тестов на ВИЧ	13	36	24	33	25	30	31	28	63	83

^a Клиенты, которые не обращаются непосредственно в ММП, но которым выдаются иглы/шприцы через одного из клиентов, посещающих ММП.

ИТАЛИЯ. La Bussola: руководство по защите прав людей, живущих с ВИЧ

Фамилии и служебная принадлежность всех соавторов: Luzi, Anna Maria¹ | Pugliese, Lucia¹ | Schwarz, Matteo¹ | Suligoj, Barbara¹

¹Istituto Superiore di Sanità (Национальный институт здравоохранения), Рим, Италия; ²Avvocatura Foro, Палермо, Италия

Общие сведения

В 2016 году в Италии был зарегистрирован 3451 случай ВИЧ-инфицирования (заболеваемость 5,7 на 100 000 населения). Большинство людей, которым диагноз ВИЧ-инфекции был впервые поставлен в 2016 году, были мужчинами (76,9%). Средний возраст пациентов составлял 39 лет для мужчин и 36 лет для женщин. В 2016 году 35,8% людей с впервые диагностированной ВИЧ-инфекцией были иностранными гражданами; 65,5% из их числа не имели гомосексуальных контактов (женщины, 34,9%; мужчин, 30,6%).

Описание передовой практики

Было разработано руководство для лиц, которым был поставлен диагноз ВИЧ-инфекции и которые могут испытывать трудности с управлением своим новым хроническим состоянием, а также для работников из сферы ухода, которые пытаются оказать поддержку людям, живущим с ВИЧ (ЛЖВ), в Италии. Основной целью справочника «La Bussola» («Компас»), предназначенного в первую очередь для людей, которым был недавно поставлен диагноз ВИЧ-инфекции, является повышение их осведомленности о правах ЛЖВ и о тех инструментах и механизмах помощи, которые доступны в Италии (89).

Пособие предназначено для всех лиц, включая иностранных граждан, которые могут использовать его для получения неотложной и базовой медицинской помощи в итальянской системе здравоохранения. Онлайн-версия руководства была направлена во все государственные центры диагностики ИППП/инфекционных заболеваний (сеть, насчитывающая около 700 государственных центров во всех регионах Италии (n =21)), а также во многочисленные НПО, активно оказывающие помощь ВИЧ-инфицированным.

После постановки диагноза ВИЧ-инфекции ЛЖВ необходимо знать о социальных пособиях, предусмотренных местным законодательством, в том числе о критериях, необходимых для получения необходимой медицинской помощи в центре

инфекционных болезней и для освобождения от оплаты услуг из собственного кармана. Кроме того, в соответствии с итальянским законодательством ВИЧ-позитивные лица не должны подвергаться дискриминации ни при предварительном отборе на работу, ни после приема на работу. Наконец, что касается путевых расходов, то необходимо понимать, какие медицинские услуги оплачиваются или субсидируются принимающей страной.

В руководстве La Bussola рассматриваются эти и другие правовые вопросы, касающиеся людей, живущих с ВИЧ в Италии, с помощью разделов, основанных на следующих 14 часто задаваемых вопросах:

1. Что в настоящее время означает жизнь с ВИЧ-инфекцией?
2. Должен ли я сообщить своему партнеру/партнерше о своем ВИЧ-положительном статусе?
3. Что мне нужно сделать, чтобы получить бесплатный доступ к помощи и лекарствам, связанным с моим ВИЧ-статусом?
4. Дает ли ВИЧ-положительный статус право на какие-либо социальные льготы?
5. Какие социальные льготы предоставляются ВИЧ-позитивным людям с юридически признанной инвалидностью?
6. Существуют ли между регионами различия в отношении медицинской помощи, оказываемой ВИЧ-позитивным людям?
7. Может ли ВИЧ-положительный статус ограничить доступ человека к трудовой деятельности?
8. Может ли ВИЧ-положительный статус ограничить доступ человека к образованию и спорту?

- 9.** При каких исключительных условиях работодатель может попросить работника пройти тестирование на ВИЧ?
- 10.** Может ли медицинский персонал передавать третьим сторонам данные о ВИЧ-статусе человека?
- 11.** Могут ли работодатели проводить расследование о состоянии здоровья человека, который подал заявление на занятие вакантной должности?
- 12.** Могут ли агентства по трудоустройству проводить расследование о состоянии здоровья лиц, обращающихся за их услугами?
- 13.** Может ли работодатель и/или агентство по трудоустройству потребовать у человека с установленной инвалидностью разъяснения относительно причины инвалидности?
- 14.** Возникнут ли у ВИЧ-положительных людей какие-либо трудности с выездом за границу для работы/учебы/туризма или с доступом к АРВ-терапии в стране, куда они приехали?

Доказательства воздействия/эффективности

Эта практика находится на начальной стадии и она внедряется в масштабах всей страны. Поэтому данные о распространенности и использовании этой практики пока недоступны.

Устойчивость

Работа по разработке и реализации руководства La Bussola полностью финансируется за счет Национального института здравоохранения (Istituto Superiore di Sanità) и, предполагается, что такое финансирование сохранится и в долгосрочной перспективе. Руководство будет переведено на английский язык и оно будет обновляться каждые два года

ИТАЛИЯ. Справочник по вопросам доступности медицинской помощи для иностранцев и мигрантов, второе издание

Фамилии и служебная принадлежность всех соавторов: Luzi, Anna Maria¹ | Pasqualino, Gaetano Mario² | Pugliese, Lucia¹ | Schwarz, Matteo¹ | Suligo, Barbara¹

¹Istituto Superiore di Sanità (Национальный институт здравоохранения), Рим, Италия; ²Avvocatura Foro, Палермо, Италия

Общие сведения

В 2016 году в Италии был зарегистрирован 3451 случай ВИЧ-инфицирования (заболеваемость 5,7 на 100 000 населения). Большинство людей, которым диагноз ВИЧ-инфекции был впервые поставлен в 2016 году, были мужчинами (76,9%), а их средний возраст был 39 лет для мужчин и 36 лет для женщин. В 2016 году 35,8% людей с впервые диагностированной ВИЧ-инфекцией были иностранцами гражданами. 65,5% из их числа не имели гомосексуальных контактов (женщины, 34,9%; мужчин, 30,6%).

Эта передовая практика направлена на решение растущей проблемы охраны здоровья мигрантов¹⁴

¹⁴ Справочник состоит из шести разделов. В первых пяти разделах вопросы, связанные с мигрантами, рассматриваются в соответствии с их миграционным статусом, а именно: (i) мигранты, имеющие постоянный вид на жительство; (ii) мигранты, не имеющие постоянного вида на жительство; (iii) мигранты из стран, которые заключили с Италией двусторонние соглашения о доступности услуг здравоохранения; (iv) мигранты-граждане ЕС; (v) мигранты, имеющие право на международную защиту. Шестой раздел справочника содержит модели различных документов/сертификатов.

и беженцев в Италии после беспрецедентного уровня миграции в страны Европейского региона ВОЗ. Итальянская национальная система здравоохранения обеспечивает, чтобы все люди в стране, включая мигрантов, получали минимальный уровень медицинской помощи независимо от их жизненных обстоятельств. Доступ к программам лечения и профилактики ВИЧ подпадает под этот минимальный уровень медицинской помощи и поэтому обеспечивается для всех нуждающихся. В отношении мигрантов важно проводить различие между группами и типами мигрантов согласно их статусу по итальянскому законодательству.

Описание передовой практики

Основная цель справочника «Доступность медицинской помощи для иностранцев» заключается в предоставлении информации о доступе к медицинским и социальным услугам для иностранцев, легально и нелегально проживающих на территории

Италии.¹⁵ Данный справочник, два издания которого были опубликованы в течение двух лет, является результатом сотрудничества между Группой по СПИДу и научно-исследовательской группой по коммуникации и подготовке кадров Национального института здравоохранения (90), правовая поддержка которым была оказана Палермским форумом (специализирующимся на иммиграционном праве). В основе этой работы лежат данные, которые в течение многих лет собирал Национальный институт здравоохранения через свое подразделение по СПИДу и службу «Телефон доверия по вопросам ВИЧ/СПИДа и ИППП». Собранные сведения и данные показали, что мигрантское население в целом имеет низкий социально-экономический статус.

Справочник состоит из нескольких глав (краткое описание первых четырех приводится ниже) и включает перечень основных иммиграционных центров, классифицированных по типу и функциям, а также образцы различных форм и других важных документов, таких как заявление на получение медицинской помощи, карточка медицинского страхования, вид на жительство и т.д.

Глава 1. Доступность медицинской помощи для мигрантов: эта глава содержит информацию о процедурах получения доступа к национальной системе здравоохранения и получения карты медицинского страхования, включая сведения о регистрационных расходах и о различных категориях видов на жительство. Эта глава предназначена для лиц, которые уже имеют действующий вид на жительство.

Глава 2. Доступность социальной и медицинской помощи для иностранцев, которые не имеют вида на жительство: эта глава содержит информацию о процедурах получения доступа к экстренной и неотложной помощи для иностранцев, не имеющих вида на жительство, в том числе о процедуре получения разрешения на временное проживание (STP: Straniero Temporaneamente Presente), которое необходимо для получения срочной и необходимой медицинской помощи, а также о правах иностранцев, которые ожидают завершения процедуры легализации их статуса в стране.

¹⁵ Включая иностранцев, прибывающих из стран, с которыми Италия заключила двусторонние международные соглашения, а также лиц, прибывающих из стран ЕС.

Глава 3. Доступность социальной и медицинской помощи для иностранцев в соответствии с двусторонними договорами, заключенными Италией с отдельными странами: эта глава содержит полный перечень договоров между Италией и странами-партнерами, касающихся двусторонней доступности социальной и медицинской помощи для граждан обеих стран-участниц, включая раздел ЧЗВ (часто задаваемые вопросы).

Глава 4. Доступность социальной и медицинской помощи для граждан ЕС: эта глава содержит ссылки на законодательство, регулирующее порядок получения медицинской помощи для тех граждан ЕС, которые осуществляют свое право на перемещение в рамках ЕС, включая перечень основных форм, которые должны быть получены в родной стране, чтобы сделать заявление на получение медицинских услуг в Италии или любой другой стране ЕС, в которую человек планирует переехать.

Доказательства воздействия/эффективности

Онлайновая версия справочника была распространена по всей Италии через Национальный координационный центр. Этот центр представляет собой группу экспертов из государственных учреждений и неправительственных и волонтерских организаций, представляющих общины мигрантов в нескольких регионах Италии, с целью изучения миграционных потоков с точки зрения удовлетворения медико-санитарных потребностей иностранцев, находящихся в Италии. На протяжении последних 14 лет эта постоянная рабочая группа работала в сотрудничестве со специалистами здравоохранения в целях содействия национальным и международным эпидемиологическим исследованиям и проектам в области профилактики ВИЧ-инфекции. Особое внимание в работе группы всегда уделялось мигрантам, и в ее рамках регулярно организуются учебные курсы для специалистов в области психосоциальной помощи и здравоохранения.

Устойчивость

Работа по разработке и пересмотру справочника полностью финансируется Национальным институтом здравоохранения (за счет государственных ресурсов). Справочник будет переведен на английский язык и он будет обновляться каждые два года.

ИТАЛИЯ. Тестирование на сифилис, ВИЧ, ВГВ и ВГС в Италии: новое руководство по серологическому тестированию в государственных наркологических службах

Фамилии и служебная принадлежность всех соавторов: Suligo, Barbara¹ | Luzi, Anna Maria¹ | Colucci, Anna¹ | Fanales Belasio Emanuele¹ | Mulieri, Ilaria¹ | Pugliese, Lucia¹ | Raimondo, Mariangela¹ | Salfa, Maria Cristina¹ | Manna, Gaetano² | Di Stefano, Adele²

¹Istituto Superiore di Sanità (Национальный институт здравоохранения), Рим, Италия; ²Gruppo Tecnico Interregionale Dipendenze (Региональные представители государственных наркологических служб)

Общие сведения

Около 70% людей, употребляющих наркотики и посещающих государственные наркологические службы в Италии, не проходят тестирование на ВИЧ, ВГВ и ВГС, несмотря на высокую распространенность этих инфекций среди людей, употребляющих наркотики (8%, 35% и 60%, соответственно) (91).

Описание передовой практики

Национальный институт здравоохранения в сотрудничестве с Департаментом по антинаркотической политике и региональными представителями наркологических служб разработал новое руководство, направленное на содействие серологическому тестированию и ранней диагностике ВИЧ-инфекции, инфекций ВГВ и ВГС и сифилиса в рамках государственных наркологических служб (рис. 30) (92). В новом руководстве говорится о том, что людям, употребляющим наркотики (как новым, так и старым клиентам), следует активно предлагать (каждые 6-12 месяцев) проходить тестирование на эти инфекции, включая до- и послетестовое консультирование. В число других рекомендаций входят проведение конкретных профилактических мероприятий и оказание лечебной и медико-социальной помощи нуждающимся клиентам.

Новое руководство включает следующие элементы: обзор эпидемиологии ВГВ-, ВГС- и ВИЧ-инфекций; описание мер профилактики этих инфекций; описание процедур и критериев серологического тестирования с подчеркиванием важности и пользы тестирования как для новых, так и для старых клиентов; четыре сводные таблицы по ключевым аспектам серологического тестирования на каждую инфекцию; и отдельную главу по тестированию тех людей, употребляющих наркотики, которые принадлежат к уязвимым группам (заключенные, мигранты, молодежь и несовершеннолетние). Руководство также содержит описание инновационной

модели коммуникации, которая может способствовать повышению востребованности услуг тестирования на инфекции, связанные с употреблением наркотиков.

Когда окончательный вариант нового руководства был готов, в 2016 году был организован двухдневный учебный курс по его использованию. На этот курс были приглашены 40 медицинских работников, работающих в государственных наркологических службах всех регионов Италии, а также представители сообщества людей, употребляющих наркотики. Программа курса включала такие методы обучения, как пленарные заседания, интерактивные обсуждения, ролевые игры и упражнения/обсуждения в рабочих группах. Результаты обсуждений в рабочих группах были включены в окончательный вариант нового руководства. Промежуточные результаты курса включали конкретные рекомендации по проведению серологического тестирования, практические предложения по преодолению организационных проблем и перечень показателей для измерения эффективности внедрения нового руководства и его воздействия на деятельность в сфере снижения вреда.

Ключевые показатели включают:

- количество клиентов, прошедших тестирование на ВГВ-, ВГС- и ВИЧ-инфекции;
- количество проведенных до- и послетестовых консультаций;
- доля клиентов, прошедших тестирование на ВГВ-, ВГС- и ВИЧ-инфекции, среди всех клиентов медицинского учреждения;
- количество клиентов с положительным результатом теста на любую из вышеуказанных инфекций;

- распространенность каждой из вышеуказанных инфекций среди новых и старых клиентов;
- число клиентов с положительным результатом тестирования, которые были взяты на диспансерное наблюдение по поводу конкретной инфекции;
- доля членов медицинской бригады, прошедших подготовку по проведению серологического тестирования.

Новое руководство было опубликовано в марте 2018 года и размещено на сайтах Национального института здравоохранения и Департамента по антинаркотической политике. В ближайшее время оно также будет размещено на сайте МЗ. Ожидается, что руководство будет полностью внедрено всеми наркологическими учреждениями Италии во второй половине 2018 года. Наркологические центры будут ежегодно измерять уровень выполнения нового руководства с использованием показателей, приведенных в его заключительной части. В целом, показатели серологического тестирования на каждую инфекцию помогут принимать информированные решения относительно тех корректирующих мероприятий, которые должны быть проведены каждым центром.

Доказательства воздействия/ эффективности

Эта практика была в первую очередь направлена на повышение востребованности услуг тестирования на ВГВ, ВГС, ВИЧ и сифилис среди людей, употребляющих наркотики. Мониторинг воздействия на фактические показатели тестирования среди лиц, употребляющих наркотики, будет осуществляться после того, как руководство будет внедрено в практику во всех регионах страны. Однако, некоторые предварительные результаты являются многообещающими: ЕЦМНН предложил опубликовать краткую версию нового руководства (на английском языке) на сайте ЕЦМНН в качестве типовой модели для ее использования с целью повышения осведомленности и укрепления потенциала наркологических центров в других европейских странах. Кроме того, представители государственных наркологических центров признали актуальность данного руководства и рекомендовали проводить регулярные тренинги по вопросам эффективной

коммуникации и консультирования среди медицинских работников, работающих в наркологических центрах.

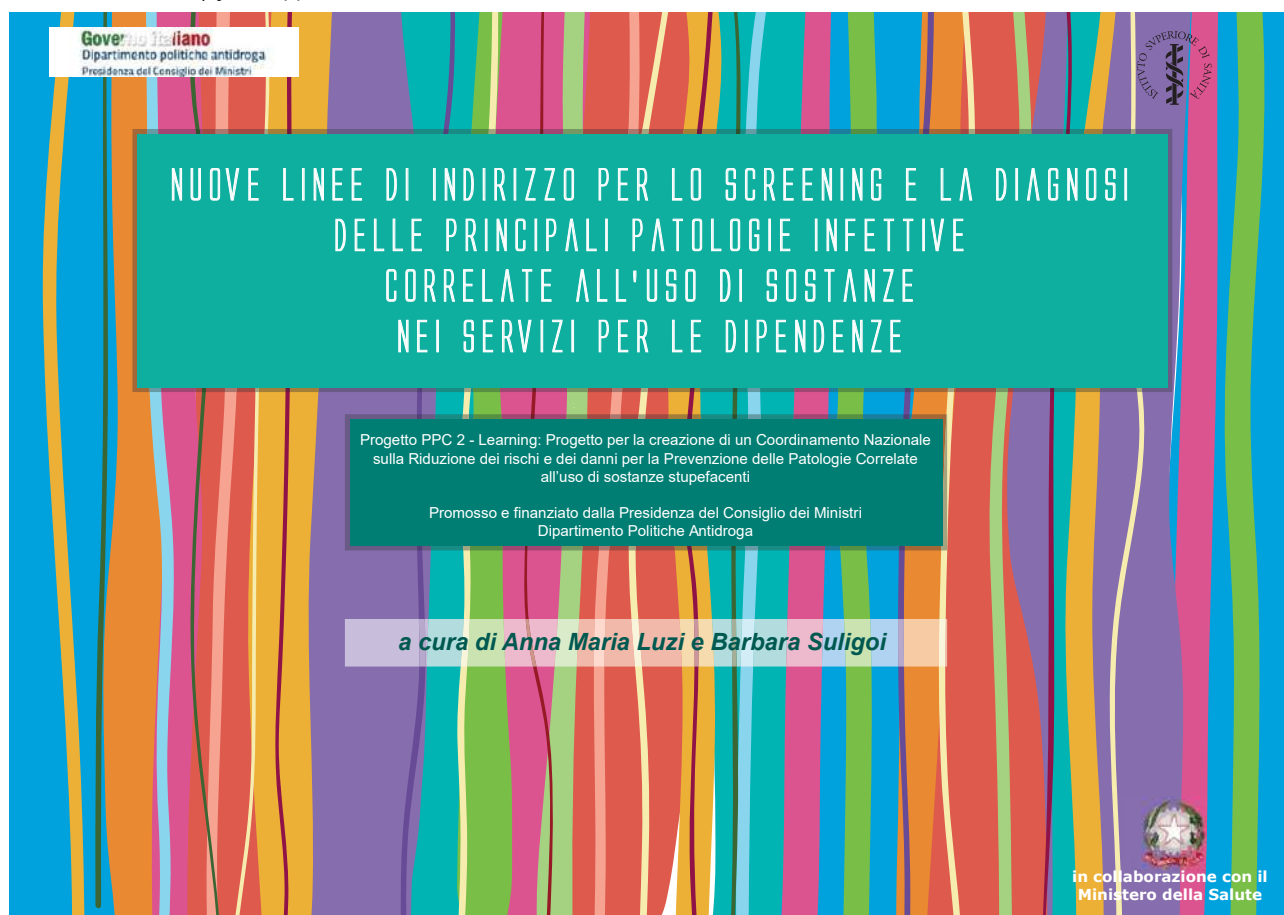
Дополнительными ожидаемыми преимуществами использования рассматриваемой практики в этой ключевой группе населения являются:

- сбор более точных и детальных данных (информация будет регистрироваться на индивидуальной основе) о других инфекциях (помимо ВИЧ-инфекции), таких как ВГВ-инфекция, ВГС-инфекция и сифилис;
- увеличение массива национальных данных эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией путем более точного выявления новых случаев ВИЧ-инфекции среди людей, употребляющих наркотики;
- повышение осведомленности о путях и масштабах распространения этих инфекций среди людей, употребляющих наркотики;
- развитие у медицинских работников навыков общения и межличностных отношений на основе использования инновационных методик и процедур, направленных на стимулирование более широкого использования услуг серологического тестирования в наркологических центрах; в частности, в новом руководстве подробно описываются навыки, которые работникам здравоохранения необходимо развивать (самосознание, эмпатия и активное слушание);
- более широкое использование программ распространения игл и шприцев среди заключенных и мигрантов;
- улучшение показателей охвата диспансерным наблюдением, удержания в системе диспансерного наблюдения и охвата АРТ.

Устойчивость

Государственные наркологические центры предоставляют ежегодные данные о распространенности и заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Министерство здравоохранения, Национальный институт здравоохранения и Департамент по антинаркотической политике. В течение следующих нескольких лет эта практика позволит – без вложения дополнительных

Рис. 30. Новое руководство



средств – обеспечить сбор надежных эпидемиологических данных о ВИЧ-инфекции и других инфекциях, связанных с употреблением наркотических веществ.

Ожидается, что это руководство будет обновляться каждые пять-семь лет.

ЛИТВА. Национальное регулирование в сфере низкопороговых услуг

Фамилии и служебная принадлежность всех соавторов: Čaplinskas, Saulius | Krupenkaite, Rima | Čaplinskienė, Irma | Seselgis, Algirdas | Pakalniskienė, Jurgita | Jakaitienė, Radvilė

Министерство здравоохранения Литовской Республики

Общие сведения

В первые годы эпидемии ВИЧ-инфекции основное внимание в сфере противодействия эпидемии уделялось организационным целям. В 1989 году был создан Литовский центр профилактики и борьбы со СПИДом для координации работы по разработке и реализации национальной стратегии профилактики ВИЧ-инфекции, а в 1990 году была начата реализация первой Национальной программы профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИДом.

В Литве, как и в других странах Европейского региона ВОЗ, программы и меры по снижению вреда (особенно, ПИШ) активно обсуждались и обсуждаются как в обществе в целом, так и на уровне государственных органов. Инициативу по созданию программ низкопороговых услуг возглавил Литовский центр профилактики и борьбы по СПИДом, который в 1991 году начал проведение пилотной ПИШ в столице Вильнюсе. В то время такое явление, как употребление инъекционных наркотиков, редко обсуждалось и не рассматривалось

как проблема национального масштаба. Чтобы понять особенности поведения, связанного с инъекционным употреблением наркотиков, Литовский СПИД-центр предпринял попытку установить доверительные отношения с ЛУИН с помощью группы добровольцев. Таким образом, пилотные мероприятия по обмену и распространению игл и шприцев начались без правовой основы. Здесь следует отметить, что первые случаи ВИЧ-инфекции среди ЛУИН были выявлены только в 1994 году, и программы снижения вреда в тот период времени широко не обсуждались. Оглядываясь назад, становится ясно, что Литва своевременно приступила к осуществлению ПИШ и других мероприятий, направленных на предотвращение распространения ВИЧ среди ЛУИН. Для усиления децентрализованной борьбы с ВИЧ-инфекцией в ключевых группах населения Литва разработала и внедрила систему низкопороговых услуг путем активного вовлечения всех регионов страны и принятия соответствующих мер регулирования на уровне МЗ. В ходе этой деятельности были выявлены следующие потребности: (i) в услугах по снижению вреда в обществе; (ii) в повышении осведомленности лиц, принимающих решения, особенно на региональном уровне; и (iii) в установлении единых и четких стандартов оказания низкопороговых услуг.

Описание передовой практики

В 2006 году Министерство здравоохранения Литвы приступило к регулированию низкопороговых услуг, опубликовав приказ министра здравоохранения «Описание порядка оказания низкопороговых услуг». В приказе министра были уточнены основные понятия и термины (например, программы обмена и распространения игл и шприцев, рискованное поведение, стационарные и мобильные службы, категории клиентов); цели и задачи низкопороговых и обязательных услуг; формы обслуживания клиентов (стационарные и передвижные пункты оказания помощи); коэффициент обмена игл и шприцев; квалификационные требования к персоналу и помещениям; требования к сбору и обработке отходов и инфекционному контролю. Кроме того, в приказе министра подробно излагаются требования к соответствующим учреждениям (государственным учреждениям и НПО) в отношении создания пунктов оказания низкопороговых услуг и их размещения, то есть в местах обычного пребывания членов групп повышенного

риска, обеспечивая тем самым географическую доступность этих пунктов для потенциальных клиентов. Этим приказом также регулируется порядок бюджетирования служб оказания низкопороговых услуг. С тех пор основные виды необходимых принадлежностей и материалов (шприцы, иглы, презервативы, спиртовые салфетки, контейнеры для отходов и т.п.) закупаются централизованно из государственного бюджета и распределяются между всеми низкопороговыми службами. Установление национальных правил предоставления низкопороговых услуг способствовало усилению финансирования и устойчивости программ снижения вреда.

Четко определенные национальные стандарты оказания низкопороговых услуг повысили осведомленность общественности о мерах противодействия ВИЧ-инфекции, таких как ПИШ, а также способствовали снижению стигмы по отношению к ключевым группам населения, укреплению стратегической информации и улучшению коммуникации и социальной поддержки в изменении поведения людей, употребляющих инъекционные наркотики (включая людей, живущих с ВИЧ). Законодательство по оказанию низкопороговых услуг создает основу для привлечения общественных организаций (т.е. НПО) к этой деятельности при финансовой поддержке со стороны государства. Из 14 пунктов оказания низкопороговых услуг, работающих в Литве, пять были созданы НПО.

Доказательства воздействия/эффективности

Порядок предоставления низкопороговых услуг был установлен Приказом № 1. V-584 министра здравоохранения Литовской Республики от 5 июля 2006 года (93). Национальные правила предоставления низкопороговых услуг не противоречат этическим нормам и пользуются поддержкой соответствующих национальных, региональных и местных органов власти, включая местных лидеров и НПО.

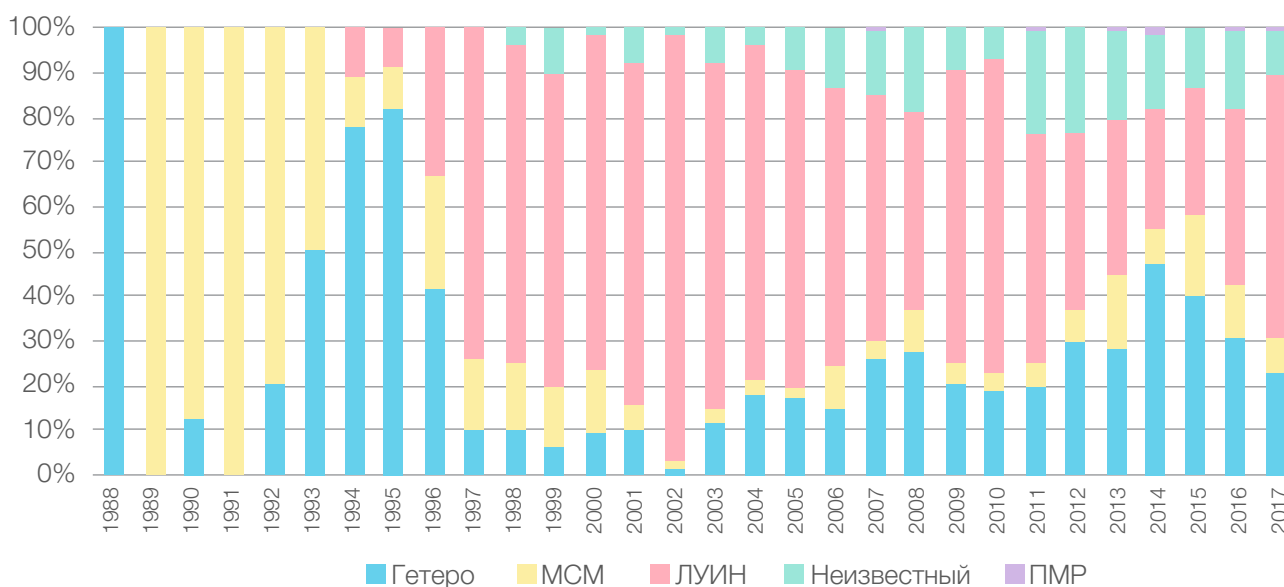
Рисунок 31 показывает тенденцию к снижению доли потребителей инъекционных наркотиков среди всех людей с впервые диагностированной ВИЧ-инфекцией в Литве. Эта тенденция совпадает с развитием низкопороговых услуг по снижению вреда для людей, употребляющих инъекционные наркотики (ЛУИН).

Устойчивость

Установление национальных правил предоставления низкопороговых услуг способствовало расширению поддержки программ по снижению вреда и, следовательно, устойчивости их финансирования. Финансирование низкопороговых услуг (включая потребности в инъекционных принадлежностях) включено в долгосрочный Национальный план действий по контролю над наркотиками и профилактике наркозависимости», а соответствующий приказ министра здравоохранения является официальным документом, определяющим порядок реализации новых национальных правил

предоставления низкопороговых услуг. Установление национальных правил предоставления низкопороговых услуг также способствовало расширению поддержки программ по снижению вреда и, следовательно, устойчивости их финансирования, о чем свидетельствует как планируемое долгосрочное финансирование мер по предоставлению низкопороговых услуг, так и планируемое расширение таких услуг при финансовой поддержке ЕС (с 2018 года). Для обеспечения устойчивости этих услуг на местном уровне рекомендуется полностью перейти на государственное финансирование служб, оказывающих низкопороговые услуги.

Рис. 31. Пути передачи вируса среди людей с впервые диагностированной ВИЧ-инфекцией, Литва, 1988-2017 гг.



Гетеро - гетеросексуальные контакты; ЛУИН - люди, употребляющие инъекционные наркотики. *Источник:* Центр по борьбе с инфекционными заболеваниями и СПИДом

ПОРТУГАЛИЯ. Португальская сеть тестирования на уровне местных сообществ

Фамилии и служебная принадлежность всех соавторов: Simões, Daniel¹ | Freitas, Rosa¹ | Rocha, Miguel¹ | Meireles, Paula² | Barros, Henrique²

¹Grupo de Ativistas em Tratamentos (GAT), Coalition Plus Community Research Laboratory; ²Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (Институт общественного здравоохранения, университет Порту)

Общие сведения

В 2016 году в Португалии было зарегистрировано 1030 новых случаев ВИЧ-инфекции, из которых приблизительно 56% были выявлены на поздней

стадии.¹⁶ Эти данные указывают на то, что в стране имеются факторы, препятствующие тестированию на ВИЧ. Половые контакты между мужчинами

¹⁶ Определяется как уровень CD4-лимфоцитов ниже 350 клеток/мм³ (55%) или наличие СПИД-индикаторного заболевания независимо от уровня CD4-лимфоцитов (1%).

являются вторым по частоте путем заражения ВИЧ в Португалии в 2016 году. На этот путь приходится 35,7% всех новых диагнозов ВИЧ-инфекции.¹⁷ Таким образом, впервые с 1984 года MSM составляли 50% всех новых случаев ВИЧ-инфицирования среди мужчин, что отражает последовательное увеличение с течением времени как абсолютного их числа, так и их доли в структуре заболеваемости ВИЧ-инфекцией. В 2016 году на совместное использование инъекционных принадлежностей в Португалии приходилось менее 3% новых случаев ВИЧ-инфекции. Более трети новых диагнозов ВИЧ-инфекции были поставлены людям, родившимся за пределами Португалии, из которых три четверти были из стран Африки к югу от Сахары. По оценкам, в 2015 году более 80% лиц с впервые диагностированной ВИЧ-инфекцией проживали в крупных городах. В широком смысле в Португалии наблюдается неравномерное распределение не только рисков, но и доступа к тестированию, что еще больше подчеркивает важность разработки стратегии тестирования, ориентированной на наиболее затронутые группы населения, такие как мигранты, MSM, РКС и люди, употребляющие инъекционные наркотики (согласно оценкам, распространенность ВИЧ-инфекции в последних трех группах достигает 10%) (94-99).

Такая асимметрия указывает как на потребность в услугах, адаптированных к потребностям целевых групп населения, так и на необходимость создания системы эпидемиологического надзора и распространения данных для получения высококачественной эпидемиологической стратегической информации о социально значимых инфекционных заболеваниях. Система сбора данных о распространенности ВГВ- и ВГС-инфекций является слабой, а уровень тестирования на эти инфекции в ключевых группах был очень низким. С созданием португальской сети скрининга на уровне местных сообществ такое тестирование стало доступным через общественные организации (ОО).

Описание передовой практики

Задачи Сети определены следующим образом: (I) обеспечивать и расширять децентрализованный доступ к тестированию на ВГВ, ВГС, ВИЧ и сифилис, параллельно содействуя поддержанию и мониторингу процесса охвата выявленных ЛЖВ

диспансерным наблюдением; и (ii) направлять в систему эпиднадзора второго поколения данные о распространенности этих инфекций и их предикторов среди людей, проходящих тестирование в рамках ОО. Согласно португальскому законодательству, работникам, не имеющим медицинского образования, но прошедшим специальную подготовку, разрешается проводить экспресс-тесты на вышеуказанные инфекции. В настоящее время в организациях – членах сети работают как медицинские работники, так и немедицинские работники, прошедшие специальную подготовку, которые проводят экспресс-тестирование (в зависимости от состава конкретных групп). В состав некоторых групп, проводящих тестирование, также входят равные консультанты. Все лица, осуществляющие тестирование, проходят подготовку в рамках сети, которая на данный момент является единственной структурой в стране, обеспечивающей подготовку членов НПО в области профилактики ВИЧ-инфекции и тестирования на ВИЧ, а также на вирусный гепатит и сифилис. Одной из основных проблем для сети, осуществляющей скрининг, было отсутствие португальских руководящих принципов скрининга на уровне местных сообществ. Подход, выбранный партнерами, был основан на самых современных международных руководствах референтных учреждений, CDC, ECDC и ВОЗ (87,100,101), а его разработка осуществлялась в сотрудничестве с финансируемыми ЕС проектами, посвященными тестированию на уровне местных сообществ, такими как COBATEST (17) и Euro HIV EDAT (19). На основе этих рекомендаций было разработано процедурное руководство, содержащее рекомендации по таким вопросам, как физическая инфраструктура, необходимая для проведения скрининговых тестов; обязанности лиц, проводящих тестирование; информация об инфекциях, подлежащих скринингу, протоколах и моделях скрининга и/или процедуре до- и послетестового консультирования; процесс направления в специализированные учреждения здравоохранения; а также законодательство и механизмы контроля качества. Все рекомендации основаны на разработанных ВОЗ пяти основных принципах тестирования на ВИЧ: информированное согласие, конфиденциальность, консультирование, обеспечение правильности результатов тестирования, охват выявленных ЛЖВ диспансерным наблюдением и лечением (87). Руководство было написано таким образом, чтобы оно было понятным для всех лиц,

¹⁷ При этом основным сообщаемым путем передачи инфекции являются гетеросексуальные контакты (57,1%).

прошедших соответствующую подготовку - медицинских работников, немедицинских работников и равных консультантов.

На первом этапе контакты с целью создания Сети устанавливались только с организациями, с которыми ранее уже имелась связь, и с организациями, уже проводящими тестирование на ВИЧ (самоуправляемыми или финансируемыми через Национальную программу по борьбе с ВИЧ-инфекцией и ТБ). После первого этапа контакты между Сетью и организациями, проводящими тестирование на уровне местных сообществ, были установлены в масштабах всей страны. Сеть вначале объединяла 13 партнерских организаций и 18 пунктов тестирования, а к концу 2017 года она охватывала 18 организаций и 25 пунктов тестирования. Еще девять организаций обратились с просьбой войти в Сеть, но из-за нынешних финансовых ограничений вопрос о включении в Сеть новых организаций все еще рассматривается.

Таким образом, Сеть осуществляет подготовку кадров для проведения скрининговых тестов на уровне местных сообществ, а также обеспечивает своих членов наборами для экспресс-тестирования, медицинскими расходными материалами, алгоритмами скринингового тестирования и средствами сбора данных. Сеть предлагает клиентам комбинированное экспресс тестирование (на месте оказания услуг) на антитела к ВИЧ 1 и 2, антиген Hbs, антитела к ВГС и антитела к бледной трепонеме в соответствии с индивидуальными критериями, что позволяет максимизировать возможности для ранней диагностики в ключевых группах. В рамках Сети используются только экспресс-тесты по капле крови; их специфичность и чувствительность превышает 95% и они разрешены к использованию в странах ЕС. Соответствующие данные собираются как в онлайн-режиме, так и с помощью печатного структурированного опросника. Предоставление клиентам планшетов с мобильным доступом в Интернет позволяет участникам заполнить онлайн опросник в течение времени, отведенного для процедуры тестирования. Кроме того, координируемый онлайн-сбор данных и централизованная система анализа данных Института общественного здравоохранения Университета Порто обеспечивают для организаций ежемесячный доступ к стандартизованному отчету о результатах скринингового

тестирования. Это не только снижает нагрузку, связанную с управлением данными, но и позволяет проводить анализ хода выполнения каждого проекта, предоставляя организациям ежемесячно обновляемые данные, необходимые для внесения текущих корректировок.

Сначала клиентам предлагается заполнить анонимный опросник, который генерирует уникальный идентификационный код, позволяющий отслеживать последующие обращения пациента в любое ЛПУ – члена сети (и, таким образом, создает многоцентровую проспективную когорту). Опросник включает вопросы, позволяющие выбрать те тесты, которые следует предложить конкретному клиенту. Дотестовое консультирование является добровольным (поскольку модель тестирования основана на предварительно сообщенной информации), длится около пяти минут и фокусируется на объяснении процедуры тестирования, характере самих тестов и структуре опросника. Участникам всегда предлагается задавать любые интересующие их вопросы. В период ожидания результатов теста (в зависимости от конкретного теста этот период варьируется до максимум 30 минут после взятия пробы крови из пальца), клиентам предлагается задавать вопросы или говорить об инфекциях или других конкретных проблемах, которые их могут беспокоить. Поскольку НПО – члены сети работают с целевыми группами населения, многие из тестируемых лиц являются членами этих групп и поэтому работники, проводящие тестирование, хорошо осведомлены о соответствующих моделях рискованного поведения, стратегиях профилактики, дополнительных мероприятиях и о том, к каким именно медицинским специалистам нужно направить конкретного клиента. В случае положительного результата тестирования, клиенту выдают направление в больницу. Кроме того, при первом посещении больницы клиента сопровождает сотрудник центра тестирования, чтобы помочь ему найти нужное отделение и преодолеть любые возможные препятствия. При необходимости клиента также направляют в дополнительные службы поддержки (социальные, миграционные, наркологические). В случае отрицательного результата тестирования, проводятся профилактические мероприятия с учетом конкретного вида (видов) рискованного поведения, которые включают выдачу презервативов и информационных материалов о безопасном употреблении наркотиков, других

соответствующих службах и услугах, расположении пунктов тестирования, ПКП и т.п.

Большинство организаций предлагают клиенту услуги сопровождения в лечебное учреждение. В некоторых организациях клиентам предлагается более структурированная процедура медицинского сопровождения до тех пор, пока клиент не почувствует, что он сможет получать необходимые услуги без посторонней помощи. В 2018 году группа Grupo de Ativistas em Tratamentos (которая была инициатором создания сети центров и пунктов тестирования) начала реализовывать новый проект в своих центрах тестирования, а также в двух больницах Лиссабона. В рамках этого проекта клиенты на постоянной основе смогут получать помощь обученного равного консультанта на всех этапах получения услуг здравоохранения (постановка на диспансерный учет, удержание в системе диспансерного наблюдения, повышение приверженности АРТ). Обученный равный консультант является ответственным за ведение пациентов с впервые диагностированной ВИЧ-инфекцией из ключевых групп населения. Равные консультанты также будут входить в состав медицинских бригад больниц-партнеров. Их функция будет заключаться в оказании поддержки пациентам высокого риска, которые часто бросают лечение или не соблюдают режим лечения.

Внедрение системы внешнего контроля качества позволило обеспечить поставку качественных тест-систем и применение соответствующих реагентов. Программа внешнего контроля качества была согласована с Национальным институтом здоровья им. доктора Рикардо Хорхе (Португальский национальный институт здравоохранения (INSA)), который выполняет функции референс-лаборатории. Процесс контроля качества состоит из отправки всем организациям панели образцов с неизвестной реакционной способностью, которые тестируют эти образцы и направляют результаты тестирования в референс-лабораторию. Перекрестный анализ позволяет оценивать эффективность работы каждого центра тестирования силами внешней организации. Кроме того, посещение центров тестирования является частью программы надзора за условиями работы лаборатории, условиями хранения образцов, соблюдением нормативных требований и др. На начальном этапе группой в больнице Сан-Жуана был разработан

контрольный перечень на основе критериев ВОЗ, который должен служить руководством по проведению внешнего аудита. Доклад о каждом аудите был подготовлен и направлен в соответствующую организацию, включая предложения по улучшению работы, если это было применимо.

Доказательства воздействия/эффективности

Полученные результаты позволили расширить знания об эпидемиях на территории Португалии и о качестве тестирования на уровне местных сообществ. В течение 2016-2017 годов более 2000 тестов были положительными, при этом 156 из них были положительными более чем на один инфекционный агент (таблица 11; рис. 32, слева). Количество положительных тестов на ВИЧ в 2016 составило 205, а в 2017 году – 267 (всего 472). Однако если бы клиентам были предложены только тесты на ВИЧ, то не было бы проведено 1540 положительных тестов на инфекции, отличные от ВИЧ (рис. 32). Очень тревожным фактом является то, что большое число людей, прошедших тестирование в центрах тестирования Сети, никогда не тестировались на одну из четырех инфекций, подлежащих скринингу. Из людей, которые проходили тесты на все инфекции при первом посещении, доля тех, кто ранее некогда не тестировались, варьировалась от 37,7% для тестирования на ВИЧ до 57,5% для тестирования на ВГВ. Проект был эффективен с точки зрения охвата ключевых групп населения: примерно 60% из более чем 27 000 человек, протестированных в 2016 и 2017 годах в ОО, включенных в Сеть, были членами одной или нескольких ключевых групп (МСМ, люди, употребляющие инъекционные наркотики, РКС и мигранты; рис. 32, справа).

Более 70% всех клиентов с положительным результатом тестирования взяли предлагаемое ОО направление в специализированное лечебное учреждение (Таблица 11). Предварительные результаты свидетельствуют о том, что равные консультанты не уступали сертифицированным медицинским работникам по таким критериям, как предложение клиентам правильных тестов и эффективность проведения тестов, и даже имели лучшие показатели с точки зрения направления на лечение лиц, употребляющих инъекционные наркотики (хотя для мигрантов этот показатель был ниже).

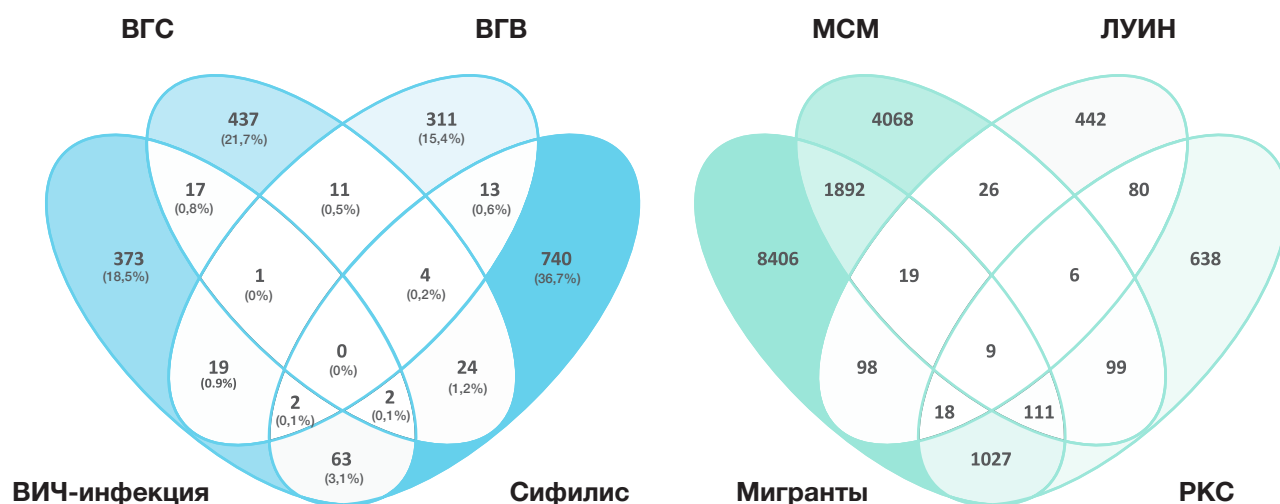
В рамках проекта создана система сбора данных, которая позволяет обеспечить стандартизированный сбор данных и генерацию как национальных показателей (для увеличения объема эпидемиологической информации об этих инфекциях в ключевых группах населения), так и более детализированные данные (каждая организация имеет легкий доступ к собственным данным и может проводить анализ данных на региональном уровне). Эти

данные, проанализированные по целевым группам/регионам, могут быть использованы для повышения адресности мероприятий и профилактических программ, а также для для повышения умений и навыков всех граждан, проводящих тестирование, включая равных консультантов и работников, не имеющих медицинского образования, но прошедших специальную подготовку.

Таблица 11. Результаты тестирования, Португалия, январь 2016 г.– декабрь 2017 г.

Тип тестирования	Количество тестов (n)	Количество протестированных (n)	Количество и доля положительных тестов n (%)	Количество и доля клиентов, взявших направление n (%)
ВИЧ-инфекция	31 217	27 412	471 (1,7)	362 (76,9)
ВГС-инфекция	18 298	16 848	469 (2,8)	345 (73,6)
ВГВ-инфекция	15 123	14 089	348 (2,5)	280 (80,5)
Сифилис	25 508	22 485	838 (3,7)	634 (75,7)

Рис. 32. Количество положительных тестов и количество лиц с рискованным поведением, Португалия, 2016-2017 гг.



Левая диаграмма: количество/процент положительных результатов тестирования на один и несколько инфекционных агентов в любом из 25 пунктов тестирования на уровне местных сообществ в период с января 2016 года по декабрь 2017 года.

Правая диаграмма: лица, которые сообщили о поведении, вследствие которого они были включены в одну или несколько ключевых групп, из 28 127 человек, протестированных в период с января 2016 года по декабрь 2017 года.

Устойчивость

Основной объем инвестиций в Сеть был необходим на раннем этапе для разработки опросника и базы данных; обучения персонала; сбора контактов; создания структуры (структур) проектной документации; рассмотрения Комитетом по этике и утверждения системы защиты данных; а также создания первоначальной сети партнеров. Для поддержания проекта требуется меньший объем ежегодных финансовых вложений – даже с увеличением числа организаций-членов и непрерывным расширением деятельности по тестированию. В период с апреля 2015 года по июль 2016 года Сеть получала финансовую поддержку от программы грантов ЕЭЗ (инициатива в области общественного здравоохранения) (102). Благодаря сотрудничеству Сети по тестированию и Фонда по СПИДу был создан быстрый (одноминутный) скрининговый тест на

ВИЧ, который может быть использован в различных условиях. Несмотря на прекращение финансовой поддержки в июле 2016 года, Сеть продолжает работать (но с очень ограниченным бюджетом) в следующих направлениях: проведение тестов, предоставление медицинских расходных материалов и инструментов сбора данных, управление базами данных, отчетность и обратная связь. Вследствие экономического кризиса в Португалии Национальная программа по ВИЧ-инфекции, вирусному гепатиту и туберкулезу не смогла увеличить поддержку ОО. Сеть не получила никакого финансирования из государственного бюджета. В настоящее время проект финансируется в частном порядке через своего организатора и партнеров, что ограничивает возможности проекта и потенциал его дальнейшего развития.

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ. Комплексная трехкомпонентная пациент-ориентированная модель оказания помощи ВИЧ-инфицированным подросткам

Фамилии и служебная принадлежность всех соавторов: Евгений Воронин¹ | Лариса Афонина¹ | Татьяна Коваленко¹ | Валерия Гульшина³

¹Республиканская клиническая инфекционная больница Министерства здравоохранения Российской Федерации; ²Научно-практический центр профилактики и лечения ВИЧ-инфекции у беременных женщин и детей Министерства здравоохранения Российской Федерации; ³Отдел организации медицинской помощи при социально значимых инфекционных заболеваниях Министерства здравоохранения Российской Федерации

Общие сведения

Несмотря на достигнутые в мире успехи по снижению бремени ВИЧ-инфекции, проблема ВИЧ-инфекции у подростков остается острой из-за увеличения их доли среди детей, живущих с ВИЧ-инфекцией, высоких показателей смертности и неудовлетворительной эффективности АРТ вследствие низкой приверженности лечению. По данным ЮНЭЙДС (2017 г.), среди молодых людей в возрасте от 15 до 24 лет по сравнению со всеми другими возрастными группами наблюдаются самые низкие показатели осведомленности о ВИЧ-статусе (менее 50%), охвата АРТ (40%) и достижения неопределяемой вирусной нагрузки (30%). Исследования показывают, что самый низкий уровень приверженности АРТ свойственен подросткам в возрасте 10-16 лет, за ними следуют подростки 16-18 лет.

В Российской Федерации зарегистрировано самое большое число новых случаев ВИЧ-инфекции в Европейском регионе ВОЗ. По национальным данным Республиканской клинической инфекционной больницы, в июне 2017 г. на детей в возрасте 10-17 лет приходилось 41% всех детей с ВИЧ-инфекцией, зараженных в перинатальный период. По данным на 2017 г., половина подростков получает АРТ второго ряда, а каждый пятый подросток получает АРТ третьего или четвертого ряда. Сложность работы с ВИЧ-инфицированными подростками обусловлена тем, что по сравнению со всеми другими возрастными группами они испытывают гораздо большее количество проблем медицинского и социального характера. Поэтому для оказания им эффективной помощи нужен комплексный и многосторонний подход. Помимо медицинской проблемы в виде хронического заболевания, требующего пожизненного лечения, они испытывают серьезные социальные проблемы (обусловленные стигмой и

дискриминацией), а также проблемы подросткового возраста (связанные с их физиологическими, психологическими и социальными особенностями). Выстраивание работы с подростком без учета отдельных звеньев этой сложной цепи причин и следствий неизбежно приводит к неудаче, результатом которой является снижение приверженности наблюдению и АРТ, и, возможно, повышение заболеваемости и смертности.

В процессе проведения общероссийского круглого стола «Подростки и ВИЧ. Проблемы и решения» в мае 2017 г. в г. Москве ВИЧ-инфицированные подростки из наиболее пораженных территорий озвучили две основные проблемы – недостаточное внимание и понимание со стороны медицинских работников и проблемы межличностного общения по горизонтали вследствие стигмы.

Описание передовой практики

Помимо других специализированных видов медицинских услуг в Российской Федерации была разработана комплексная трехкомпонентная пациент-ориентированная модель оказания помощи ВИЧ-инфицированным подросткам. Все компоненты модели неразрывно связаны и реализуются междисциплинарной командой совместно с подростками и их семьями в непрерывном режиме. Главная цель модели – повышение качества жизни подростков с ВИЧ-инфекцией и увеличение продолжительности их жизни путем решения следующих задач: раскрытие и принятие позитивного ВИЧ-статуса; выработка у подростков высокой приверженности наблюдению и лечению; снижение заболеваемости и смертности. Основные принципы модели – консультативная работа, помощь и поддержка.

Компонент 1 – Комплексная мультидисциплинарная диагностика, включающая оценку когнитивных, психических и неврологических особенностей

Комплексная диагностика означает проведение медицинских и индивидуально-психологических исследований с целью выработки плана медицинского ведения и реабилитационного маршрута конкретных пациентов, то есть индивидуальной коррекционной программы, предусматривающей оказание медицинской и социальной помощи и удовлетворение интеграционных потребностей.

Медицинские исследования, помимо стандартных, включают осмотр врача-невролога с диагностикой когнитивных нарушений и проведение специализированных обследований по мере необходимости и по утвержденным показаниям.¹⁸ При комплексном обследовании 130 детей с ВИЧ-инфекцией выявлены следующие МРТ-изменения при отсутствии клинических проявлений: у каждого третьего ребенка – васкулопатия, у каждого десятого – ВИЧ-энцефалит, гидроцефалия, аномалия развития.

Исследование индивидуально-психологических особенностей подростков включает:

1. клиническую беседу;
2. использование характерологического диагностического опросника для подростков;
3. использование опросника «Подростки о родителях».

По данным обследования, проведенного в этой же группе подростков, лишь 30% из них проживали в полной семье¹⁹. Таким образом, подавляющее большинство ВИЧ-инфицированных подростков испытывали социальные проблемы; у 90% подростков выявлены акцентуации характера, которые указывают на наличие психологического риска и необходимость психологической поддержки; у 45% – риск социальной дезадаптации. Половина подростков отметили отсутствие гармоничных отношений в семье. Высокая приверженность АРТ, которая определяется как прием всех назначенных АРВ-препаратов,²⁰ была отмечена лишь у 40% подростков и она коррелировала с гармоничными отношениями в семье и отсутствием риска дезадаптации.

Анализ реабилитационных маршрутов и выявленных мишеней психо-социальной коррекции дает основание полагать, что 34% семей остро нуждаются в психологической реабилитации; 46% семей

¹⁸ Магнитно-резонансная томография головного мозга показана в особых случаях: у детей с поздними стадиями ВИЧ-инфекции и/или с когнитивными расстройствами и/или на основании решения врача в связи со специфическими медицинскими проблемами.

¹⁹ Другие подростки жили с одним биологическим родителем, на попечении родственников, на попечении приемных родителей или в детском доме.

²⁰ Приверженность лечению определяется авторами следующим образом: высокая – 100-процентный прием предписанных АРВ-препаратов (и вирусная нагрузка <50 копий/мл); сниженная – 80-100-процентный прием предписанных АРВ-препаратов; низкая – <80-процентного приема предписанных АРВ-препаратов.

также нуждаются в реабилитации, но в меньшей мере; а 20% семей, которые наиболее адаптированы, нуждаются в менее расширенном психологическом реабилитационном маршруте.

Компонент 2 – Комплексная мультидисциплинарная помощь

Разработанный пакет услуг включает все виды медицинской помощи и психологического сопровождения по индивидуальному алгоритму. Необходимая помощь предоставляется на регулярной основе с учетом индивидуальных потребностей пациента по следующим направлениям: клинико-лабораторная и инструментальная оценка течения ВИЧ-инфекции и эффективности АРТ; оценка приверженности АРТ; формирование, улучшение и поддержание приверженности АРТ; улучшение знаний о ВИЧ-инфекции; раскрытие ВИЧ-положительного статуса (подготовительный этап, акт раскрытия, последующее наблюдение); помощь в принятии болезни; помощь в улучшении детско-родительских отношений; помощь в улучшении межличностных отношений по горизонтали (с братьями, сестрами, сверстниками).

В работе с подростками психологи используют следующие формы работы: арт-терапия; песочная терапия; занятия в сенсорной комнате; тренинги; занятия в творческой лаборатории.

Компонент 3: Групповая работа в мультипрофессиональной команде

Проводимые мероприятия (консультативные встречи, семинары, тренинги, обучающие лагеря, круглые столы, спортивные и культурные мероприятия и др.) направлены на формирование, реализацию и укрепление горизонтальных межличностных отношений в среде ВИЧ-инфицированных подростков. Такие мероприятия проводятся на регулярной основе.

Работа по развитию коммуникативных навыков имеет особую актуальность для ВИЧ-инфицированных подростков в силу ряда причин. Во-первых, все подростки испытывают потребность в общении со сверстниками, но подростки с ВИЧ-инфекцией зачастую имеют очень малый опыт такого общения. Во-вторых, страх раскрытия ВИЧ-статуса может привести к сведению круга их общения до минимума, а иногда и к полной социальной изоляции. Помощь, оказываемая ВИЧ-позитивным

подросткам в этой области, позволяет им не только овладеть социальными навыками, но и приобрести опыт успешного взаимодействия со сверстниками.

Консультирование в малых группах дает подросткам возможность обсуждать вопросы, связанные с их ВИЧ-положительным статусом, половозрастным развитием и стигмой. В процессе такого консультирования также проводится работа по преодолению факторов, препятствующих поддержанию приверженности АРТ.

В августе 2017 г. Научно-практический центр профилактики и лечения ВИЧ-инфекции у беременных женщин и детей на базе Республиканской клинической инфекционной больницы Минздрава РФ в Санкт-Петербурге организовал летний обучающий лагерь для подростков из территорий России с наиболее высоким бременем ВИЧ-инфекции. В качестве специального мероприятия, направленного на профилактику потенциальных психологических и медицинских проблем, всем подросткам были предложены услуги по всем трем компонентам оказания комплексной помощи и поддержки (см. выше). Среди прочих применялись такие формы работы как индивидуальное консультирование, групповая игровая терапия (в том числе тренинги), занятия в творческой лаборатории и сеансы релаксации в сенсорной комнате.²¹

В рамках Всероссийской акции «Стоп ВИЧ/СПИД» специалисты Научно-практического центра профилактики и лечения ВИЧ-инфекции у беременных женщин и детей при Республиканской клинической инфекционной больнице – вместе с коллегами из Соединенного Королевства провели в ноябре 2017 г. в Санкт-Петербурге обучающий семинар, в котором приняли участие специалисты, работающие с ВИЧ-положительными подростками, и сами подростки. В ходе семинара была проведена работа в рамках всех трех компонентов модели, включая несколько обучающих мультидисциплинарных групповых тренингов, в которых принимали участие врачи-клиницисты и психологи вместе с ВИЧ-положительными подростками. Все предложения и комментарии участников подвергались анализу в

²¹ Сенсорная комната представляет собой специальное помещение с аппаратурой, способной стимулировать различные органы чувств детей в индивидуально подобранном режиме, помогая им успокоиться и сконцентрироваться и, следовательно, стать более готовыми к обучению и взаимодействию с другими детьми и взрослыми. В процессе занятий в сенсорной комнате используются релаксационные и активационные методы воздействия на детей, включая световую терапию, звуковую терапию, ароматерапию и тактильную терапию.

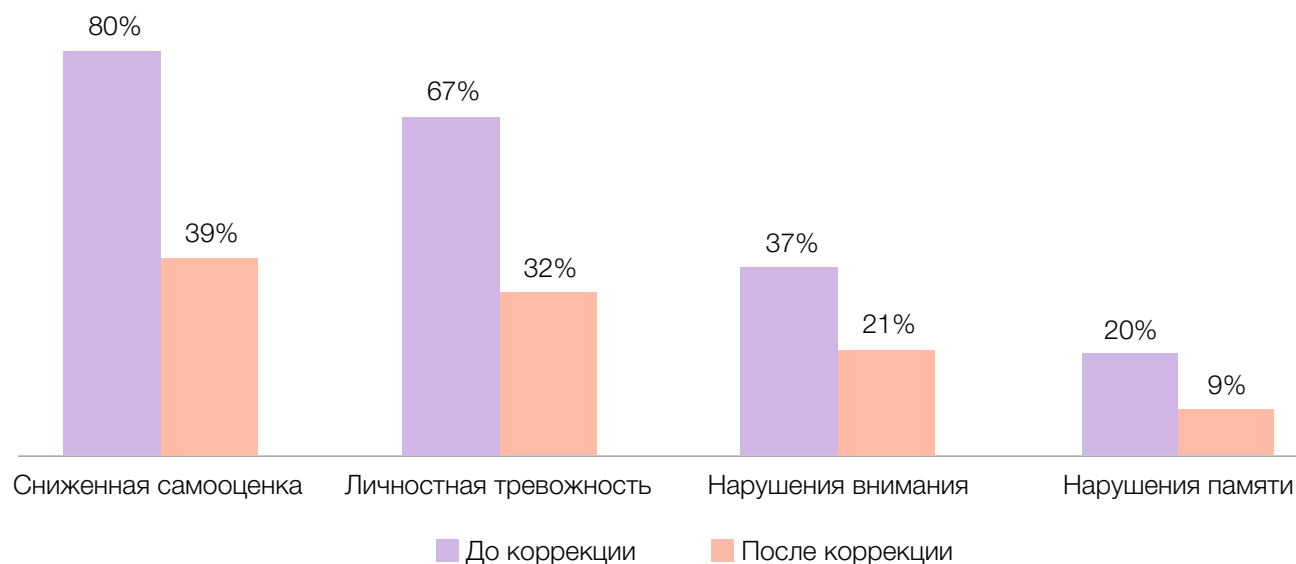
целях дальнейшего использования и укрепления компонентов модели.

Доказательства воздействия/ эффективности

Внедрение модели комплексной оценки, лечения и помощи/поддержки позволяет повысить качество диагностики медицинских, социальных и психологических проблем подростков. Это полезно для выявления и устранения медицинских причин психических расстройств; овладения социальными навыками и приобретения опыта успешного взаимодействия со сверстниками; понимания причин снижения приверженности наблюдению и лечению; построения лично-ориентированной программы поддержки подростков; и гармонизации как психоэмоционального состояния ВИЧ-позитивных подростков, так и их отношений со сверстниками.

Кроме того, комплексная мультидисциплинарная диагностика в рамках компонента 1, проведенная специалистами Республиканской клинической инфекционной больницы, продемонстрировала, что все ВИЧ-инфицированные подростки нуждаются в постоянной социальной адаптации и психологической поддержке. После проведения коррекционных мероприятий было отмечено значительное снижение тревожности и улучшение таких параметров, как самооценка, внимание и память (примерно на 50%). Вторичная диагностика, проведенная после реализации мероприятий, указанных в типовой модели, выявила улучшение таких важных параметров, как самооценка, уровень тревожности, внимание и память (рис. 33).

Рис. 33. Результаты вторичной диагностики после проведения трехкомпонентных мероприятий, Российская Федерация

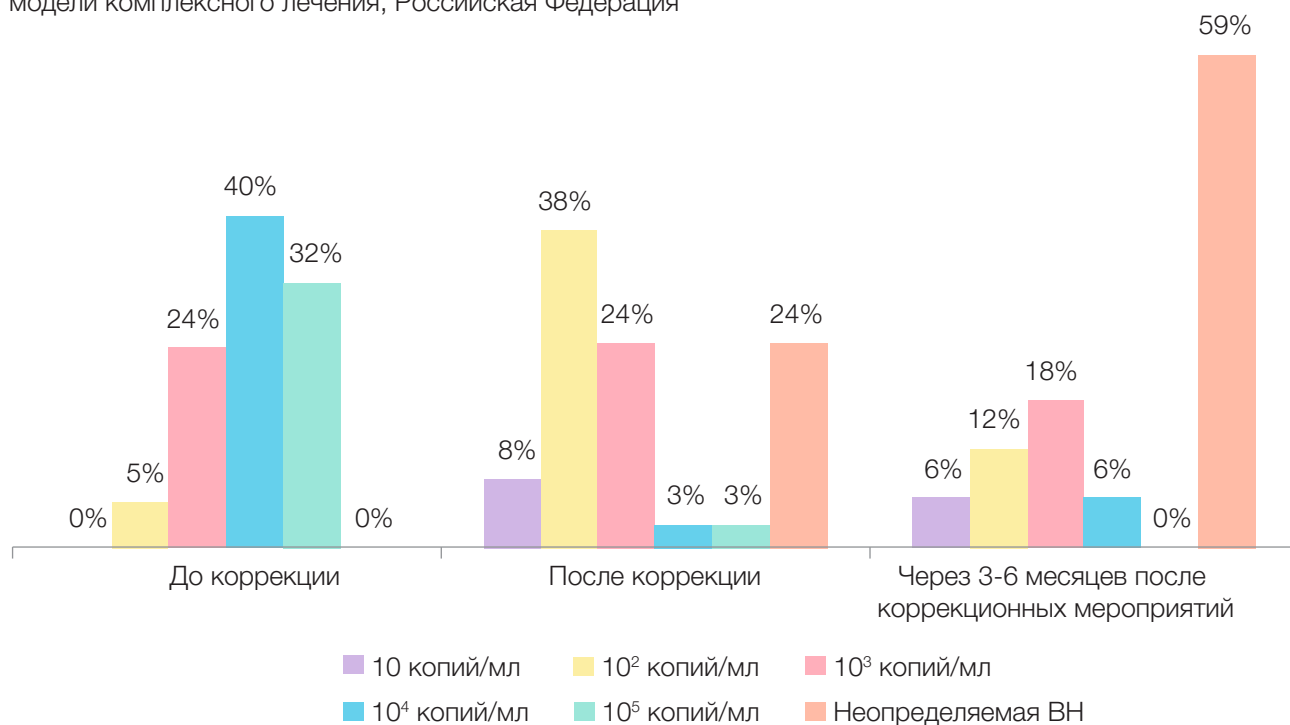


В ходе реализации модели было установлено, что уровень приверженности АРТ коррелирует с качеством межличностных отношений в семье. Оценка индивидуально-психологических особенностей ВИЧ-инфицированных подростков в данном исследовании показала, что гармоничные семейные отношения особенно важны для подростков с более низким социально-экономическим и социальным статусом. На рисунке 34 показано существенное улучшение показателей вирусной супрессии через три-шесть месяцев после проведенных мероприятий, что свидетельствует об эффективности лечения; при этом следует отметить, что одним из важнейших факторов, способствующих приверженности лечению, является своевременное оказание психосоциальной поддержки.

Устойчивость

Практика полностью финансируется из государственного бюджета Российской Федерации. На страновом уровне эта модель будет внедряться в работу территориальных центров по профилактике и борьбе со СПИДом. На местном уровне Научно-практический центр профилактики и лечения ВИЧ-инфекции у беременных женщин и детей при Республиканской клинической инфекционной больнице Минздрава РФ продолжает работу в рамках данной модели. Ожидается, что проект будет продолжаться в течение следующих трех лет в сочетании с мониторингом и оценкой результатов программы с использованием таких параметров оценки, как результаты анализа вирусной нагрузки и степень приверженности АРТ.

Рис. 34. Вирусная нагрузка у подростков с пониженной приверженностью АРТ до и после внедрения модели комплексного лечения, Российская Федерация



ВН: вирусная нагрузка

УКРАИНА. Улучшение системы выявления случаев ВИЧ-инфекции и расширение доступа к лечению людей, употребляющих инъекционные наркотики: оптимизированный поиск случаев ВИЧ-инфекции (OCF) и расширение лечения на уровне местных сообществ (CITI)

Фамилии и служебная принадлежность всех соавторов: Smyrnov, Pavlo | Denisiuk, Olga | Slobodianiuk, Kateryna | Kuznetsova, Julia

Международный благотворительный фонд «Альянс общественного здоровья»

Общие сведения

В Украине, которая занимает второе место по уровню заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Европейском регионе ВОЗ, эпидемия ВИЧ-инфекции сконцентрирована среди людей, употребляющих инъекционные наркотики (ЛУИН), и их половых партнеров. Эпидемия началась в 1987 году среди ЛУИН в южном и восточном регионах страны. По данным проведенного в 2017 году национального обследования IBBS в Украине насчитывается 346 000 ЛУИН с показателем распространенности ВИЧ-инфекции равным 22,6% (неопубликованные данные). Среди ЛУИН в Украине по-прежнему наблюдается довольно высокий уровень сероконверсии ВИЧ. Кроме того, значительное число случаев заражения ВИЧ-инфекцией при гетеросексуальных контактах, по-прежнему связаны с нынешними

потребителями инъекционных наркотиков. Риск передачи ВИЧ среди ЛУИН является высоким, особенно если в их число входят недиагностированные ВИЧ-позитивные люди, люди, употребляющие наркотики на основе опиатов, и бывшие заключенные, употребляющие инъекционные наркотики. В 2006 году Международный благотворительный фонд (ICF) «Альянс общественного здоровья» приступил к широкому использованию экспресс-тестов на ВИЧ через общественные организации (ОО) в рамках программ профилактики ВИЧ-инфекции. По данным обследования IBBS 2015 года, несмотря на предоставление быстрых диагностических тестов на ВИЧ, только 38,5% людей, употребляющих инъекционные наркотики, были протестированы на ВИЧ в предыдущем году. В 2015 году Альянс общественного здоровья инициировал новую стратегию

тестирования²², чтобы обеспечить непрерывный доступ к тестированию на ВИЧ в привычных местах пребывания ЛУИН (38). В рамках этого подхода, сочетающего практику самотестирования без сторонней помощи с практикой самотестирования при поддержке равного консультанта, что облегчает доступ к тестированию, предусматриваются дополнительные меры по охвату ключевых групп населения, которые еще не прошли тестирование и не знают о своем ВИЧ-статусе. Однако программные данные о результатах экспресс-тестирования на ВИЧ, проведенного в рамках мероприятий по снижению вреда среди ЛУИН в Украине в 2010-2015 гг., по-видимому, свидетельствуют о трудностях, связанных с выявлением случаев ВИЧ-инфекции.

Описание передовой практики

В рамках сотрудничества с CDC и Программой Чрезвычайного плана президента США по борьбе со СПИДом (103) и в целях повышения показателей выявляемости случаев ВИЧ-инфекции, улучшения стратегии тестирования на ВИЧ и расширения доступа к лечению ВИЧ-положительных людей, употребляющих инъекционные наркотики, был разработан проект «Оптимизация выявления случаев ВИЧ-инфекции (OCF)» и «Расширение медицинских услуг на уровне местных сообществ (CPI)».

При разработке стратегии OCF был использован опыт, накопленный при проведении предыдущих сетевых исследований, а также целого ряда аутрич-мероприятий и проектов тестирования на ВИЧ.²³ Основными принципами этой стратегии являются активное отслеживание контактов и привлечение ВИЧ-положительных участников, а также их друзей и знакомых из групп риска. В проекте используют двухэтапную модель набора участников, который начинается с привлечения ВИЧ-положительных индексных пациентов (персонал аутрич-служб тестирования на ВИЧ предлагает пациентам принять участие в проекте, выдавая им соответствующие купоны). В центре OCF их просят пригласить трех человек, которые, по их мнению,

могут быть подвержены риску ВИЧ-инфицирования (таким образом, формируется расширенная сеть людей из групп риска). Затем этим людям предлагается пригласить трех из своих знакомых из группы риска (независимо от серостатуса) и побудить их провести экспресс-тестирование на ВИЧ в центре OCF при поддержке со стороны специалиста по отслеживанию контактов/выявлению случаев. Участники получают денежные стимулы в размере 2 долл. США за визит и 1 долл. США за каждого из тех людей, которые приходят на тестирование по их приглашению.

Все люди могут участвовать в проекте каждые шесть месяцев, если они не становятся серопозитивными, так как в этом случае они переходят в категорию индексных пациентов и вступают во второй этап привлечения контактных лиц. Облако Syrex в реальном времени используется для мониторинга программы, позволяя зарегистрировать каждого клиента, каждый результат тестирования и каждый случай взятия на диспансерное наблюдение, а также для сканирования QR-кодов (быстрый отклик) (т.е. двумерного штрих-кода) на направлении на обследование (104). Специалист по выявлению случаев заболевания также прикрепляет всех ВИЧ-положительных клиентов к кейс-менеджеру CPI и контролирует ход их лечения. Кейс-менеджеры оказывают пациентам дополнительную поддержку на всех последующих этапах: подтверждение положительных результатов теста в региональных медицинских учреждениях, проведение дополнительных диагностических процедур (при необходимости) и своевременное назначение АРТ. В рамках проекта CPI используются такие подходы, как медицинское сопровождение пациента по принципу «равный-равному», кейс-менеджмент в рамках аутрич-работы и служба поддержки на уровне местных сообществ для улучшения показателей востребованности и эффективности лечения ВИЧ-инфекции среди людей, употребляющих инъекционные наркотики. Согласно установленной процедуре, поддержка ВИЧ-положительным клиентам в рамках CPI оказывается в течение пяти месяцев после регистрации. Процедура тестирования включает в себя мотивационное консультирование и поддержку со стороны равных консультантов. Быстрая доставка образцов крови в лабораторию СПИД-центра гарантирует, что АРТ ВИЧ-инфицированным клиентам назначается при их втором посещении медицинского учреждения.

²² Суть этой новой стратегии (Самотестирование, проводимое при непосредственной поддержке) заключается в том, что до или в процессе самотестирования на ВИЧ обученный медицинский работник или обученный равный консультант лично показывает клиенту как провести тест и как интерпретировать его результаты.

²³ Сеть противодействия рискам, основанная на работе равных консультантов (функционирует с 2009 года под эгидой Альянса по ВИЧ/СПИД в Украине), Проект «Защита» (осуществляется с 2010 года под эгидой Альянса и организации National Disease Research Interchange) и проект TRIP (осуществляется с 2013 года под эгидой Альянса и организации National Disease Research Interchange).

Задачи кейс-менеджера СИТИ включают следующие:

- оценка состояния, потребностей и мотивации клиентов и выявление их сильных сторон;
- выявление основных барьеров, которые мешают клиентам получить доступ к АРТ;
- анализ имеющихся ресурсов и услуг;
- разработка плана оказания помощи/поддержки;
- координация социальных и медицинских услуг и отстаивание интересов клиентов в учреждениях здравоохранения;
- контроль за эффективностью оказываемых услуг;
- измерение прогресса в достижении целей кейс-менеджмента и прекращение предоставления услуг, когда в них отпадает необходимость.

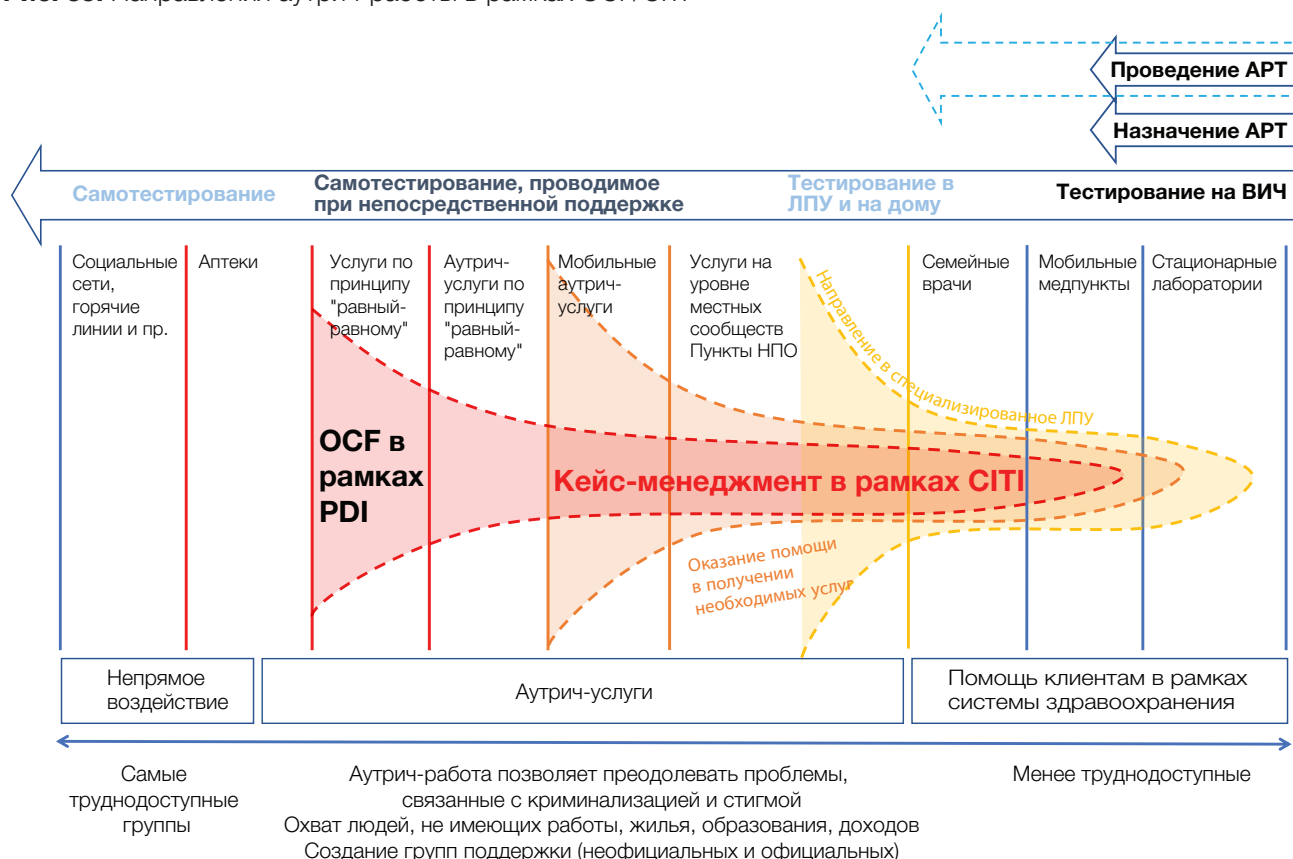
Доказательства воздействия/эффективности

В период с января 2016 по декабрь 2017 года в рамках стратегии OCF тестирование на ВИЧ прошли 48 522 ЛУИН и партнера ЛУИН. В 2017 году средний показатель выявления случаев ВИЧ-инфицирования в рамках OCF достиг 17%. Программные данные за 2016 г. свидетельствуют о том, что спектр услуг в рамках каскада услуг от раннего начала АРТ до поддержки приверженности лечению среди ВИЧ-позитивных членов ключевых групп населения улучшился по сравнению со стандартной практикой (рис. 35 и 36).

Проект СИТИ облегчил ранний доступ к лечению для людей, употребляющих наркотики.

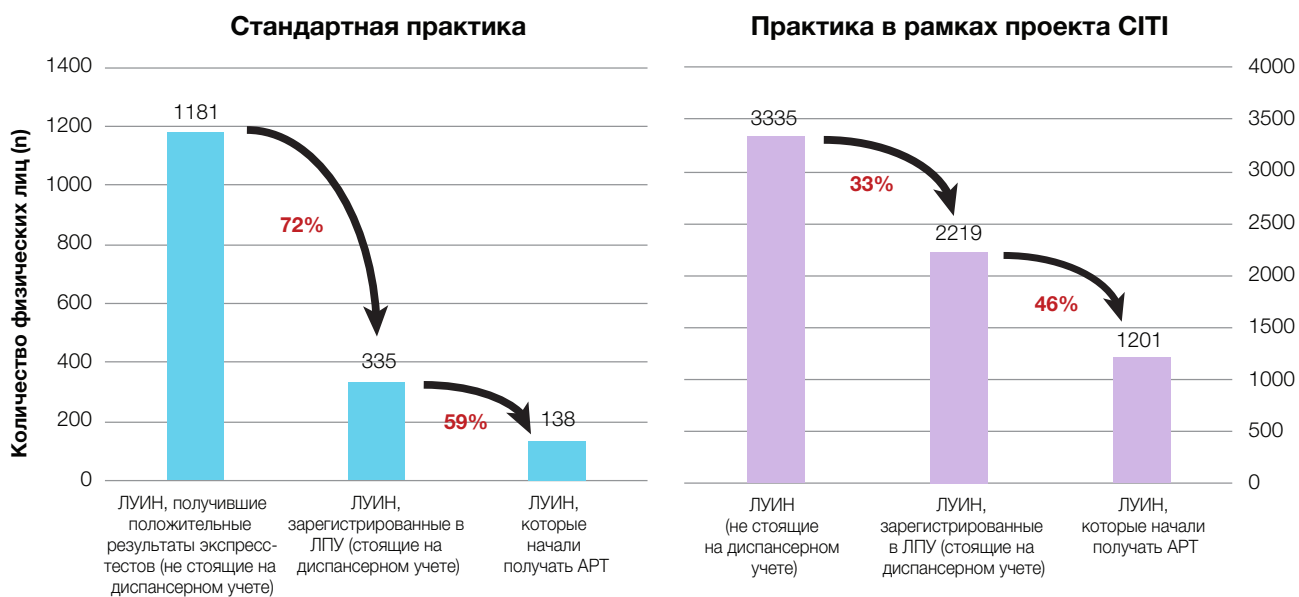
- Среднее время от момента экспресс-тестирования на ВИЧ до включения в программу услуг СИТИ составляло от одного до трех дней (50% клиентов были включены в тот же день).

Рис. 35. Направления аутрич-работы в рамках OCF/СИТИ



OCF: Оптимизированный алгоритм выявления и диагностики ВИЧ-инфекции. PDI: программы противодействия ВИЧ-инфекции, проводимые равными среди равных (в Украине этот подход также известен под названием "Внедрение силами равных").

Рис. 36. Сравнение кейс-менеджмента в рамках СИТИ и стандартной практики направления клиентов с положительным результатом теста на ВИЧ на дальнейшее обследование и лечение, 2016 г.



ЛПУ: лечебно-профилактическое учреждение; ЛУИН: люди, употребляющие инъекционные наркотики.

- Среднее время от момента включения в проект СИТИ до момента регистрации в ЛПУ составило 20 дней.
- Среднее время от момента включения в проект СИТИ до начала АРТ составило 29 дней.

Устойчивость

Результаты проекта будут использованы для лоббирования дальнейшего расширения проекта

совместно с местными органами власти и с планируемым охватом регионов, где в настоящее время методы кейс-менеджмента среди ВИЧ-позитивных ЛУИН не применяются. Данные об эффективности деятельности ОCF/СИТИ будут также использоваться для пропаганды включения услуг, оказываемых СИТИ, в национальный пакет услуг, финансируемых правительством.

Все люди
должны получать
необходимые услуги,
не испытывая
финансовых
трудностей,
связанных с их
оплатой

Financing vulnerabilities
Tuesday, 7 June 2016, 18:00–19:30—Conference

СТРАТЕГИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ 4.

Финансирование в целях обеспечения устойчивости

ХОРВАТИЯ. Финансовая устойчивость проекта ГФСТМ по ВИЧ/СПИДу: хорватский опыт увеличения внутренних ресурсов

Фамилии и служебная принадлежность всех соавторов: Nemeth Blažić, Tatjana¹ | Kosanović Ličina, Mirjana Lana² | Jelavić, Melita² | Jovović, Iva³ | Begovac, Josip⁴ | Skoko Poljak, Dunja⁵

¹Хорватский институт общественного здравоохранения; ²Педагогический институт общественного здравоохранения им. Andrija Štampar; ³НПО Flight; ⁴Университетская инфекционная больница “Dr Fran Mihaljević”; ⁵Хорватское министерство здравоохранения

Общие сведения

Ежегодная заболеваемость ВИЧ-инфекцией в Хорватии составляет около двух случаев на 100 000 населения, что свидетельствует о том, что Хорватия является страной с относительно низким уровнем распространенности ВИЧ-инфекции. Преобладающим путем передачи ВИЧ являются половые контакты между мужчинами; 64% всех зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции приходится на МСМ, и за последние несколько лет (2014-2017 гг.) более 80% впервые диагностированных случаев ВИЧ-инфекции приходилось на МСМ. В последние несколько лет наблюдается незначительная тенденция к увеличению числа впервые диагностированных случаев ВИЧ-инфекции, что отчасти может объясняться как увеличением числа инфекций, так и увеличением числа тестов после внедрения добровольного, бесплатного и анонимного консультирования и тестирования на ВИЧ в восьми хорватских городах, начиная с 2004 года. За последние пять лет среднее число ежегодно регистрируемых случаев ВИЧ-инфекции составило 100 (диапазон 77-116), что на 150% больше, чем в период до 2004 года.

До начала осуществления в 2004 году проекта ГФСТМ по расширению масштабов борьбы с ВИЧ/СПИДом, в Хорватии не имелось доступа к анонимному и бесплатному консультированию и тестированию на ВИЧ. Услуги по тестированию на ВИЧ предоставлялись в нескольких учреждениях, однако для их получения необходимо было иметь направление от врача, карточку медицинского страхования или личные средства для оплаты услуг. Эпиднадзор второго поколения за ВИЧ-инфекцией

не проводился. В рамках эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией, направленного на мониторинг распространенности ВИЧ-инфекции или ИППП и рискованного поведения в ключевых группах населения, не проводилось никаких биоповеденческих исследований. Системы контроля и оценки также были внедрены лишь частично. В стране не проводилось никаких систематических просветительских кампаний, информирующих широкую общественность или ключевые группы населения о рисках для здоровья. До начала проекта ГФСТМ люди, живущие с ВИЧ, также не получали никакой систематической и всеобъемлющей психосоциальной помощи. В рамках этого проекта, который финансировался ГФСТМ, Хорватия получила средства для выполнения ряда приоритетных задач, поставленных в Национальной стратегии и программе профилактики ВИЧ-инфекции и СПИДа. Министерство здравоохранения было основным получателем пожертвования ГФСТМ и оно выполняло функции координатора проекта (общая сумма грантов за период 2003-2006 годов составила 4 945 192 долл. США).

Гранты ГФСТМ внесли значительный вклад в финансирование мероприятий, направленных на улучшение систем эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией/СПИДом, гепатитом В, гепатитом С и ИППП, путем создания центров тестирования на ВИЧ на добровольной, анонимной и бесплатной основе, содействия проведению программ санитарного просвещения, поддержки национальных кампаний по снижению рискованного поведения, проведения биоповеденческих исследований, оказания психосоциальной поддержки лицам, затронутым ВИЧ-инфекцией, инициирования программ снижения

вреда и распространения игл и шприцев (ПИШ) среди ЛУИН и создания системы сбора показателей и мониторинга и оценки программ/мероприятий по противодействию ВИЧ/СПИДу. Вышеуказанные мероприятия способствовали укреплению межсекторального сотрудничества и поддержки, включая значительный вклад НПО и ОО, участвующих в мероприятиях по профилактике ВИЧ-инфекции, ориентированных на ключевые группы населения в Хорватии (например, на МСМ, РКС, мигрантов и людей, употребляющих инъекционные наркотики).

Описание передовой практики

После успешной реализации проекта ГФСТМ в 2003-2006 годах страна перешла почти к 100-процентному финансированию комплекса мероприятий по противодействию ВИЧ-инфекции за счет внутренних ресурсов. Несмотря на ограниченность ресурсов, обусловленную долгосрочным финансовым кризисом в Хорватии, финансирование всех компонентов проекта ГФСТМ, за исключением одного, было полностью переведено на внутренние источники (105). Финансовые средства в основном выделяются из государственного бюджета через МЗ. Еще одним источником финансирования являются доходы от государственных лотерей;²⁴ полученные таким образом средства используются для профилактики, раннего выявления и лечения ВИЧ-инфекции, для реабилитации наркозависимых, для программ снижения вреда и для поддержания и укрепления сотрудничества с ОГО/НПО. Модель финансирования и правовая база для заключения контрактов и осуществления финансового мониторинга были созданы в рамках тендерных процессов с МЗ (годовые или трехлетние проекты/программы для государственных учреждений и заключение общественных договоров для ОГО) и с помощью стандартизированных критериев и процедур отбора, разработанных отборочным комитетом с членами из многих организаций различного профиля. В течение последних нескольких лет в финансировании части профилактических мероприятий (таких, например, как работа пунктов ДКТ и центра охраны сексуального здоровья при Хорватском институте общественного здравоохранения) также участвовал Хорватский фонд медицинского страхования. Аналогичным образом, часть работы

по эпиднадзору за ВИЧ/СПИДом и ИППП, проведению национальных кампаний и поддержанию добровольных консультационных центров и исследований также финансируется совместно местными сообществами (редко и только в некоторых частях страны), частным сектором (очень редко), международными проектами и пожертвованиями и европейскими проектами (например, такими, как Совместные действия: Качественные меры по профилактике ВИЧ-инфекции (106), HA-REACT (78), INTEGRATE (107) и проект Европейского социального фонда «Здоровый образ жизни» (108)).

Для обеспечения плавного перехода от Международного к внутреннему финансированию огромное значение имели политическая приверженность и достижение консенсуса, а затем интегрирование этого консенсуса в Хорватскую национальную программу профилактики ВИЧ-инфекции и СПИДа. Кроме того, было необходимо наладить тесное сотрудничество между сектором здравоохранения и НПО и создать правовую основу, модель институциональной поддержки и систему развития и финансирования организаций гражданского общества, а также осуществлять мониторинг и оценку деятельности НПО, включая стандартизированные методы закупок, обеспечивающие прозрачность практики распределения средств из государственного бюджета.

Доказательства воздействия/эффективности

Осуществление проекта ГФСТМ способствовало усилению мер противодействия благодаря расширению партнерских отношений и сотрудничества и увеличению инвестирования в людские ресурсы. В частности была создана функциональная сеть экспертов с общим каналом связи по электронной почте на национальном уровне (aids-hr@googlegroups.com). Проект ГФСТМ также способствовал приобретению новых и полезных знаний и навыков, внедрению новых видов услуг, улучшению сотрудничества заинтересованных сторон и установлению официальных и неофициальных партнерских отношений.²⁵

²⁵ Например, между Хорватским институтом общественного здравоохранения или национальными институтами общественного здравоохранения и организацией гражданского общества Iskorak, Хорватской ассоциацией по ВИЧ-инфекции и вирусному гепатиту (CANIV) и Ассоциацией по улучшению качества жизни (НПО Flight), а также НПО HELP, которая оказывает помощь молодежи и людям с проблемами, связанными с употреблением наркотиков) и ассоциацией Hepatos Rijeka.

²⁴ На основе Закона об азартных играх, Официального вестника (№ 87/09, 35/13, 41/14 и 143/14) и подзаконных актов, а также постановления правительства о критериях определения пользователей и режиме распределения части ежегодных доходов от азартных игр.

Устойчивость

Положения и рекомендации, изложенные в национальных стратегических документах, и институциональная поддержка сотрудничества между учреждениями здравоохранения и организациями гражданского общества (ОГО) внесли значительный вклад в эти усилия, обеспечивая включение соответствующих целей, мероприятий и заинтересованных сторон в хорватскую национальную программу профилактики ВИЧ-инфекции и СПИДа и тем самым содействуя непрерывному национальному финансированию и осуществлению этой программы и мониторингу ее эффективности. Все вышеуказанное свидетельствует о том, что ГФСТМ не только предоставляет финансовые ресурсы, но и вносит позитивный вклад в укрепление национальной системы противодействия ВИЧ-инфекции путем расширения партнерских отношений и сотрудничества, а также инвестирования в людские ресурсы и наращивание потенциала ОГО. Партнеры, участвующие в осуществлении Национальной программы по борьбе с ВИЧ/СПИДом или оказывающие поддержку в осуществлении программы

или в развитии кадрового потенциала²⁶, работают в сотрудничестве, что способствует более быстрому достижению общей цели всех заинтересованных сторон. Области для взаимодействия ОГО/НПО включают консультирование и тестирование на ВИЧ, подготовку экспертов, антидискриминационные программы, психосоциальную поддержку, образовательную и профилактическую деятельность среди подростков, МСМ, людей, употребляющих инъекционные наркотики (включая программы снижения вреда), а также среди населения в целом. Наряду с национальным финансированием, еще одной дополнительной возможностью обеспечения устойчивости является участие в проектах ЕС и использование средств ЕС для софинансирования деятельности.

²⁶ Например, Министерство здравоохранения, Министерство образования и науки, Министерство по вопросам демографии, семьи, молодежи и социальной политики, институты общественного здравоохранения, Фонд социального страхования, Университетская клиника инфекционных болезней "Dr Fran Mihaljević", страновой офис ВОЗ в Хорватии, Хорватский институт медицинского страхования, Управление по борьбе с наркозависимостью и Управление по вопросам сотрудничества с НПО, а также НПО, которые имеют специальные знания, подготовку и опыт работы по профилактике ВИЧ-инфекции (НПО Flight, HELP, Terra Institute, Хорватский Красный Крест, НПО Iskorak, Hepatos Rijeka и САНИВ).

Казахстан. Улучшение доступа к антиретровирусной терапии людей, живущих с ВИЧ

Фамилии и служебная принадлежность всех соавторов: Бауржан Байсеркин | Сайранкуль Касымбекова

Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД Министерства здравоохранения Республики Казахстан

Общие сведения

Эпидемия ВИЧ-инфекции в Казахстане находится на концентрированной стадии. Распространенность ВИЧ-инфекции на популяционном уровне составляет около 0,1%. Показатель распространенности ВИЧ-инфекции составляет 117,7 на 100 тысяч населения. Заболеваемость ВИЧ-инфекцией составила 16,2 на 100 000 населения в 2017 году и 15,4 на 100 000 населения в 2016 году (109).

История внедрения АРТ в Республике Казахстан (РК) началась с 2003-2004 года. В 2004 году было издано первое клиническое руководство по диагностике, лечению и предоставлению медицинской помощи при ВИЧ-инфекции и СПИДе, где регламентировалось начало АРТ при уровне CD4-лимфоцитов ≤ 200 в мл крови. Всего в 2005 году на диспансерном учете в Казахстане состояло около 4000 ЛЖВ, из них АРТ получали менее

6%. АРВ-препараты закупались за счет Глобального фонда, а перечень доступных препаратов был скудным, только на 1-2 схемы лечения.

С 2009 года начался новый этап применения АРТ в РК. Правительство взяло на себя полную ответственность за закупки АРВ-препаратов из национального бюджета, тем самым обеспечивая устойчивость мероприятий по борьбе с ВИЧ-инфекцией в масштабах всей страны (рис. 37). Согласно рекомендациям ВОЗ 2016 года, пациентам с подтвержденным диагнозом ВИЧ-инфекции АРТ следует начинать немедленно независимо от количества CD4-лимфоцитов. В 2017 году в Казахстане был принят новый клинический протокол, известный как стратегия "Тестируй и лечи" и основанный на Сводном руководстве по использованию антиретровирусных препаратов для лечения

и профилактики ВИЧ-инфекции: рекомендации с позиций общественного здравоохранения (5).

Стоимость схем АРТ первого ряда на 1 человека в год в 2016 году варьировалась от 946 до 3140 долл. США в зависимости от применяемой схемы лечения. Несмотря на то, что страна достигла существенного прогресса в обеспечении АРТ для всех, кто в ней нуждается, цены, по которым государственный сектор приобретал АРВ-препараты, были выше глобальных медианных цен, что приводило к значительному ограничению количества людей, которых можно было обеспечить АРТ (110).

Описание передовой практики

В апреле 2016 года МЗ поручило всем соответствующим органам изучить возможность закупки лекарственных средств по более низким ценам через Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ). В рамках исполнения данного поручения был проведен ряд совместных совещаний с участием специалистов Комитета фармации, Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИД МЗ Казахстана и Самрук-Казына Фармации²⁷, которая является единственным дистрибьютором лекарственных средств, закупаемых для оказания бесплатной медицинской помощи в Казахстане. На этих совещаниях были представлены и рассмотрены сравнительные данные о стоимости АРВ-препаратов в Казахстане, а также ценовое предложение ЮНИСЕФ. На совещаниях были также представлены расчеты, показывающие, что прогнозируемая экономия средств от приобретения АРВ-препаратов через ЮНИСЕФ в рамках выделенных финансовых ресурсов на их закупку позволит увеличить объем закупаемых лекарств и тем самым увеличить количество пациентов, получающих АРТ. По итогам этих совещаний, было принято решение о возложении на Самрук-Казына Фармацию (СК Фармация) ответственности за проведение переговоров с ЮНИСЕФ по закупке АРВ-препаратов.

Учитывая, что охват антиретровирусной терапией всех нуждающихся пациентов является одним из

национальных приоритетов в сфере здравоохранения, было принято решение провести телеконференцию с участием специалистов ЮНИСЕФ (Копенгаген, Женева, Астана), СК Фармация (Астана), РЦ СПИД, ЮНЭЙДС, СДС и КазСоюз ЛЖВ (Алматы) для выяснения всех интересующих вопросов со стороны ЮНИСЕФ, СК Фармация и других международных организаций. В частности, были обсуждены условия заключения договора между ЮНИСЕФ и СК Фармация и некоторые другие моменты, такие как необходимость 100-процентной предоплаты заказа, валютный контракт, способы и сроки доставки лекарственных средств в Республику Казахстан, порядок разрешения вопросов, связанных с нарушением правил транспортировки или целостности заводской упаковки, и т.п. После того, как от ЮНИСЕФ были получены ответы на все актуальные вопросы, СК Фармация проинформировала штаб-квартиру ЮНИСЕФ о своем намерении закупить 11 видов АРВ-препаратов для Казахстана.

Доказательства воздействия/эффективности

Закупка 11 видов АРВ-препаратов через механизм ЮНИСЕФ позволила снизить закупочную цену на АРВ-препараты в 2-40 раз и вдвое сократить бюджетные расходы. Благодаря снижению цен стоимость схем АРТ первого ряда (тенофовир/эмтрицитабин/эфапиренц) на 1 человека в год снизилась с 3140 до 100 долл. США. Экономия финансовых средств позволила увеличить охват АРТ почти в два раза – с 7000 ЛЖВ на конец 2016 года до 12 000 ЛЖВ на конец 2017 года (рис. 38). Кроме того, четыре новых АРВ-препарата с высокой терапевтической эффективностью и хорошими профилями безопасности (включая долутеграбир²⁸) были добавлены в группу препаратов, включенных в перечень гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.

²⁷ В феврале 2009 года Правительство Республики Казахстан приняло решение о создании в структуре акционерного общества «Фонд национального благосостояния Самрук-Казына» товарищества с ограниченной ответственностью «СК-Фармация» (Постановление Правительства Республики Казахстан от 11 февраля 2009 года № 134). Права владения и пользования стопроцентным пакетом акций Товарищества с ограниченной ответственностью «Самрук-Казына» были переданы Министерству здравоохранения Республики Казахстан постановлением Правительства Республики Казахстан от 25 мая 2013 года № 516.

²⁸ В мае 2018 г. ВОЗ опубликовала заявление о потенциальном риске дефектов нервной трубки у младенцев, родившихся у женщин, принимавших долутеграбир во время зачатия (59). В связи с тем, что сейчас все большее количество стран наращивают усилия по оптимизации АРТ и включают или планируют включить схемы, содержащие долутеграбир, в свои национальные протоколы в качестве предпочтительного варианта терапии первого ряда, ВОЗ выпустила в апреле 2018 года информационную записку о клинических преимуществах нового комбинированного препарата с фиксированной дозой «тенофовир-ламивудин-долутеграбир» и о программных аспектах использования этого препарата (60). В июле 2018 года планируется провести ряд различных дополнительных аналитических исследований, чтобы расширить объем данных, которые на данный момент получены только от одной страны.

На сегодняшний день в РК в перечень лекарственных средств и изделий медицинского назначения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в рамках системы обязательного медицинского страхования включено 16 видов АРВ-препаратов (111).

Что касается целевых показателей ЮНЭЙДС «90-90-90» (112), то к концу 2017 года около 80% от оценочного числа людей, живущих с ВИЧ, знали о своем ВИЧ-статусе и состояли на диспансерном учете в центрах по профилактике и борьбе со СПИДом. Из них получают антиретровирусную терапию – 55%, имеют неопределяемую вирусную нагрузку – 55%. Хотя Казахстан и добился значительных успехов на пути к достижению второй из целей «90-90-90» (согласно которой 90% людей, знающих о своем положительном ВИЧ-статусе, должны получать АРТ), в стране все еще необходимо активизировать усилия по достижению к 2020 году всех трех составляющих цели «90-90-90».

Устойчивость

Все мероприятия по борьбе с ВИЧ/СПИДом контролируются и поддерживаются за счет

государственного финансирования, включая такие мероприятия, как разработка и внедрение клинических протоколов по лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией, централизованные закупки АРВ-препаратов и мониторинг эффективности АРТ.

Поддержка этой практики на национальном уровне находит отражение в различных правительственных постановлениях.²⁹

²⁹ Постановление Правительства Республики Казахстан от 8 ноября 2017 года № 719 «О внесении изменений в постановление Правительства Республики Казахстан от 30 октября 2009 года № 1729 «Об утверждении Правил организации и проведения закупки лекарственных средств, профилактических (иммунобиологических, диагностических, дезинфицирующих) препаратов, изделий медицинского назначения и медицинской техники, фармацевтических услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и медицинской помощи в системе обязательного социального медицинского страхования» и от 8 июля 2015 года № 515 «Об утверждении Правил закупки услуг по хранению и транспортировке лекарственных средств и изделий медицинского назначения единым дистрибьютором в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и системы обязательного социального медицинского страхования и внесении изменений и дополнений в некоторые решения Правительства Республики Казахстан и в параграф 8 главы 16 «Порядок закупки из одного источника или через международные организации, учрежденный Генеральной ассамблеей Организации Объединенных Наций, по согласованию уполномоченного органа в области здравоохранения, на основании международных договоров (соглашений), ратифицированных Республикой Казахстан, а также международных договоров, подписанных в их реализацию».

Рис. 37. Финансирование АРТ, Казахстан, 2005-2017 гг.

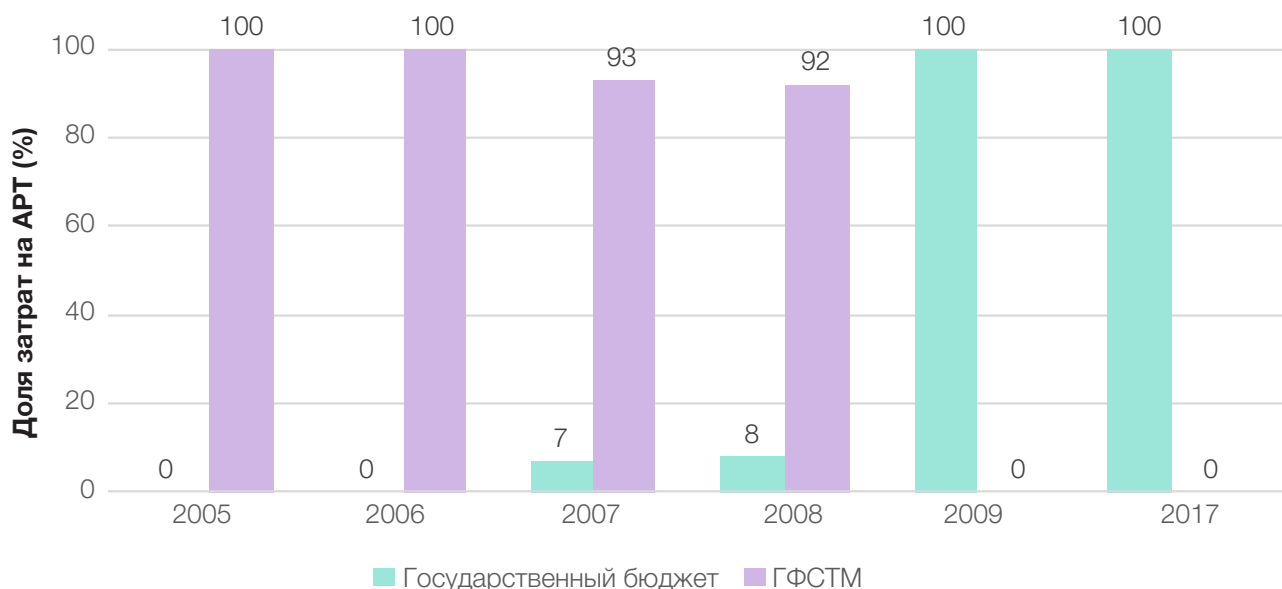
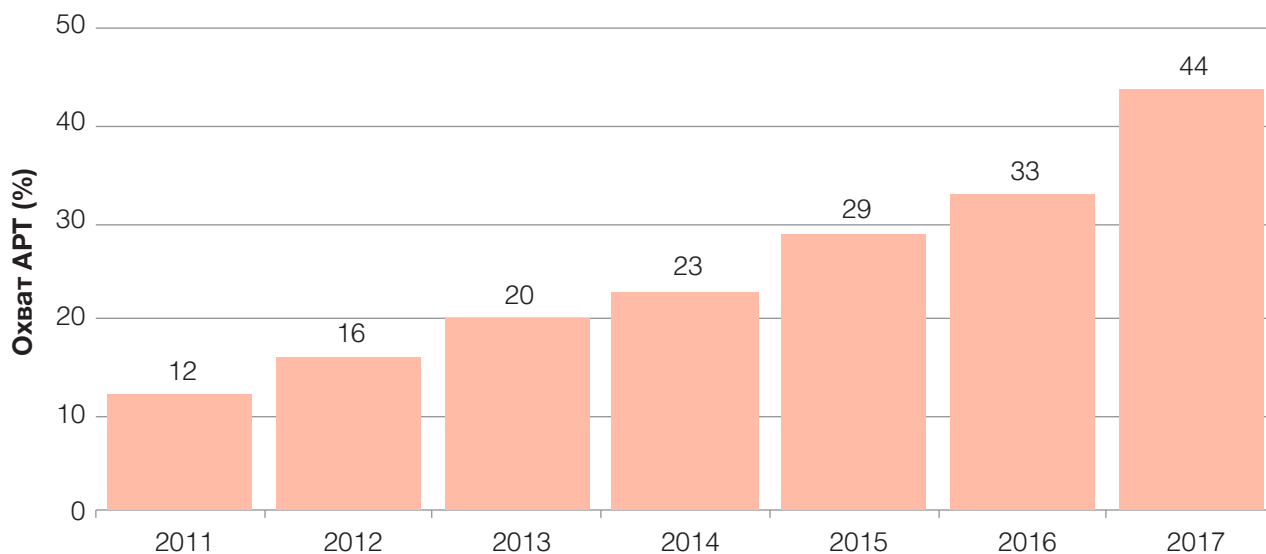


Рис. 38. Оценочный охват АРТ среди людей, живущих с ВИЧ, Казахстан, 2011-2017 гг.

ЧЕРНОГОРИЯ. Противодействие ВИЧ-инфекции: переход на внутреннее финансирование путем заключения социальных контрактов с НПО/ОГО на предоставление соответствующих услуг

Фамилии и служебная принадлежность всех соавторов: Brajovic, Mina¹ | Cicic, Alma² | Golubovic, Vladan³

¹Страновой офис ВОЗ в Черногории; ²Институт общественного здравоохранения; ³Секретариат Странового координационного комитета (СКК)

Общие сведения

Поддержка со стороны ГФСТМ, оказанная Черногории в период с 2006 по 2015 год, помогла сохранить низкий уровень распространенности ВИЧ (0,03%) среди населения в целом и обеспечить поддержание этого показателя на очень низком уровне среди двух ключевых групп населения: 1,1% среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, и 0,5% среди РКС. Однако, как и во многих других странах Центральной Европы, в Черногории наблюдается значительный рост показателей передачи ВИЧ-инфекции среди МСМ (распространенность ВИЧ-инфекции среди МСМ в 2014 году составила 12,5%). В результате этого роста в 2016 году страна вновь стала соответствовать критериям получения грантов ГФСТМ. По окончании гранта ГФСТМ в июне 2015 года правительство Черногории взяло на себя финансирование услуг, предоставляемых в государственном секторе, включая полное финансирование расширенного спектра услуг, относящихся к АРТ, ОЗТ и ДКТ. Однако в стране отсутствовали институциональные рамки, позволяющие ОГО оказывать услуги по профилактике ВИЧ-инфекции. Из-за нехватки персонала

возникли трудности с оказанием установленных профилактических услуг в рамках ОГО. Менее чем через год после окончания поддержки со стороны ГФСТМ предоставление профилактических услуг под руководством НПО в Черногории было практически прекращено. Оставшиеся грантовые средства были использованы для приобретения годового запаса профилактических средств, включая иглы, шприцы и презервативы. Две НПО – CAZAS и Juventas – продолжали оказывать некоторые виды профилактических услуг, ограничивая их диапазон и объем, что привело к значительному сокращению числа получателей услуг среди ключевых групп населения.

НПО Juventas сообщила о почти 65-процентном снижении числа получающих услуги МСМ в первой половине 2016 года (по сравнению с 2015 годом), несмотря на то, что высокая распространенность ВИЧ-инфекции среди этого контингента подпитывает эпидемию ВИЧ-инфекции в стране в целом. Аналогичным образом, НПО CAZAS сообщила о прекращении на один год (с июля 2015 года по июнь 2016 года) работы своего центра для людей,

употребляющих инъекционные наркотики. Ограниченный объем аутрич-услуг продолжал предоставляться населению только в Подгорице (столица Черногории). В докладе ЕС по Черногории за 2016 год эмпирически зафиксировано, что «в стране предпринимаются усилия по реализации национальных стратегических мер противодействия ВИЧ-инфекции, но устойчивое финансирование все еще не обеспечено». Именно эти суровые реалии и стали основой для нового обязательства обеспечить финансирование служб профилактики ВИЧ-инфекции из государственного бюджета.

Описание передовой практики

Средства, предоставленные через комиссию по распределению ежегодных доходов от азартных игр Министерства финансов в 2016 году, частично заполнили пробел в финансировании, покрывая от 20% до 25% от предыдущего объема финансирования ГФСТМ на услуги по профилактике ВИЧ-инфекции. Затем, в 2016 году, благодаря успешной адвокации НПО «Juventas», парламент Черногории принял законодательный акт о выделении суммы в 100 000 евро тем НПО, «которые предоставляют услуги для оказания поддержки людям, живущим с ВИЧ/СПИДом, и пострадавшим группам населения». Это создало первый прецедент четкой приверженности государства делу финансирования услуг по профилактике ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения, оказываемых НПО. Такой же объем ассигнований на вышеуказанную цель был включен и в государственный бюджет на 2017 год. Тем не менее этих ассигнований было достаточно для покрытия лишь 40% общих годовых потребностей страны в этой области. Поэтому на основании решения Правления ГФСТМ от декабря 2016 года Страновой координационный комитет (СКК) принял решение представить новый запрос на финансирование ГФСТМ в размере 556 938 евро для мобилизации новых и стимулирования существующих средств для покрытия оставшихся пробелов.

В 2015 году, когда заканчивался девятый раунд предоставления грантов для противодействия ВИЧ-инфекции, НПО и ОГО совместно провели разъяснительную кампанию о необходимости обеспечения устойчивого функционирования служб противодействия ВИЧ/СПИДу, ориентированных на ключевые группы населения. Эта кампания была, прежде всего, направлена на лиц, принимающих

решения, но в ней также ставилась цель информирования широкой общественности об успехах национальных мероприятий в сфере противодействия ВИЧ-инфекции в Черногории. В частности, в информационных сообщениях подчеркивалась (1) незаменимая роль ОГО в оказании услуг населению и (2) разница в затратах на предотвращение заболевания (6–8 евро на человека в месяц) и на лечение ВИЧ-инфекции (1200–1500 евро на человека в месяц) и гепатита С (1500–2000 евро в месяц на человека).

Доказательства воздействия/эффективности

После прекращения финансирования со стороны ГФСТМ одним из основных препятствий для осуществления профилактической деятельности в Черногории было отсутствие механизма социальных контрактов, который позволил бы НПО продолжать оказывать профилактические услуги. Таким образом, Фонд «Открытое общество» (ФОО) и ПРООН предоставили промежуточное финансирование для инвестиций в развитие устойчивых систем оказания услуг в области профилактики и лечения ВИЧ-инфекции. При поддержке ФОО НПО Juventas и CAZAS были назначены как организации, которые могут сотрудничать с МЗ в разработке механизма социальных контрактов, который позволит правительству финансировать мероприятия по профилактике ВИЧ-инфекции под руководством гражданского общества. В ноябре 2017 года Министерство здравоохранения объявило первый открытый публичный конкурс на программы профилактики ВИЧ-инфекции: 80 000 евро было выделено на профилактические услуги для ключевых групп населения, 10 000 евро – на поддержку людей, живущих с ВИЧ, и 10 000 евро – на закупку необходимых товаров. Поправки к закону о государственном бюджете на 2016 и 2017 годы были приняты парламентом Черногории. Эти поправки содержат требования о выделении государственных ассигнований на поддержание существующих и расширение долгосрочных решений в отношении финансирования мероприятий по противодействию ВИЧ/СПИДу среди ключевых групп населения.

Условный грант ГФСТМ (на 2017-2019 гг.) позволяет использовать выделенные средства только на предоставление услуг. Поэтому сектор гражданского общества Черногории планирует активизировать

информационно-пропагандистские усилия как в рамках СКК, так и в рамках совместных стратегических планов информационно-пропагандистской деятельности. Например, НПО CAZAS в настоящее время осуществляет проект по наращиванию потенциала в области социальных контрактов за счет средств ФОО и будет добиваться дальнейшей поддержки со стороны ФОО в целях укрепления потенциала в области управления и предоставления услуг.

Благодаря ежегодному финансированию в размере 100 000 евро со стороны правительства/МЗ, позволяющему удовлетворить 35-40% общих потребностей в профилактических услугах под руководством НПО, и восстановлению права на поддержку со стороны ГФСТМ, Черногория сможет не допустить расширения эпидемии ВИЧ-инфекции. Согласно новому закону о НПО от 2017 года, 0,3% государственного бюджета выделяется на проекты НПО в целом, а еще по 0,1% выделяется соответственно на защиту людей с ограниченными возможностями и софинансирование проектов, поддерживаемых ЕС.

Устойчивость

Текущая оценка потребности в финансировании услуг по профилактике ВИЧ-инфекции составляет около 300 000 евро. Сюда входят расходы на аренду помещений для центров помощи МСМ, РКС и людям, употребляющим инъекционные наркотики, а также на центр помощи для людей, живущих с ВИЧ, аутрич-работу среди ключевых групп населения, выплату зарплат сотрудникам и аутрич-работникам, поддержание соответствующих служб и т.п. На основе консенсуса между Черногорией и ГФСТМ правительство и Министерство здравоохранения планируют постепенно увеличивать свою долю расходов на услуги по профилактике ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения путем

заключения социальных контрактов с сектором НПО/ОГО. На эти цели Минздрав уже выделил 125 000 евро в своем бюджете на 2018 год и, скорее всего, он продолжит увеличивать объем ежегодных ассигнований на работу в данной области. По согласованному плану, доля государственного финансирования будет увеличиваться в объеме, который необходим для сохранения нынешнего уровня поддержки этого вида деятельности. В рамках соглашения о реализации государственные органы осуществляют мониторинг программы и управленческих расходов, связанных с механизмом социальных контрактов, выделяя для этой цели дополнительные средства из государственного бюджета.

Инвестиции ПРООН помогут улучшить правовую базу для этого механизма финансирования, гарантируя, что МЗ работает в соответствии с новыми общенациональными требованиями к мониторингу той деятельности секторов, которая связана с финансированием организаций гражданского общества. Планируется предпринять дополнительные усилия по оказанию соответствующей поддержки местным органам власти. Это будет необходимо для безвозмездного предоставления НПО помещений для работы их служб и, таким образом, для обеспечения дальнейшей экономии средств за счет устранения расходов на аренду. Сэкономленные средства будут использованы для оказания услуг. По-видимому, можно сделать предварительный вывод относительно того, что информационно-просветительская работа НПО/ОГО и межсекторальный консенсус, достигнутый в стране, наряду с постоянной поддержкой со стороны различных доноров, заложили основу для того, чтобы в будущем финансирование деятельности в этом направлении полностью обеспечилось за счет внутренних ресурсов Черногории.

РЕСПУБЛИКА МОЛДОВА. Финансирование услуг по снижению вреда для ключевых групп населения, осуществляемое Национальной компанией медицинского страхования

Фамилии и служебная принадлежность всех соавторов: Parfentiev, Dumitru¹ | Osoianu, Iurie¹ | Serbulenco, Aliona² | Oltu, Iulian³ | Climasevschi, Iurie⁴ | Iatco, Ala⁵

¹Национальная компания медицинского страхования (НКМС); ²Министерство здравоохранения, труда и социальной защиты; ³Больница дерматологии и инфекционных заболеваний; ⁴Центр политики и исследований в области здравоохранения; ⁵Союз по профилактике ВИЧ-инфекции и снижению риска

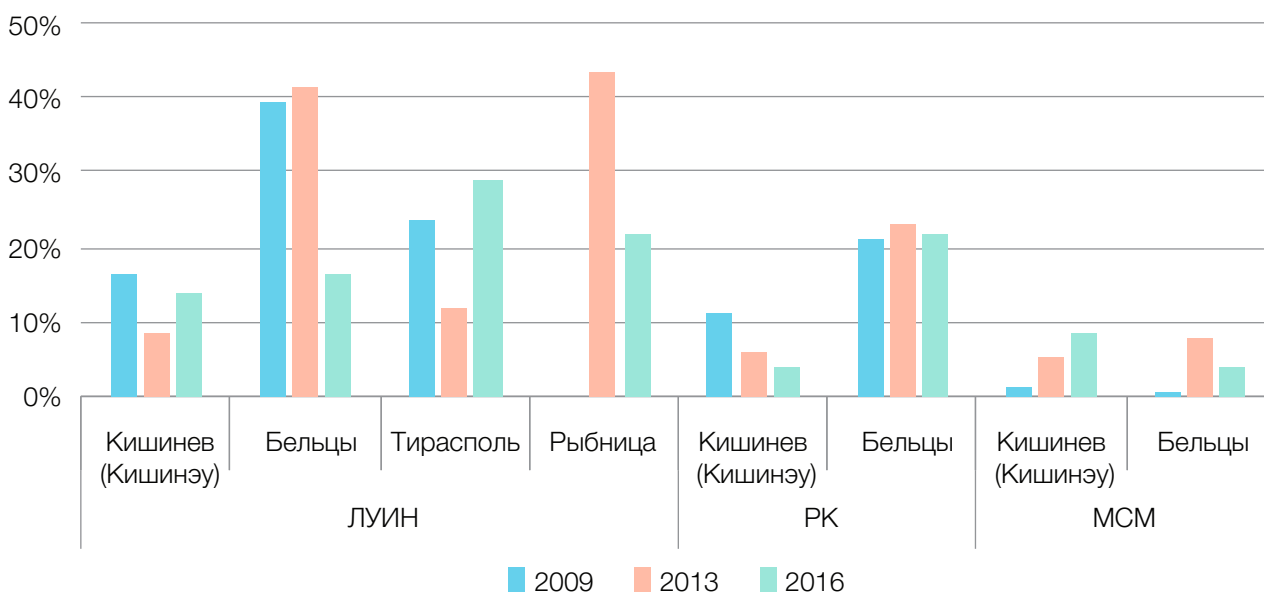
Общие сведения

По данным национальной статистики, к концу 2017 года в стране было зарегистрировано 11 877 случаев ВИЧ-инфекции (включая 3728 в Приднестровье). В последние три года в стране ежегодно регистрируется около 800 новых случаев ВИЧ-инфекции (включая 230 в Приднестровье) без каких-либо существенных изменений в распределении по полу. В 2016 году распространенность ВИЧ-инфекции в Республике Молдова составила 0,20%. Эпидемия сконцентрирована среди ключевых групп населения, в основном среди людей, употребляющих инъекционные наркотики (как в гражданском, так и в пенитенциарном секторе), хотя в последнее время усиливается тенденция к росту показателей заражения ВИЧ среди работников коммерческого секса (РКС) и МСМ. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что эпидемия перешла от ранней стадии концентрированной эпидемии, когда самые высокие показатели передачи ВИЧ наблюдались среди людей, употребляющих инъекционные

наркотики (ЛУИН), к более развитой стадии концентрированной эпидемии, когда одним из источников новых инфекций стала передача ВИЧ от ЛУИН к их половым партнерам и к другим ключевым группам населения. По последним оценкам, в стране насчитывается 36 900 человек, употребляющих инъекционные наркотики (в том числе 10 800 в Приднестровье), 17 800 РКС (3500 в Приднестровье) и 17 100 МСМ (4100 в Приднестровье).

Исследование IBBS среди групп риска было впервые проведено в Республике Молдова в 2009-2010 годах с использованием методологии выборки, основанной на респондентах. Чтобы обеспечить сопоставимость данных, та же методология была использована и в исследованиях, проведенных в 2012-2013 и 2016-2017 гг. Эта методология позволяла включать в исследование как бенефициаров программ снижения вреда, так и представителей ключевых групп населения. Однако данные исследований, проведенных в 2003, 2004 и 2007 годах,

Рис. 39. Результаты опроса IBBS по распространенности ВИЧ-инфекции среди МСМ, РКС и ЛУИН, Республика Молдова, 2009, 2013 и 2016 годы



не могут быть сопоставлены из-за различий в методологии. Рис. 39 показывает распространенность ВИЧ-инфекции среди MSM, РКС и людей, употребляющих инъекционные наркотики, в 2009, 2013 и 2016 годах.

Охват профилактическими услугами ключевых групп населения в период с 2014 по 2017 год увеличился (см. таблицу 12).

Таблица 12. Охват профилактическими услугами ключевых групп населения, Республика Молдова, 2014-2017 гг.^a

Ключевые группы населения	Охват (%)		
	2014	2016	2017
ЛУИН ^b	30,8	49,0	51,1
РКС ^c	24,6	39,3	46,8
MSM ^c	14,7	22,3	26,9

^a Оценочное число. ^b Обмен шприцев. ^c Выдача презервативов.

Описание передовой практики

До 2017 года услуги по профилактике ВИЧ-инфекции для ключевых групп населения финансировались исключительно из одного внешнего источника – ГФСТМ. В соответствии с Национальной программой профилактики и контроля ВИЧ/СПИД на 2016-2020 годы и Национальным планом перехода к устойчивому развитию был предложен постепенный переход от финансирования профилактических услуг за счет грантов ГФСТМ к внутреннему финансированию. Ожидалось, что в 2016 году два проекта (с бюджетом примерно в 50 000 евро на каждый) будут финансироваться за счет внутренних ресурсов. К сожалению, это оказалось трудным делом, поскольку до сих пор не создан надежный механизм финансового регулирования в сфере оказания профилактических услуг и осуществления закупок.

В 2016 году Союз по профилактике ВИЧ-инфекции и снижению риска инициировал диалог с представителями ГФСТМ, ЮНЭЙДС, ВОЗ, МЗ, Национальной компании медицинского страхования (НКМС) и Координационного комитета Национальной программы по СПИДу с целью мобилизации усилий по разработке нормативно-правовой базы для финансирования услуг по снижению вреда из государственного бюджета. На основе состоявшегося диалога был разработан и согласован всеми заинтересованными сторонами механизм финансирования и закупок, в соответствии с которым закупки будут осуществляться за счет средств Фонда профилактики НКМС.

В результате в начале 2017 года было одобрено совместное распоряжение Минздрава и НКМС «Об утверждении Положения о финансировании услуг по снижению вреда Фондом профилактики НКМС», благодаря чему программы снижения вреда приобрели статус одного из приоритетов в сфере здравоохранения. Соответствующие правовые акты включали:

1. принципы финансирования проектов;
2. разрешенные методы представления и отбора проектов;
3. условия финансирования проектов, которые предусматривают, что организация, претендующая на получение финансирования:
 - a. должна быть некоммерческой организацией/ассоциацией, зарегистрированной в Республике Молдова;
 - b. в период 2014-2017 годов она должна была иметь как минимум трехлетний опыт реализации проектов, аналогичных тем, на проведение которых запрашивается финансирование;
 - c. должна иметь опыт управления проектами на сумму не менее 7500 евро на проект;
4. руководящие принципы мониторинга и оценки источников финансирования.

Кроме того, в механизме закупок определены стандарты в отношении пакета и порядка предоставления услуг, механизмов контроля и оценки и так далее. Эти стандарты были пересмотрены в 2016 году и утверждены Министерством здравоохранения, труда и социальной защиты, а 14 августа 2017 года был объявлен первый конкурс предложений от квалифицированных претендентов.

В конкурсе приняли участие четыре местных НПО, имевших опыт работы в сфере оказания услуг по профилактике ВИЧ-инфекции. Для финансирования были отобраны два проекта: (i) проект *Inițiativa Pozitivă* получил сумму в 47 600 евро, предназначенную для охвата 718 бенефициаров (включая МСМ, РКС и потребителей инъекционных наркотиков) в Центральном регионе Республики Молдова в период с 2017 по 2018 год; (ii) проект *Tinerii pentru Dreptul la Viață* получил сумму в 48 000 евро, предназначенную для охвата 1000 бенефициаров (только потребителей инъекционных наркотиков) в северном регионе страны в тот же период времени.

Доказательства воздействия/ эффективности

Переход от внешнего к внутреннему финансированию имеет огромное значение из-за того, что объем ресурсов, получаемых от ГФСТМ в период 2018-2020 годов, сократился на 40%. Это сокращение в основном коснулось профилактических программ. Здесь также следует отметить, что помимо изменений в структуре внешнего финансирования, увеличились размеры ключевых групп населения: от примерно 30 200 потребителей инъекционных наркотиков в 2014 году до примерно 36 900 в 2017 году; от примерно 12 000 РКС в 2014 году до примерно 21 300 в 2017 году; и от примерно 13 500 МСМ в 2014 году до примерно 17 100 в 2017 году. Таким образом, разрыв между объемом ресурсов, выделяемых на профилактику, и количеством людей, которые должны быть охвачены профилактическими услугами, вырос в геометрической прогрессии. Следовательно, обеспечение внутреннего

финансирования является своевременным и первым важным шагом на пути к полному бюджетному финансированию, необходимому для достижения желаемых целей и сокращения масштабов эпидемии ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения. Несмотря на национальные усилия по мобилизации внутреннего финансирования, объем имеющихся средств все еще недостаточен. Переход на внутреннее финансирование посредством создания надлежащего механизма финансирования и регулирования закупок позволит расширить охват ключевых групп населения и их доступ к мерам по снижению вреда, включая предоставление услуг за пределами официальной системы здравоохранения (т.е. в рамках НПО, оказывающих все профилактические услуги, включая тестирование на ВГС, ВИЧ и сифилис). Он также будет способствовать децентрализации механизма финансирования со стороны НКМС.

Пока еще слишком рано говорить о результатах внедрения этой практики в Республике Молдова, однако ожидается, что заболеваемость ВИЧ-инфекцией среди ключевых групп населения снизится вследствие расширения охвата ключевых групп населения услугами по снижению вреда.

Устойчивость

Совместное утверждение новой практики Минздравом и НКМС имеет важнейшее значение для ее реализации. НКМС также заинтересован в заключении контрактов с НПО, занимающимися оказанием услуг по снижению вреда, связанного с ВИЧ-инфекцией, и государственные органы Республики Молдова рассматривают на долгосрочное осуществление аналогичных проектов и мероприятий. Здесь уместно отметить, что НКМС проявил интерес к финансированию еще одного проекта на сумму 50 000 евро в 2018 году, тем самым продемонстрировав свою постоянную приверженность дальнейшей реализации рассматриваемого проекта.

БЫВШАЯ ЮГОСЛАВСКАЯ РЕСПУБЛИКА МАКЕДОНИЯ. Переход к внутреннему финансированию для усиления борьбы с ВИЧ-инфекцией

Фамилии и служебная принадлежность всех соавторов: Senih, Andrej¹ | Bozinoska, Elizabeta² | Stevanovic, Milena³

¹«Все вместе мы сильнее», Ассоциация поддержки людей, живущих с ВИЧ; ²Ассоциация медицинского образования и научных исследований (HERA); ³Университетская клиника инфекционных заболеваний и лихорадочных состояний

Общие сведения

На конец 2017 года в бывшей Югославской Республике Македонии было зарегистрировано в общей сложности 358 случаев ВИЧ-инфекции и 83 случая смерти от СПИДа, что подчеркивает тот факт, что эта страна является страной с низким уровнем распространения ВИЧ (113). Исследования по-прежнему показывают, что страна смогла предотвратить эпидемию ВИЧ-инфекции среди людей, употребляющих инъекционные наркотики (114). Вероятно, это связано с очень ранним внедрением ПИШ (115), расширением служб ОЗТ и относительно хорошим охватом услугами ключевых групп благодаря децентрализованному характеру служб здравоохранения (116). Услуги, ориентированные на секс-работниц, также доступны по всей стране. Их оказанием почти исключительно занимаются НПО, что ассоциируется с чрезвычайно низкой распространенностью ВИЧ-инфекции среди этого контингента. Однако в последние пять лет бывшая югославская Республика Македония столкнулась с проблемой постоянного увеличения распространенности ВИЧ среди МСМ. Согласно последним данным за 2018 г., распространенность ВИЧ-инфекции среди МСМ достигла 5,4%, а в 2016 году в этой группе населения было зарегистрировано по крайней мере 84% всех новых диагностированных случаев ВИЧ-инфекции (117). По сравнению с другими ключевыми группами населения, услуги для МСМ были действительно расширены, и этот факт был отмечен и рассмотрен в ходе подготовки нового проекта Национальной стратегии по ВИЧ/СПИД на период до 2021 года.

Описание передовой практики

В 2013 году бывшая Югославская Республика Македония утратила право на получение национальных грантов от ГФСТМ из-за того, что она была классифицирована как страна со средне-высоким уровнем дохода и низкой распространенностью ВИЧ-инфекции. Министерство здравоохранения назначило специальную рабочую группу для надзора за проведением ряда первоначальных

аналитических исследований и консультативных совещаний по переходу на внутренние ресурсы при активной поддержке секретариата СКК. Однако, следует отметить, что ОГО начал принимать усилия для стимулирования такого перехода независимо от вышеуказанных национальных процессов.

В начале 2014 года все 15 НПО и ОГО, которые в рамках страны реализуют программы по противодействию ВИЧ-инфекции, создали платформу гражданского общества для совместной информационно-просветительской деятельности для обеспечения успешного перехода от донорского финансирования программ по ВИЧ-инфекции, ориентированных на ключевые группы населения, к национальному финансированию. Платформа инициировала ряд стратегических действий, включая сотрудничество с МЗ по разработке процедур и критериев заключения социальных контрактов с НПО в рамках национального финансирования. Платформа выдвигала требования и предлагала поддержку в таких областях, как сбор данных, бюджетирование и планирование ежегодной национальной программы противодействия ВИЧ-инфекции в период с 2015 по 2018 год. Кроме того, платформа вовлекала в процесс обсуждений членов парламента (включая премьер-министра) и инициировала общественные слушания в парламентской комиссии по здравоохранению. Платформа призвала правительство обеспечить переход на внутреннее финансирование, выделить необходимые средства и создать механизм заключения контрактов с ОГО. В течение четырех лет планирования и работы по переходу на новую модель финансирования в бывшей Югославской Республике Македония гражданское общество провело ряд уличных акций протеста против сокращения бюджетных ассигнований на борьбу с ВИЧ-инфекцией, одновременно взаимодействуя с СМИ для того, чтобы вопрос о внутреннем финансировании мер противодействия ВИЧ-инфекции рассматривался прежде всего с позиции охраны общественного здоровья. ОГО также работали с политическими

партиями в предвыборный период в конце 2016 года, в результате чего 12 партий подписали декларацию о приверженности выделению национальных средств на поддержание мер противодействия ВИЧ-инфекции. Среди ключевых факторов успеха следует назвать своевременно проведенные независимые инициативы СКК и ОГО, диалог с МЗ, работу с политическими партиями, организацию протестов в критические моменты и проведение информационно-просветительских кампаний. Еще одной важной составляющей успеха была активная работа по сбору данных для планирования бюджета и программ, а также для получения поддержки со стороны ГФСТМ, особенно в финансировании ключевых научных исследований.

Доказательства воздействия/ эффективности

К последнему кварталу 2017 года правительство выделило из национального бюджета на 2018 год значительные средства, чтобы заполнить пробелы, образовавшиеся после прекращения поддержки со стороны ГФСТМ, и поручило МЗ разработать в 2018 году долгосрочный механизм заключения контрактов с ОГО, которые также будут вносить вклад в реализацию национальной программы противодействия ВИЧ-инфекции. Результатом этой работы стало (1) признание НПО/ОГО в качестве организаций, оказывающих профилактические услуги, ориентированные на ключевые группы населения, в рамках финансируемой правительством Национальной программы противодействия ВИЧ-инфекции в 2015 году, и (2) формализация в 2016 году Министерством здравоохранения критериев и процедур отбора ОГО в качестве исполнителей программ противодействия ВИЧ-инфекции. Кроме того, декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, подписанная 12 политическими партиями перед парламентскими выборами в декабре 2016 года, послужила хорошей основой для повышения политической приверженности высокого уровня в сфере противодействия ВИЧ-инфекции. После того, как в сентябре 2017 года было принято решение о сохранении финансирования, в последнем квартале 2017 года МЗ приступило к пилотному внедрению механизма заключения социальных контрактов для оказания услуг через ОГО (рис. 40).

Благодаря этой практике более 15 000 человек из ключевых групп населения получили доступ к

жизненно необходимым услугам в связи с ВИЧ-инфекцией. Хотя поддержка ГФСТМ и сыграла важную роль в создании практической базы для оказания широкого спектра услуг в области противодействия ВИЧ-инфекции, бывшая Югославская Республика Македония смогла правильно адаптировать эти услуги к своей политической, социальной и экономической ситуации и добиться впечатляющих результатов. Вопросу усиления роли НПО и ОГО в разработке и осуществлении национальной политики в секторе здравоохранения следует уделять самое пристальное внимание. Официальное признание ОГО в качестве институциональных субъектов, оказывающих услуги здравоохранения в рамках профилактических программ, является первым примером такого рода в деятельности МЗ. В 2018 году МЗ подписало ежегодные соглашения со всеми 15 НПО, которые предоставляют ключевым группам населения услуги, связанные с ВИЧ-инфекцией (118).

Устойчивость

В годовом плане работы Национальной комиссии по ВИЧ-инфекции на 2018 год долгосрочные инициативы по поддержанию этой практики были определены как приоритетные. Успехи НПО и ОГО неразрывно связаны с устойчивым и надежным финансированием со стороны различных государственных механизмов. Хотя финансирование осуществляется главным образом из государственного бюджета, дополнительные источники финансирования также играют важную роль. Фонд по СПИДу продолжал оказывать поддержку секретариату по противодействию ВИЧ-инфекции; эта поддержка была распределена между НПО «Ассоциация просвещения и исследований в области здравоохранения» (HERA) и НПО Stronger Together (Все вместе мы сильнее). Фонд Открытого общества в бывшей Югославской Республике Македонии сыграл ключевую роль в поддержке платформы по противодействию ВИЧ-инфекции и в финансировании целенаправленных информационно-просветительских мероприятий. Кроме того, Международная федерация планируемого родительства (МФПР) продолжала финансировать HERA в целях инициирования национальных процессов, направленных на обеспечение устойчивого предоставления услуг, связанных с ВИЧ, после завершения финансирования за счет грантов ГФСТМ.

Ввиду такого значительного прогресса ожидается, что ОГО и НПО Македонии будут и далее заниматься деятельностью в таких областях, как

профилактика и лечение туберкулеза, а также оказание услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья.

Рис. 40. Ежегодные затраты на национальную программу противодействия ВИЧ-инфекции в бывшей Югославской Республике Македонии, 2014-2018 годы



УКРАИНА. Снижение экономической нагрузки, связанной с заместительной поддерживающей терапией, за счет расширения практики выдачи препаратов для самостоятельного применения

Фамилии и служебная принадлежность всех соавторов: Kuzin, Ihor | Lyashko, Viktor | Ivanchuk, Irina

Центр общественного здравоохранения при Министерстве здравоохранения Украины

Общие сведения

По данным национальной службы эпиднадзора за 2015 год, в Украине насчитывается 347 000 людей, употребляющих инъекционные наркотики (ЛУИН). По состоянию на 1 января 2017 года, 42 247 из них зарегистрированы как пациенты, страдающие «психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением опиоидов». В Европейском регионе ВОЗ Украина относится к числу стран с очень высокой распространенностью

ВИЧ-инфекции. Ключевую роль в развитии эпидемии играют ключевые группы населения, среди которых самый высокий уровень распространенности ВИЧ-инфекции (около 22%) отмечается среди ЛУИН, причем доминирующей подгруппой в этом контингенте являются люди, употребляющие опиоиды. Поэтому расширение профилактических услуг, предоставляемых ЛУИН (например, ПИШ и заместительная поддерживающая терапия), имеет особое значение для Украины.

Описание передовой практики

С 2004 года в Украине используются и расширяются программы заместительной поддерживающей терапии. В течение более 10 лет существования программы расходы, связанные с закупкой, доставкой и применением лекарств, полностью покрывались международными донорами, а именно ГФСТМ. На сегодняшний день в Украине действует одна из крупнейших программ заместительной поддерживающей терапии в регионе ВЕЦА, которая на 1 января 2018 года охватывала 10 189 пациентов. Несмотря на необходимость проведения заместительной поддерживающей терапии, правительство финансировало лишь функционирование пунктов обслуживания, не выделяя никаких средств на закупку препаратов для заместительной поддерживающей терапии, что поставило под угрозу устойчивость и дальнейшее развитие программы в условиях сокращения донорского финансирования.

В 2016 году была проведена активная информационно-просветительская кампания с участием Центра общественного здравоохранения, Всеукраинской сети людей, живущих с ВИЧ, и других партнеров по выделению средств из государственного бюджета на закупку и реализацию препаратов заместительной поддерживающей терапии. В 2017 году было закуплено достаточное количество препаратов для удовлетворения потребностей всех существующих пациентов. С конца 2017 года расходы, связанные с обращением лекарственных средств (доставка, хранение и т.д.), покрываются за счет государственного бюджета.

Учитывая длительный срок проведения заместительной поддерживающей терапии и то, что большинство пациентов уже прошли длительное лечение и достигли стабильного состояния, в течение 2015 года были предприняты активные усилия по изменению нормативной базы, с тем чтобы стабильные пациенты могли получать препараты для самостоятельного применения. В частности, были проведены переговоры с Министерством внутренних дел и другими заинтересованными сторонами об изменении действующих нормативных актов. Необходимость проведения переговоров с Министерством внутренних дел (органами внутренних дел) была обусловлена тем, что хотя ответственность за предоставление услуг заместительной поддерживающей терапии и несет МЗ, согласно

украинскому законодательству все законопроекты в этой области должны подготавливаться совместно с правоохранительными органами, поскольку оба эти ведомства несут ответственность за регулирование употребления психоактивных веществ (ПАВ). Ранее представители правоохранительных органов выступали против внедрения практики самостоятельного применения препаратов заместительной поддерживающей терапии, указывая на значительный риск как злоупотребления препаратами, так и их утечки на незаконный рынок. С целью получения одобрения Министерства внутренних дел в течение примерно года предпринимались активные усилия по информированию и просвещению сотрудников МВД и населения о реализации программ заместительной поддерживающей терапии, опыте выдачи препаратов для самостоятельного применения в других странах, подходах и мерах по предупреждению злоупотреблений и организации тесного и эффективного сотрудничества между учреждениями здравоохранения и правоохранительными органами.

В начале 2016 года вступили в силу изменения в нормативную базу, позволившие выдавать стабильным пациентам препараты заместительной поддерживающей терапии при условии соблюдения определенных критериев (т.е. нахождение в программе заместительной поддерживающей терапии не менее полугода, отсутствие нарушений правил участия в программе, отказ от использования других психоактивных веществ, что подтверждается результатами ежемесячных анализов в течение шести месяцев подряд).

В начале 2018 года 64,7% и 33,5% пациентов, находившихся на терапии бупренорфином и метадоном, соответственно, получали препараты для самостоятельного применения в течение до 10 дней под необходимым контролем. В настоящее время в стране используются три модели самостоятельного применения препаратов заместительной поддерживающей терапии: (i) пациенты получают лекарства из местных лечебно-профилактических учреждений (преобладающая модель), (ii) стабильные пациенты с опиоидной зависимостью получают препараты в аптеках по рецепту и (iii) для пациентов, которые не могут посещать ЛПУ на ежедневной основе из-за проблем со здоровьем, обеспечивается доставка препаратов на дом.

Доказательства воздействия/ эффективности

Данные от 1 января 2018 года показывают, что процент пациентов, получающих препараты заместительной поддерживающей терапии (ЗПТ) для самостоятельного применения, различается в разных регионах страны. Практически все регионы Украины активно внедряют эту практику, но масштабы ее внедрения имеют значительные региональные вариации. Предполагалось, что государственное финансирование этой практики обеспечит непрерывность лечения уже существующих пациентов. Однако благодаря активной информационно-просветительской кампании были получены дополнительные финансовые средства, что позволило не только обеспечить непрерывность ЗПТ, но и расширить ее масштабы. Таким образом, в течение 2017-2018 годов эта программа будет расширена и охватит еще около 2000 человек, в результате чего число людей, получающих ЗПТ, увеличится на 20%. Внедрение практики выдачи препаратов ЗПТ для самостоятельного применения произошло неожиданно быстро, несмотря на то, что вначале сотрудники правоохранительных органов и даже некоторые работники здравоохранения высказывали опасения относительно ее правильности. В течение двух лет в Украине удалось не только внедрить практику выдачи препаратов ЗПТ для самостоятельного применения, но и значительно расширить эту практику, которая теперь охватывает 64,7% всех пациентов, получающих бупренорфин, и 33,5% всех пациентов, получающих метадон.

Бупренорфин:

В рамках всех 26 административно-территориальных единиц (АТЕ) Украины (24 области, город Киев

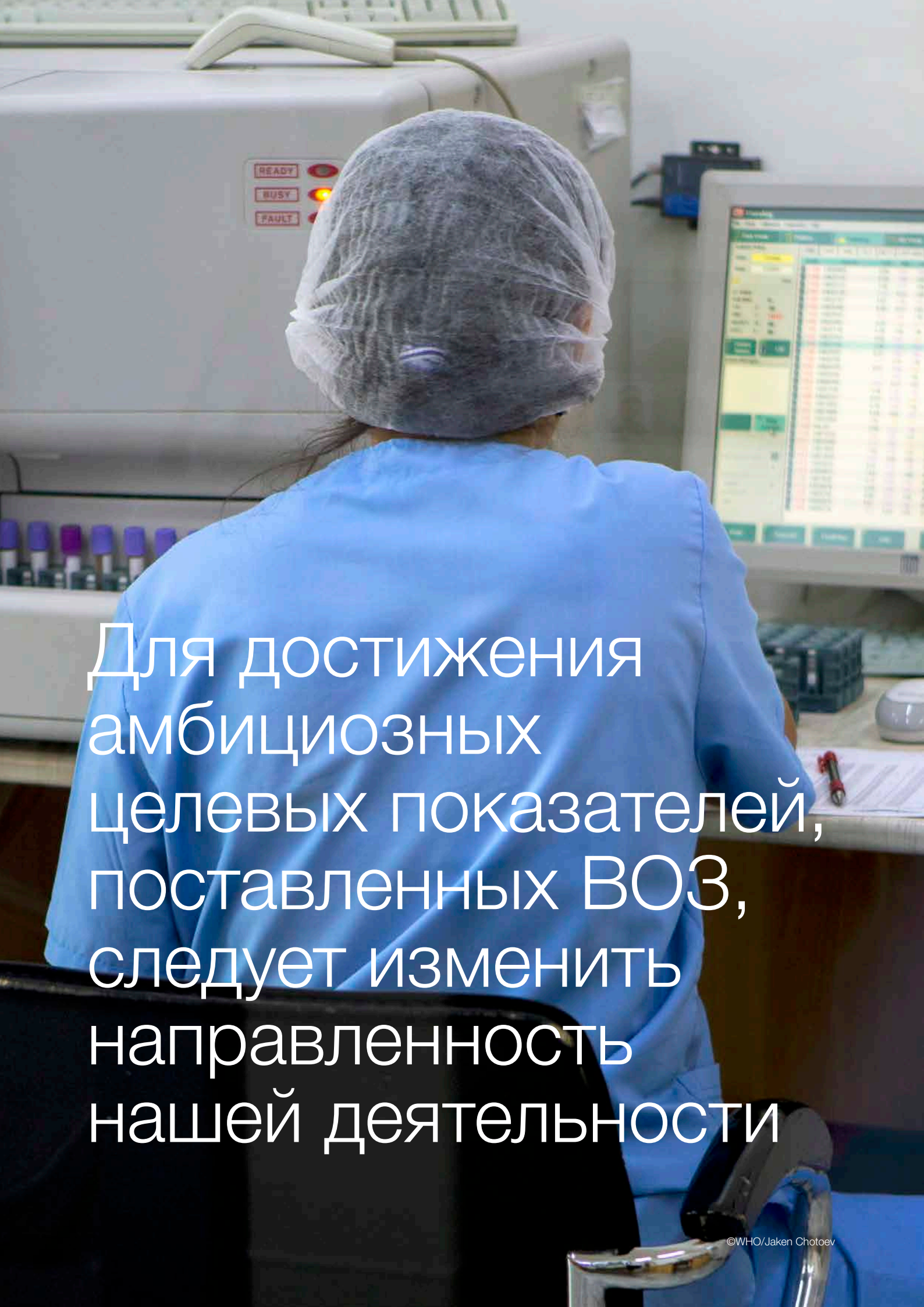
и Крым) 695 (64,7%) пациентов получают таблетки бупренорфина для самостоятельного применения. При этом в некоторых АТЕ уже достигнут или почти достигнут 100-процентный охват пациентов, в 13 АТЕ этот показатель превышает 50%, а в 9 АТЕ этот показатель все еще ниже 20%.

Метадон:

В рамках всех 26 административно-территориальных единиц (АТЕ) Украины (24 области, город Киев и Крым) 2984 (22,5%) пациента получают таблетки метадона для самостоятельного применения. Ни в одной АТЕ еще не достигнут 100-процентный охват пациентов, в 7 АТЕ этот показатель превышает 50%, а в 8 АТЕ этот показатель все еще ниже 20%.

Устойчивость

Внедрение и расширение практики выдачи препаратов ЗПТ для самостоятельного применения не требует дополнительных ресурсов со стороны международных доноров. Напротив, эта практика позволяет экономить ресурсы медицинских учреждений, тем самым снижая финансовое бремя государства по реализации программ снижения вреда. Учитывая широкую распространенность ВИЧ-инфекции среди ЛУИН в Украине, эта практика, основанная на финансировании из государственного бюджета, является своевременной и она может послужить для других государств-членов ВОЗ в регионе ВЕЦА убедительным примером, который следует учитывать при корректировке национальных программ и стратегий противодействия ВИЧ-инфекции в будущем.

A healthcare worker, seen from behind, is wearing a grey hairnet and light blue scrubs. They are seated at a desk in a laboratory or office environment. To their left is a piece of medical equipment with three indicator lights labeled 'READY', 'BUSY', and 'FAULT'. The 'BUSY' light is illuminated. In front of them is a computer monitor displaying a data-rich software interface with various colored cells and text. On the desk, there are also some papers and a red pen. The overall scene suggests a professional setting focused on data analysis or patient care.

Для достижения
амбициозных
целевых показателей,
поставленных ВОЗ,
следует изменить
направленность
нашей деятельности

СТРАТЕГИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ 5.

Инновации в целях ускорения мер противодействия ВИЧ-инфекции

ЕВРОПЕЙСКАЯ НЕДЕЛЯ ТЕСТИРОВАНИЯ. Региональная инициатива по пропаганде и продвижению тестирования на вирусный гепатит и ВИЧ

Фамилии и служебная принадлежность всех соавторов: Combs, Lauren¹ | Raben, Dorthe¹ | Collins, Ben² | Simões, Daniel³ | Von Lingen, Ann-Isabelle⁴ | Farrell, Jason⁵ | Pasanen, Sini⁶ | Dominković, Zoran⁷ | Kifetew, Chamut⁸ | Power, Lisa⁹ | Dedes, Nikos¹⁰ | James, Cary¹¹ | Noori, Teymur¹² | Dutarte, Maria¹³ | Daamen, Caroline¹² | Gogia, Marine⁴ | Begovac, Josip¹³ | Kovacs, Tudor¹⁴ | Van Montfoort, Tonni¹⁵ | Zakowicz, Anna¹⁶ | Delpech, Valerie¹⁷

¹Центр передового опыта в области здравоохранения, изучения иммунитета и борьбы с инфекциями (CHIP); ²международные партнерства по противодействию ВИЧ-инфекции; ³Grupo de Ativistas em Tratamentos; ⁴Европейская группа по лечению СПИДа; ⁵Correlation Network (Европейская сеть снижения вреда); ⁶Европа против СПИДа; ⁷Iskorak; ⁸Terrence Higgins Trust; ⁹HIV Justice Network; ¹⁰Позитивный голос; ¹¹Европейская неделя тестирования на ВИЧ и гепатит; ¹²Европейский центр профилактики и контроля заболеваний; ¹³Европейское клиническое общество по борьбе со СПИДом; ¹⁴Международная молодежно-студенческая организация лесбиянок, геев, бисексуалов, трансгендеров и интерсексуалов; ¹⁵Европейская сеть людей, употребляющих наркотики; ¹⁶Фонд борьбы со СПИДом; ¹⁷Министерство здравоохранения Англии

Общие сведения

Инициатива «ВИЧ в Европе» внесла важный вклад в работу европейской рабочей группы, которая в 2010 году предложила консенсусное определение термина «поздняя диагностика ВИЧ-инфекции» в целях содействия усилиям по изучению и решению этой проблемы посредством эпиднадзора и научных исследований (119). Это определение было быстро принято национальными органами эпиднадзора и международными организациями здравоохранения, такими как ВОЗ и ECDC, благодаря чему появилась возможность проводить сопоставления данных между странами, учреждениями здравоохранения и ключевыми группами риска. Вскоре стало очевидно, что, несмотря на улучшение в области тестирования и лечения ВИЧ-инфекции в Европе, в 2012 году около половины первые диагностированных случаев ВИЧ-инфекции выявлялись на поздней стадии инфекции (с числом клеток CD4 <350 клеток на мм³), включая 30% случаев с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции (количество CD4-лимфоцитов <200 клеток на мм³) (120). Этот факт послужил стимулом для проведения Европейской недели тестирования на ВИЧ и гепатит, которая должна была помочь привлечь внимание к важной роли тестирования на ВИЧ и тем самым способствовать снижению доли людей, живущих с недиагностированной ВИЧ-инфекцией, и доли случаев поздней диагностики ВИЧ-инфекции.

Описание передовой практики

Европейская неделя тестирования на гепатит и ВИЧ была запущена инициативой «ВИЧ в Европе» в 2013 году в качестве платформы для содействия повышению показателей тестирования и осведомленности людей о своем статусе в отношении ВИЧ-инфекции и/или гепатита (121). В 2018 году, в шестой раз для тестирования на ВИЧ и в четвертый раз для тестирования на гепатиты, Европейская неделя тестирования будет проходить с 23 по 30 ноября – с пилотной второй неделей тестирования в мае для поощрения деятельности по тестированию в течение всего года. Конечная цель Европейской недели тестирования на ВИЧ-гепатит состоит в повышении показателей тестирования и осведомленности людей о своем статусе в отношении ВИЧ-инфекции и/или гепатита и снижении показателей поздней диагностики путем информирования о преимуществах тестирования, поддержания постоянного диалога и усиления сотрудничества всех партнеров по противодействию ВИЧ-инфекции и гепатиту, чтобы:

- поощрять людей, которые могут подвергнуться риску заражения ВИЧ или гепатитом, пройти соответствующее тестирование;
- поощрять медицинских работников к тому, чтобы они предлагали пациентам пройти тестирование на ВИЧ и/или гепатит при оказании обычной

медицинской помощи в конкретных условиях (в соответствии с действующими европейскими руководствами);

- поддерживать и объединять организации для того, чтобы они расширяли масштабы тестирования на ВИЧ и гепатит и обменивались накопленным опытом на международном уровне;
- информировать государственные органы об индивидуальной, общественной и экономической пользе от инициатив по тестированию на ВИЧ и гепатит и о том, как следует проводить оценку эффективности работы служб тестирования;
- способствовать прекращению эпидемий ВИЧ-инфекции и гепатита путем предотвращения дальнейшей передачи инфекции посредством ранней диагностики и лечения.

Европейская неделя тестирования на ВИЧ и гепатит предоставляет партнерам по всей Европе уникальную возможность объединиться для повышения осведомленности населения о преимуществах тестирования на ВИЧ и гепатит. Европейская неделя опирается на три основные группы партнеров, которые помогают ей достичь поставленной цели: государственные органы, медицинские работники и ОГО. Эти партнеры могут заниматься профилактикой и лечением ВИЧ-инфекции и/или гепатита или работать с группами повышенного риска и они могут содействовать тому, чтобы оказание услуг тестирования на ВИЧ и гепатит и обеспечение своевременного доступа к лечению были включены в перечень национальных приоритетов.

Для участия в Европейской неделе тестирования на ВИЧ и гепатит организациям предлагается зарегистрироваться на соответствующем сайте. Организации, которые становятся участниками Европейской недели тестирования на ВИЧ/гепатит, сообщают о том, какие именно меры они намерены принять для содействия увеличению доли людей, знающих свой статус в отношении ВИЧ-инфекции и/или гепатита. Для тех, кто регистрируется в качестве участника Недели тестирования, не существует минимальных требований, и только от участников зависит, как именно они будут проводить местную кампанию тестирования. Некоторые возможные мероприятия включают следующие: организация событий, посвященных неделе

тестирования, повышение уровня осведомленности ключевых групп населения относительно важности тестирования на ВИЧ и/или гепатит, лоббирование с целью улучшения доступа населения к тестированию на ВИЧ и/или гепатит, побуждение других организаций к тому, чтобы они стали участниками Недели, а также создание списка тех мест и учреждений в стране, где люди могут пройти бесплатное, конфиденциальное и добровольное тестирование на ВИЧ и/или гепатит. После завершения Европейской недели тестирования на ВИЧ и гепатит всем зарегистрированным участникам предлагается пройти онлайн-опрос.

К сожалению, не все страны проводят политику обеспечения своевременного доступа к бесплатному уходу и лечению для людей с положительным результатом теста на ВИЧ и/или гепатит. Европейская неделя тестирования на ВИЧ/гепатит служит для участвующих партнеров хорошим средством поддержки в их усилиях по лоббированию правительственных органов с целью разработки и реализации политики здравоохранения, соответствующих европейским руководствам, включая меры по обеспечению доступности лечения. В 2017 году Европейская неделя тестирования на ВИЧ/гепатит поддержала совместное заявление, разработанное альянсом ключевых и наиболее уязвимых групп населения и региональных групп и объединений, призывающих организации, лечебно-профилактические учреждения, медработников и политиков обеспечить для всех людей доступность эффективных, всеобъемлющих, основанных на правах человека, безопасных, анонимных и добровольных услуг тестирования на ВИЧ и гепатит, что будет способствовать своевременной постановке диагноза и раннему взятию на диспансерное наблюдение и лечение. Кроме того, за период, прошедший с проведения первой Европейской недели тестирования на ВИЧ/гепатит, в ее рамках была создана общественная платформа в социальных сетях для партнеров-участников, способствующая их взаимодействию на международном уровне. Большинство участников Европейской недели тестирования на ВИЧ/гепатит используют социальные сети для продвижения соответствующих мероприятий и услуг; однако участники сообщают, что они также используют социальные сети для пропаганды пользы тестирования, распространения информации о мероприятиях Недели тестирования, проводимых

аффилированными организациями и взаимодействия с местными и международными сообществами.

Доказательства воздействия/эффективности

Ежегодная оценка Европейской недели тестирования на ВИЧ/гепатит, основанная на статистических данных и отзывах партнеров-исполнителей, фокусируется на количественном измерении того вклада, который платформа Недели тестирования и связанные с ней материалы вносит в содействие расширению доступа к тестированию на местном уровне. Кроме того, было подготовлено досье фактических данных по ВИЧ-инфекции и гепатиту, чтобы помочь организациям лоббировать, организовывать и оценивать свою деятельность по тестированию. Массив фактических данных регулярно обновляется, чтобы включать в него новую информацию о ситуации с ВИЧ-инфекцией и гепатитом в странах Европы в дополнение к инструкциям о том, как партнеры могут найти и добавить местные и страновые эпидемиологические данные, чтобы обеспечить привязку данных к местному контексту.

В рамках Европейской недели тестирования на ВИЧ/гепатит и в партнерстве с NAM Aidsmap (122) и ECDC был создан Европейский поисковик центров тестирования (European Test Finder) (123), с помощью которого пользователи могут найти ближайший центр тестирования, где они могут пройти

тестирование на ВИЧ, гепатит и ИППП. Цель этого проекта заключалась в повышении видимости тестирования и в расширении доступа к информации о том, где найти центры тестирования. В 2017 году поисковая система Test Finder была доступна в 44 странах Европы и переведена на 16 языков.

В 2017 году количество зарегистрированных участников недели тестирования составило 640 организаций-партнеров, большинство из которых были из стран Западной Европы (см. рис. 41). Большинство организаций из категории «Другие» были многонациональными.

Кроме того, подавляющее большинство людей, заполнивших анкету по оценке недели тестирования, сообщают о том, что по ориентировочным данным за 2015-2017 годы в течение недели тестирования показатели тестирования были по крайней мере на 50% выше по сравнению с показателями тестирования в другие недели года (рис. 42).

Респондентов оценочного опроса также спрашивают, уделяют ли они особое внимание конкретным группам населения в рамках своей деятельности в течение недели тестирования. Подавляющее большинство респондентов отвечали, что проводимые мероприятия были нацелены на население в целом, МСМ и молодежь. Однако некоторые респонденты также сообщают о повышении числа мероприятий, нацеленных на пациентов с ИППП, иммигрантов из

Рис. 41. Географическое распределение участников Европейской недели тестирования на ВИЧ/гепатит по частям Европейского региона ВОЗ (Запад, Центр и Восток)

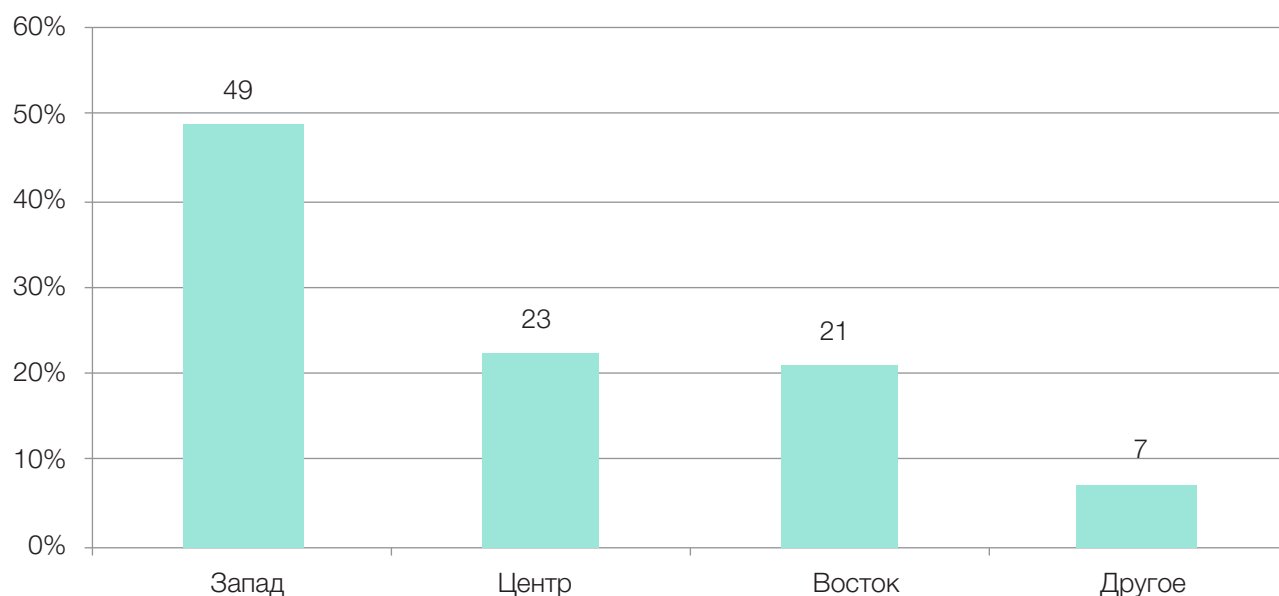


Рис. 42. Ориентировочное увеличение показателей тестирования не менее чем на 50% (2015-2017 гг.)

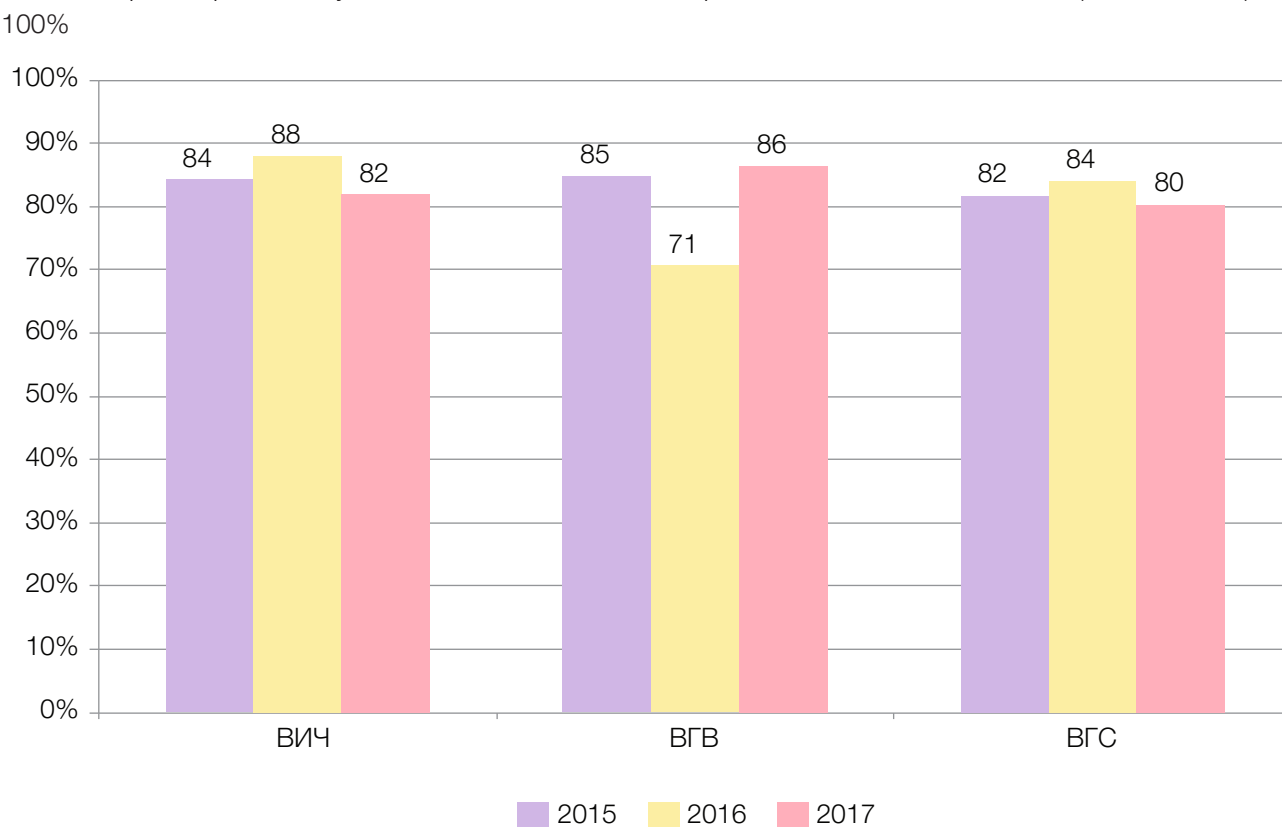
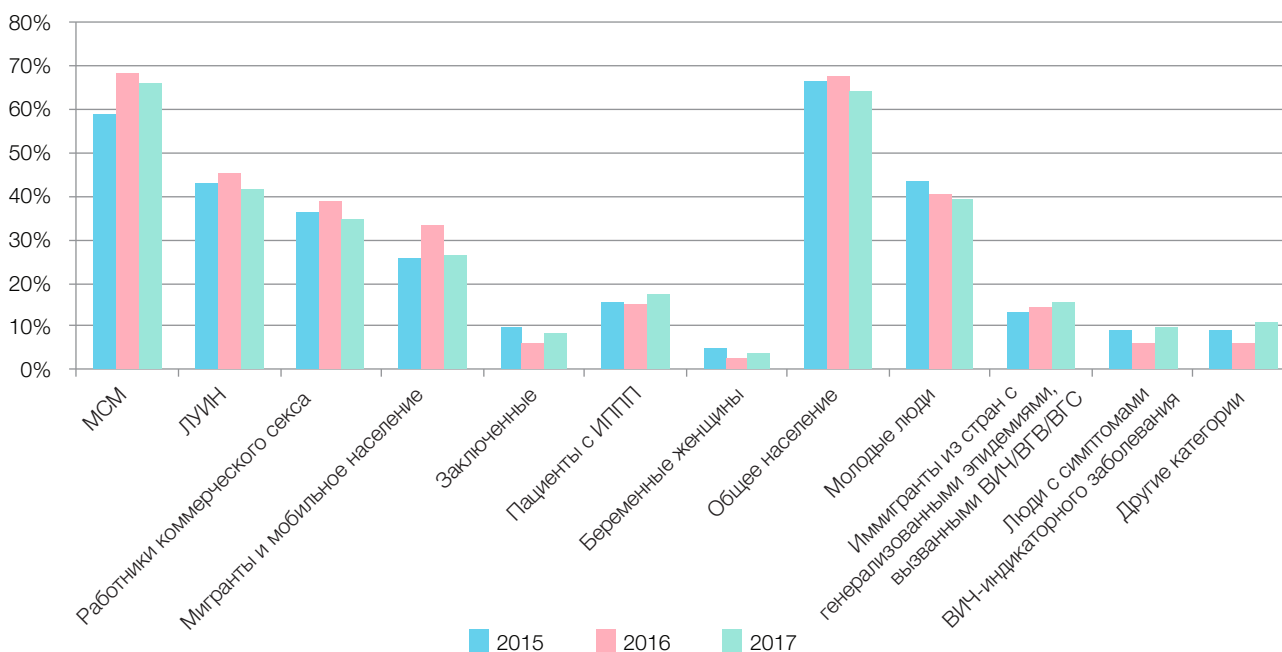


Рис. 43. Группы населения, на которые прежде всего направлены мероприятия Европейской недели тестирования на ВИЧ/гепатит, 2015-2017 гг.



стран с генерализованной эпидемией ВИЧ/ВГВ/ВГС и на людей с индикаторными состояниями (рис. 43).

В период с 2015 года, когда гепатит был включен в число ключевых приоритетов, количество участников недели, осуществляющих комплексное тестирование на ВИЧ/ВГВ/ВГС, также растет.

Устойчивость

Инициатива «ВИЧ в Европе» принимает активные усилия для мобилизации финансовых ресурсов, необходимых для устойчивого функционирования платформы (поддержание веб-страницы, сбор и анализ материалов, координация действий различных партнеров), в том числе путем изыскания поддержки со стороны частных спонсоров. К сожалению, инициатива «ВИЧ в Европе» не в состоянии оказать какую-либо прямую финансовую поддержку участвующим партнерам. Это означает, что и тестирование, и пропагандистская деятельность должны осуществляться за счет собственных ресурсов участников. Инициатива «Европейская неделя тестирования на ВИЧ/гепатит» поддерживает участников, предлагая им ряд типовых материалов, идей по организации услуг тестирования, платформу для обмена опытом, а также сжатую подборку фактических данных и европейских руководств по

тестированию на ВИЧ и гепатит. В частности, в методическом пособии 1 (Toolkit 1) приведены рекомендации о том, как организации могут привлекать финансовые средства для своей деятельности посредством получения грантов фармацевтических компаний или местных доверительных фондов, установления партнерских отношений с местными органами здравоохранения и/или местного самоуправления, расширения сотрудничества с НПО и проведения местных мероприятий по сбору финансовых средств (рис. 44). Кроме того, вышеуказанное методическое пособие содержит рекомендации по подготовке заявок на финансирование и предложений, направляемых потенциальным донорам. С ними можно ознакомиться на веб-странице «Материалы» на сайте Европейской недели тестирования на ВИЧ/гепатит (124). Со временем Европейская неделя тестирования на ВИЧ/гепатит приобрела статус международно признанного мероприятия, проведения которого многие люди каждый год ждут с нетерпением. Неделя тестирования будет и далее проводиться каждый год с целью поощрения тестирования, повышения осведомленности людей о серостатусе и сокращения случаев поздней диагностики, что значительно затрудняет работу по противодействию ВИЧ-инфекции в Европейском регионе ВОЗ.

Рис. 44. Пункт Су, Движение «AIDS Solidarity», Кипр.



©Logan Bellew

ГЕРМАНИЯ. Давайте поговорим о сексе: профилактика ВИЧ/ИППП в рамках медицинской практики

Фамилии и служебная принадлежность всех соавторов: Leibnitz, Mirja | Taubert, Steffen

Deutsche AIDS-Hilfe

Общие сведения

По оценкам Института Роберта Коха, на конец 2016 года 12 700 ВИЧ-инфицированных жителей Германии не знали о своей инфекции. В Германии около половины всех новых случаев ВИЧ-инфекции диагностируются на поздней стадии.³⁰ Среднее время между заражением ВИЧ и постановкой диагноза ВИЧ-инфекции составляет около пяти лет среди MSM и от шести до семи лет среди гетеросексуалов. По сравнению с MSM, вероятность поздней постановки диагноза значительно выше среди мигрантов (отношение шансов (ОШ) 2,93; 95% доверительный интервал (ДИ) 2,2–3,9), гетеросексуалов (ОШ 1,51; 95% ДИ 1,16–1,97) и пациентов с неизвестным риском заражения ВИЧ (ОШ 2,16; 95% ДИ 1,69– 2,77) (125).

Выявление ВИЧ-инфекции может быть затруднено, поскольку проявления острой и хронической инфекции значительно различаются. Для своевременной диагностики ВИЧ-инфекции и других ИППП крайне важно, чтобы врачи относились к вопросам сексуальности и сексуального здоровья с непредвзятым отношением, что способствует созданию доверительных отношений со всеми пациентами и людьми, живущими с ВИЧ. Только в таком случае пациенты будут открыто сообщать о рисках, связанных с ВИЧ-инфекцией и другими ИППП, которым они подвергаются, что позволяет проводить соответствующие тесты для выявления возможного заболевания. Однако, многие врачи не чувствуют себя достаточно подготовленными для этой формы работы и коммуникации (126–128). Кроме того, некорректная реакция специалистов на эти заболевания может открыть путь к дискриминации в отношении соответствующих пациентов в больницах и других медицинских учреждениях.³¹

Описание передовой практики

³⁰ Определяется как наличие у пациента количества клеток CD4 <350 на мм³ или клинического СПИДа (событие, относящееся к категории С по классификации CDC) на момент первого зарегистрированного положительного теста на ВИЧ.

³¹ Согласно опросу 2012 года, проведенному среди ВИЧ-инфицированных в год, предшествующий опросу, 19% респондентов было отказано в необходимом лечении по причине их ВИЧ-инфекции.

Открытое и доброжелательное обсуждение вопросов сексуальности, рисков заражения и путей передачи инфекции – это важнейшее условие своевременной диагностики ИППП, однако многие врачи не прошли надлежащую подготовку в этой области. Эта программа развития коммуникативных навыков врачей и студентов-медиков направлена на восполнение этого пробела и противодействие дискриминации и стигматизации в отношении MSM (особенно ВИЧ-инфицированных), РКС и их клиентов, а также других маргинализированных групп.

Немецкая организация по оказанию помощи при СПИДе (Deutsche AIDS-Hilfe) в сотрудничестве с национальными экспертами, представляющими ключевые национальные организации и учреждения, разработала программу непрерывного медицинского образования врачей (129); впоследствии по этой программе также стали обучать студентов-медиков в университетах и других высших учебных заведениях.

Данная образовательная программа разработана для достижения следующих целей:

- установление и улучшение контактов между врачом и пациентом по вопросам сексуальности и половой жизни;
- улучшение понимания условий жизни людей, живущих с ВИЧ, в целях противодействия стигматизации и дискриминации в секторе общественного здравоохранения; и
- содействие сотрудничеству врачей с местными организациями по оказанию услуг, связанных с ВИЧ/СПИДом, и с другими соответствующими консультативными центрами.

Образовательная программа включает следующие разделы:

- теоретическое и практическое обучение методикам получения от пациентов сведений об

особенностях их сексуальной жизни, повышающих риск заражения ВИЧ/ИППП;

- методы выявления причин низкой эффективности общения врача с пациентом и устранения этих причин;
- анализ накопленных клинических знаний, особенно в отношении диагностики и путей передачи ВИЧ и ИППП (сифилис, гонорея, хламидиоз, гепатит А и В, ВПЧ), когда это необходимо;
- описание и анализ (в легкой для понимания форме) условий жизни ЛЖВ и групп людей, на которых должны быть направлены меры профилактики ВИЧ-инфекции и ИППП; и
- описание и анализ различных форм дискриминации (особенно в сфере в рамках системы здравоохранения).

Методы

Семинары для врачей предлагаются организаторам кружков повышения квалификации в качестве внутриучрежденческого обучения или в связи с проведением дней общей практики (регулярные региональные совещания врачей), конгрессов или других форм обучения на уровне больниц и других медицинских учреждений.

Обычная продолжительность семинаров составляет от полутора до четырех часов. Семинары включают теоретический модуль дополнительного образования, посвященный диагностике ВИЧ-инфекции и ИППП, и практический модуль, посвященный методам получения информации об анамнезе половой жизни и особенностях сексуальности конкретного пациента. По запросу в программу обучения могут быть включены дополнительные модули, такие как сообщение пациентам результатов обследования, рассмотрение чисто женских вопросов, половая жизнь и сексуальность в условиях постарения населения, модели оказания помощи ЛЖВ в условиях обычной медицинской практики. Интерактивные семинары на тему химического секса включают упражнения и ролевые игры в небольших группах и дают участникам возможность обсудить личные отношения, например, к таким морально спорным темам, как распушенность или необычные сексуальные практики. Врачи и студенты-медики знакомятся с различными моделями образа жизни людей

с помощью арбитров и тренеров из числа ЛГБТ. По возможности, на такие семинары приглашают ВИЧ-инфицированных людей, чтобы участники могли напрямую ознакомиться с жизненным опытом ЛЖВ.

Масштабы и динамика проекта

Проект стартовал в 2010 году с проведения первого семинара для врачей. С тех пор общее количество проведенных семинаров достигло 131. В каждом семинаре участвует в среднем 14 врачей, в результате чего общее количество участников таких семинаров в Германии уже составило 1833. Наибольшей популярностью эти семинары пользуются среди врачей общей практики и гинекологов.

В медицинских университетах Charité городов Берлин, Франкфурт-на-Майне и Любек в период с 2012 по 2017 год было проведено в общей сложности восемь учебных курсов для 70 преподавателей. Благодаря знаниям, приобретенным на таких учебных курсах, преподаватели смогли использовать этот модуль обучения. В настоящее время такое обучение продолжительностью от одного до трех часов проводится в этих трех университетах в качестве обязательного. Однодневный семинар (восемь семестровых часов) был проведен в университетах Кельна, Дрездена, Эссена, Фрайбурга, Лейпцига, Майнца, Мюнхена, Мюнстера, Росток и Виттена/Хердеке. Общий охват студентов-медиков в период 2013-2017 годов составил не менее 2800 человек.

Доказательства воздействия/эффективности

Оценка семинаров для врачей с помощью анкеты, заполняемой в конце семинара, показывает высокий уровень удовлетворенности среди его участников. Кроме того, участники считают, что такое обучение является очень полезным с практической точки зрения. Всего было возвращено 1213 анкет, что эквивалентно 72% респондентов; 95% респондентов оценили семинар как очень полезный или в основном полезный для их работы. Средняя оценка компетентности и способности преподавателей объяснить все материалы курса составляет 1,2 [шкала от 1 (очень хорошо) до 5 (плохо)].

Средний общий рейтинг обучения составляет 1,37 (за период с октября 2010 года по декабрь 2017 года).

Результаты качественной оценки проекта показывают эффективность и необходимость коммуникации между врачом и пациентом по вопросам сексуальности, сексуальных практик и путей передачи инфекции для улучшения показателей своевременной диагностики, лечения и профилактики. Хотя сопоставимых данных не имеется, отзывы участников семинара свидетельствуют о явном повышении уровня их знаний и их готовности проводить тестирование на ВИЧ/ИППП и совершенствовать навыки коммуникации с пациентами по вопросам сексуальности и сексуальных практик.

Регулярно проводимые оценки однодневных семинаров в медицинских вузах и университетах показали, что средний рейтинг преподавателей составил 1,1, а семинаров в целом – 1,2 балла (по шкале от 1 (очень хорошо) до 5 баллов (плохо)). Особенно хорошо участники отзывались о таких элементах обучения, как интерактивные ролевые игры, упражнения и дискуссии, правильный баланс теоретического и практического обучения, атмосфера открытого диалога и обсуждение вопросов сексуальности, которые мало или вообще не обсуждаются в процессе обучения врачей. Многие студенты-медики специально просили дать им более обширные/подробные учебные модули по этой теме, а также провести более углубленное обучение о методиках сбора анамнеза половой жизни. На ежегодной конференции Немецкой ассоциации медицинского образования 23 сентября 2017 года этот образовательный модуль для университетов был признан «самым убедительным вкладом в непосредственное улучшение медицинской помощи, оказываемой пациентам».

Устойчивость

Разработка, внедрение, расширение и продолжение процесса проведения рабочих совещаний и семинаров стало возможным только благодаря плодотворному сотрудничеству и партнерству с экспертами из Deutsche Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter (Немецкая ассоциация практических врачей в области лечения ВИЧ-инфицированных пациентов), Deutsche STI-Gesellschaft (Немецкое общество по противодействию ИППП), Deutsche AIDS Gesellschaft (Немецкое общество по СПИДу), Немецкой сети экспертов по противодействию ВИЧ-инфекции и СПИДу, Федерального центра просвещения по вопросам здоровья и Немецкой организации по оказанию помощи при СПИДе (Deutsche AIDS-Hilfe). В настоящее время финансовая поддержка со стороны Федерального центра просвещения по вопросам здоровья и частной Ассоциации медицинского страхования (Verband der Privaten Krankenversicherung), которая является основным донором, позволяет проводить все семинары бесплатно. Финансовая устойчивость системы обучения врачей коммуникативным навыкам в перспективе на будущее может быть достигнута путем взимания платы с участников семинаров. Модуль семинаров для студентов был включен в учебные программы ряда университетов по всей Германии, и ожидается, что еще большее число университетов будут использовать его в рамках своих учебных программ. Это обеспечивает дальнейшее сохранение этой практики обучения на университетском уровне. Кроме того, семинарские занятия по данному учебному модулю для студентов были включены в примеры напередовой практики (Longkomm Toolbox) проекта по разработке национальной программы обучения навыкам продольной коммуникации в медицинских вузах (130).

ГЕРМАНИЯ. Ваше здоровье – ваша вера. Профилактика ВИЧ-инфекции среди африканских религиозных общин в Германии

Фамилии и служебная принадлежность всех соавторов: Gangarova, Tanja | von Unger, Hella | Petry Kababiito, Lillian | Petry, Manfred | Kazadi, Pastor Paul | Biaggiocy Ennin, Pastor Jim

Deutsche AIDS-Hilfe

Общие сведения

В Германии мигранты в непропорционально большой степени страдают от ВИЧ/СПИДа, так как примерно каждый третий новый диагноз ВИЧ-инфекции ставится некоренным жителям (131). Более

половины новых случаев ВИЧ-инфекции среди мигрантов в Германии приходится на людей, приехавших из стран Африки к югу от Сахары. Поскольку инфицирование происходит не только в странах происхождения, но и в Германии, услуги по

профилактике ВИЧ-инфекции должны быть лучше приспособлены к потребностям мигрантов. На сегодняшний день эти группы и общины, в которых они проживают, принимают лишь минимальное участие в мероприятиях по профилактике ВИЧ-инфекции и в соответствующих научных исследованиях. Проводимые на базе общин исследования на основе широкого участия являются ценным инструментом для наращивания потенциала и создания условий, позволяющих общинам мигрантов приобретать знания, необходимые для профилактики ВИЧ-инфицирования и укрепления здоровья в рамках своих (религиозных) общин.

Описание передовой практики

Проект «Ваше здоровье – ваша вера» на 2016-2018 годы – это трехлетнее исследование, основанное на широком участии населения, целью которого является расширение участия африканских религиозных общин в изучении и профилактике ВИЧ-инфекции. Данный проект осуществляется Национальной СПИД-сервисной организацией в сотрудничестве с партнерами из различных африканских общин, африканскими пасторами, СПИД-сервисными организациями³² и исследователями из Института социологии Мюнхенского университета Людвиг Максимилиана.

Участники проекта проходят обучение и получают поддержку в пяти городах Германии. Для африканских пасторов были проведены тренинги по профилактике ВИЧ-инфекции и теперь они могут давать профилактические рекомендации в рамках церковных церемоний без внешней поддержки. Пасторы, участвующие в проекте, обучают других африканских пасторов, желающих заняться деятельностью в этой области. Тренинги охватывают две темы: Знания и методы, связанные с ВИЧ-инфекцией, то есть, как можно использовать Библию в защиту здоровья людей, посещающих африканские церкви. Идея заключается в том, чтобы расширить возможности африканских пасторов и дать им возможность распространять информацию о ВИЧ-инфекции, а также побудить их взять на себя большую долю ответственности за здоровье своих общин. В каждом городе были созданы группы африканских активистов, африканских пасторов и СПИД-сервисных организаций. Вместе они разработали концепцию включения профилактических

рекомендаций в церковную работу, а также подготовили для мобильной театральной группы несколько сценариев спектаклей. В Библии были найдены те части текста, которые позволяют африканским ключевым лицам или пастору делать профилактические рекомендации, например:

- "Мой народ уничтожен из-за недостатка знаний», книга пророка Осии 4:6 (знание поможет нам защитить себя от ВИЧ); и
- "Возлюби ближнего своего, как самого себя» Ев. от Марка гл. 12:30-31. Новая международная версия, Ев. от Матфея гл. 22:39 (солидарность с ВИЧ-позитивными людьми – это воля Божья).

Основные продвигаемые идеи:

- пройдите тестирование! (выявление ВИЧ-инфекции на поздней стадии является распространенной проблемой в таких немецких общинах);
- принимайте таблетки, когда вы больны! (некоторые африканцы, живущие с ВИЧ, не начинают АРТ, потому что верят, что Бог (или молитва) исцелит их); и
- будьте солидарны с ВИЧ-позитивными людьми (не осуждайте и не избегайте их).

В рамках мероприятий, проводимых в церкви, пастор произносит проповедь. После этого состоится открытая дискуссия. Представители СПИД-сервисных организаций или органов общественного здравоохранения также участвуют в обсуждении. Мобильная театральная группа является частью проекта и любая организация или церковь может пригласить ее провести спектакль. Такие спектакли посвящены темам, связанным с ВИЧ-инфекцией. Интерактивный подход пасторов и использование вспомогательных театральных методов профилактики продемонстрировали свою эффективность. Кроме того, театральные представления позволяют затрагивать табуированные темы, такие как ВИЧ/СПИД.

Проект направлен на то, чтобы включить услуги по профилактике ВИЧ-инфекции среди мигрантов (и в сотрудничестве с ними) в более широкую модель укрепления здоровья населения, так как

³² Aidshilfe Saarbrücken, AIDS-Hilfe Hamburg, Aidshilfe Düsseldorf и органы и центры здравоохранения в Берлине и Бремене.

ВИЧ/СПИД обычно не является единственной или наиболее важной проблемой здравоохранения в общинах. Вероятность вызвать интерес и начать разговор возрастает тогда, когда главной заботой организаторов мероприятий является содействие благополучию мигрантов, независимо от того, идет ли речь о ВИЧ/СПИДе или о более широких вопросах. Полезным подходом оказалось включение вопросов профилактики ВИЧ-инфекции в такие виды деятельности, как укрепление здоровья, охрана здоровья женщин и молодежи, консультирование по вопросам беременности и распространение информации о доступе к системе здравоохранения. Реализация дальнейших мероприятий, включая подготовку видеороликов, брошюр и других материалов для африканских пасторов и общин запланирована на 2018 год.

По мнению организаторов проекта, такие чувствительные темы, как ВИЧ/СПИД, должны рассматриваться в надлежащей форме, особенно в церковных условиях. Какие формы работы будут наиболее уместными, конечно же, зависит от конкретной ситуации, контекста и участвующих лиц. В этом процессе важно найти правильный баланс между уважительным общением и преодолением табу. Межкультурная коммуникация не должна способствовать замалчиванию и стигматизации; напротив, она должна способствовать как обсуждению проблем, связанных с ВИЧ-инфекцией, так и преодолению стигмы.

Профилактика ВИЧ-инфекции в рамках религиозных общин возможна и перспективна. В 2016-2017 годах в различных африканских церквях было проведено 30 многоязычных мероприятий, охватывающих около 3000 человек. Сообщается, что число африканских клиентов, пользующихся услугами СПИД-сервисных организаций в городах, участвующих в проекте, увеличивается.

После каждого мероприятия, организованного в церкви, проводится его оценка. Пастор, соответствующая СПИД-сервисная организация и организация мигрантов готовят совместный доклад, который предоставляется Национальной СПИД-сервисной организации. Кроме того, каждые шесть месяцев в Берлине проводятся совещания по оценке мероприятий, проведенных в разных частях страны. Результаты первого этапа проекта были оценены на основе широкого участия и с

учетом конкретных обстоятельств, а на основе выводов оценки были разработаны стандарты качества профилактических мероприятий в африканских церквях.

Показатели успеха деятельности включают:

- контакт с африканской церковью устанавливается через члена африканского сообщества/ключевого специалиста, прошедшего обучение по профилактике ВИЧ-инфекции;
- мероприятие планируется совместно (с участием африканской церкви, африканского ВИЧ-активиста/ключевого лица и представителя немецкой НПО, занимающейся профилактикой ВИЧ-инфекции, или местного органа здравоохранения);
- мероприятие проводится в церкви и подлежит документальному оформлению;
- организаторы и участники оценивают мероприятие как позитивное;
- ожидается, что партнерство будет продолжено и что в его рамках будут запланированы дополнительные мероприятия.

Желающие могут получить видеоролик о проекте (на немецком языке) (132).

Доказательства воздействия/ эффективности

Установлены контакты в пяти городах, совместно запланировано, проведено и документально оформлено 30 мероприятий. В ходе оценок (устных и письменных) подавляющее большинство мероприятий было сочтено успешными. Лишь в одном или двух случаях возникли некоторые проблемы, но после их рассмотрения был сделан вывод, что их можно устранить путем проведения последующих совещаний. Проект получил запросы от других африканских церквей и пасторов в Германии, которые выразили готовность принять участие в проекте. Однако существуют определенные ограничения в отношении степени сотрудничества между африканскими церквями и СПИД-сервисными организациями. Так, например, социальные работники не всегда могут принимать участие в мероприятиях в выходные дни, распространение презервативов в церковных учреждениях запрещено, а за организацию,

проведение и оценку мероприятий в африканских церквях должна быть предусмотрена определенная финансовая компенсация. В настоящее время готовится сводный отчет по реализации проекта, который будет опубликован в целях распространения знаний, полученных в рамках проекта, и информирования о том, что этот проект доступен и полезен для других сторон, например, для СПИД-сервисных организаций, других африканских пасторов и заинтересованных африканских общин. В этом отчете будут обобщены используемые методы, ключевые положения, извлеченные уроки и так далее.

Устойчивость

Уже на этапе разработки проекта «Ваше здоровье – ваша вера» обеспечение его долгосрочной устойчивости было одной из ключевых составляющих этой инициативы. На местах предпринимаются активные

усилия по обеспечению того, чтобы успехи проекта могли использоваться и использовались в более широком масштабе, например, посредством развития и стабилизации соответствующих структур и сетей (сотрудничество между африканскими церквями, СПИД-сервисными организациями и добровольными организациями мигрантов). Эти сети и структуры будут существовать и после завершения проекта и они могут быть использованы для дальнейшего развития мер профилактики ВИЧ-инфекции в интересах африканских общин и совместно с ними. Информация о проекте была предоставлена местным властям в каждом из участвующих городов, включая Берлин и Эссен, для обеспечения устойчивого финансирования на муниципальном уровне после завершения общенационального модельного проекта.

НИДЕРЛАНДЫ. Инициатива «4mezelf.nl» – помощь через Интернет в сфере сексуального здоровья для поддержки МСМ непосредственно после постановки диагноза ВИЧ-инфекции

Фамилии и служебная принадлежность всех соавторов: Heijman, Titia | Davidovich, Udi

Служба общественного здравоохранения Амстердама

Общие сведения

Мужчины, которым только что был поставлен диагноз ВИЧ-инфекции, испытывают особые потребности, связанные с адаптацией к новым реалиям их жизни. Один из важных аспектов такой адаптации – это охрана и поддержание сексуального здоровья. МСМ с недавно диагностированной ВИЧ-инфекцией нужно найти способы адаптации к тем новым и очень разнообразным последствиям для их половой жизни, обусловленным их ВИЧ-положительным статусом. В частности, перед ними встает целый ряд новых вопросов, относящихся к ВИЧ-инфекции и ее лечению, самооценке, представлениям о своей привлекательности, романтической привязанности к другим людям, будущим (сексуальным) отношениям, раскрытием своего ВИЧ-статуса, риску ИППП на фоне ВИЧ-инфекции, необходимости приобретения новых знаний о сложных аспектах терапии и безопасного сексуального поведения в эпоху применения АРТ, а также множество других вопросов. Формальные механизмы взаимодействия с врачами, включая медиализацию ряда социальных процессов, не совсем подходят или

желательны для МСМ с недавно диагностированной ВИЧ-инфекцией.

Описание передовой практики

Был создан сайт, где обсуждаются многие из вопросов, которые нужно решать МСМ с недавно (менее одного года) поставленным диагнозом ВИЧ-инфекции, уделяя особое внимание различным аспектам сексуального здоровья (см. рис. 45). Интернет обеспечивает безопасную среду и низкопороговый доступ к услугам, которые помогают МСМ обсуждать и решать многие чувствительные вопросы. Как показали предыдущие исследования, такая дистанционная конфиденциальность и безопасность может помочь МСМ обратиться за медицинской помощью и раскрыть свой ВИЧ-положительный статус. В период эмоциональных потрясений, которые часто наблюдаются после постановки диагноза ВИЧ-инфекции, пользователи могут извлечь выгоду из того, что они могут получать помощь в своем темпе, в комфорте своего дома или выбранного ими места и с минимальным раскрытием своего ВИЧ-статуса третьим лицам или незнакомым людям даже тогда, когда они являются медицинскими работниками. Кроме

того, интернет облегчает предложение модулей услуг на индивидуальной основе и с учетом конкретного контекста. На сайте сохраняется память о действиях пользователя в системе, и при повторном посещении сайта пользователи сразу же попадают в ту часть сайта, где они были в предыдущее посещение. Однако при необходимости пользователи могут найти всю нужную им информацию в течение одного посещения сайта.

Рис. 45. 4mezelf advert. ©GGD Amsterdam



4mezelf

steun voor als je nét weet dat je hiv hebt.

Over 4mezelf.nl
De website richt zich op emotionele ondersteuning en seksuele gezondheid na de hiv diagnose.

www.4mezelf.nl

Een initiatief van de GGD Amsterdam in samenwerking met de Hiv Vereniging Nederland, Soa Aids Nederland, Hiv specialisten en consulenten.

Содержание модулей оказания услуг основано на результатах формативного качественного исследования, проведенного ранее для этого проекта среди МСМ с недавно диагностированной ВИЧ-инфекцией (133). Контент сайта построен по модели поведенческих изменений «информация – мотивация – поведенческие навыки», разработанной Fisher и Fisher. Сайт был запущен в марте 2013 года и в настоящее время он продолжает работать.

Доказательства воздействия/ эффективности

К январю 2014 года этот сайт посетили 1535 человек, а общее количество посещений составило

2587. С сентября по январь 2014 года количество посетителей составляло около 200 человек в месяц. В этот же период около 120 МСМ с диагнозом ВИЧ-инфекции посетили этот сайт и активно пользовались его возможностями. Около 72 из этих МСМ сообщили, что диагноз ВИЧ-инфекции им был поставлен недавно. Поскольку сайт обслуживает лишь ограниченное число мужчин (по оценкам, 300 в год), информация о нем в основном распространялась в Нидерландах через медицинские учреждения, специализирующиеся на лечении и профилактике ИППП и ВИЧ-инфекции. Сайт «4mezelf advert» был внедрен в работу центра лечения и профилактики ИППП службы здравоохранения Амстердама в марте 2013 года, а в августе 2013 года он был предложен для использования в качестве дополнительного инструмента помощи другим медицинским учреждениям, специализирующимся на лечении и профилактике ИППП и ВИЧ-инфекции в Нидерландах.

Была разработана и издана специальная брошюра, распространяемая медсестрами или врачами, которые непосредственно контактируют с человеком, принадлежащим к группе МСМ с недавно диагностированной ВИЧ-инфекцией. После проведения в 2014 году оценки сайта на предмет удобства пользования и приемлемости, доступ на сайт был упрощен, чтобы желающие могли им пользоваться без пароля. Кроме того, ссылки на сайт были стратегически интегрированы в существующие сайты для МСМ, такие как Mantotman и Time2test.

Статистика сайта показала, что в число основных посещенных тем входили такие, как «Мониторинг здоровья» и «Секс и отношения». Другие посещенные темы включали «ВИЧ-статус», «ИППП» и «Как управлять своими эмоциями после постановки диагноза». Среднее число посещений на каждого уникального посетителя составило 1,6. Эти темы были сочтены весьма полезными, однако лишь небольшое число мужчин заполнили опросники ($n = 48$). Хотя сайт и не предназначен для многократного использования, 56% пользователей заявили, что они намерены вновь посетить этот сайт.

Этот сайт предназначен для небольшой, но важной целевой группы и он был интегрирован в другие существующие сайты аналогичного профиля.

Устойчивость

Сайт был интегрирован в следующие сайты: Mantotman, Time2test, HIVnet.org и сайт Службы здравоохранения Амстердама. Сайт предназначен для небольшой подгруппы голландского населения

(МСМ с недавно диагностированной ВИЧ-инфекцией), но его контент может быть адаптирован так, чтобы он был полезным и для других групп населения.

НИДЕРЛАНДЫ. Testlab: низкопороговая онлайн-служба тестирования на ВИЧ и ИППП для МСМ

Фамилии и служебная принадлежность всех соавторов: Zuilhof, Wim¹ | Davidovich, Udi²

¹Нидерландская организация по противодействию ИППП и ВИЧ/СПИДу (SOA AIDS Nederland) и Служба общественного здравоохранения Роттердама; ²Служба общественного здравоохранения Амстердама

Общие сведения

В Нидерландах МСМ являются группой населения с самыми высокими показателями распространенности ВИЧ-инфекции и ИППП. МСМ в Нидерландах активно пользуются интернетом и смартфонами, что делает их хорошим контингентом для охвата онлайн-услугами. Тестирование на ВИЧ/ИППП с помощью онлайн-службы отвечает интересам групп высокого риска, которые, возможно, неохотно обращаются в обычные учреждения или пункты, осуществляющие тестирование. Эта служба дает клиентам возможность получить анонимные услуги, она эффективно доставляет нужную информацию и пользователи могут сами выбирать время для прохождения тестирования.

Описание передовой практики

Testlab – это онлайн-служба, помогающая клиентам пройти тестирование на ВИЧ-инфекцию, хламидиоз, гонорею и сифилис. Служба Testlab создана в рамках предназначенного для МСМ национального интернет-портала по профилактике ВИЧ-инфекции и ИППП – <http://www.mantotman.nl>.

Мужчины, посещающие сайт Mantotman, могут инициировать запрос на проведение теста в службе Testlab. После составления этого запроса мужчины проходят первичный онлайн-скрининг на соответствие критериям тестирования. В соответствии с действующим национальным протоколом, критерии доступа к услугам Testlab включают следующие: отсутствие активных симптомов ИППП, отсутствие предупреждения со стороны сексуального партнера о наличии ИППП, отсутствие рискованного сексуального поведения в течение предыдущих 72 часов. При наличии любого из вышеуказанных

признаков клиенты направляются на тестирование в центр лечения и профилактики ИППП для дальнейшей диагностики или возможного проведения постконтактной профилактики. Мужчинам с симптомами предлагается в этот же день посетить центр лечения и профилактики ИППП, чтобы пройти экспресс тестирование и сразу же начать лечение. Мужчинам без симптомов разрешается пройти тестирование, даже если они были предупреждены половым партнером о ИППП или имели рискованные половые контакты в предшествующие 72 часа.

ВИЧ-инфицированные мужчины, желающие пройти обследование на другие ИППП, могут отказаться от теста на ВИЧ. После заполнения онлайн-анкеты клиенты получают письмо-направление, которое они могут скачать на свой компьютер. С этим направлением мужчины могут обратиться в любой из пунктов тестирования, которые расположены по всему городу и, скорее всего, один из них будет находиться недалеко от места работы или проживания клиентов. После того, как клиент предъявит свое направление в пункте тестирования, медсестра возьмет у него образец крови для проведения теста на ВИЧ и сифилис, а клиент самостоятельно возьмет мазок горла и ануса и сдаст образец мочи для обследования на хламидиоз и гонорею.

Затем пункт тестирования направляет образцы в аффилированную лабораторию, которая проводит необходимые исследования и сообщает их результаты в центр лечения и профилактики ИППП Службы общественного здравоохранения. Уполномоченный врач в этом центре поставит диагноз и загрузит на защищенный сайт результаты тестирования. Затем клиент может посетить этот сайт

и ознакомиться с результатами тестирования. Так обстояло дело с 98% результатов тестирования за 2017 год. Весь этот процесс занимает приблизительно пять рабочих дней для всех видов тестирования с момента взятия образцов в пункте тестирования.

Затем клиентов Testlab с положительным результатом тестирования просят как можно скорее обратиться (с распечатанным онлайн-направлением) в центр профилактики и лечения ИППП для дальнейшей диагностики и лечения. Данные о количестве фактических обращений в ЛПУ после получения положительного результата теста пока отсутствуют. Мужчинам с отрицательным результатом теста не нужно предпринимать никаких дальнейших действий, так как они были успешно обследованы без необходимости обращения к врачу или посещения центра профилактики и контроля ИППП.

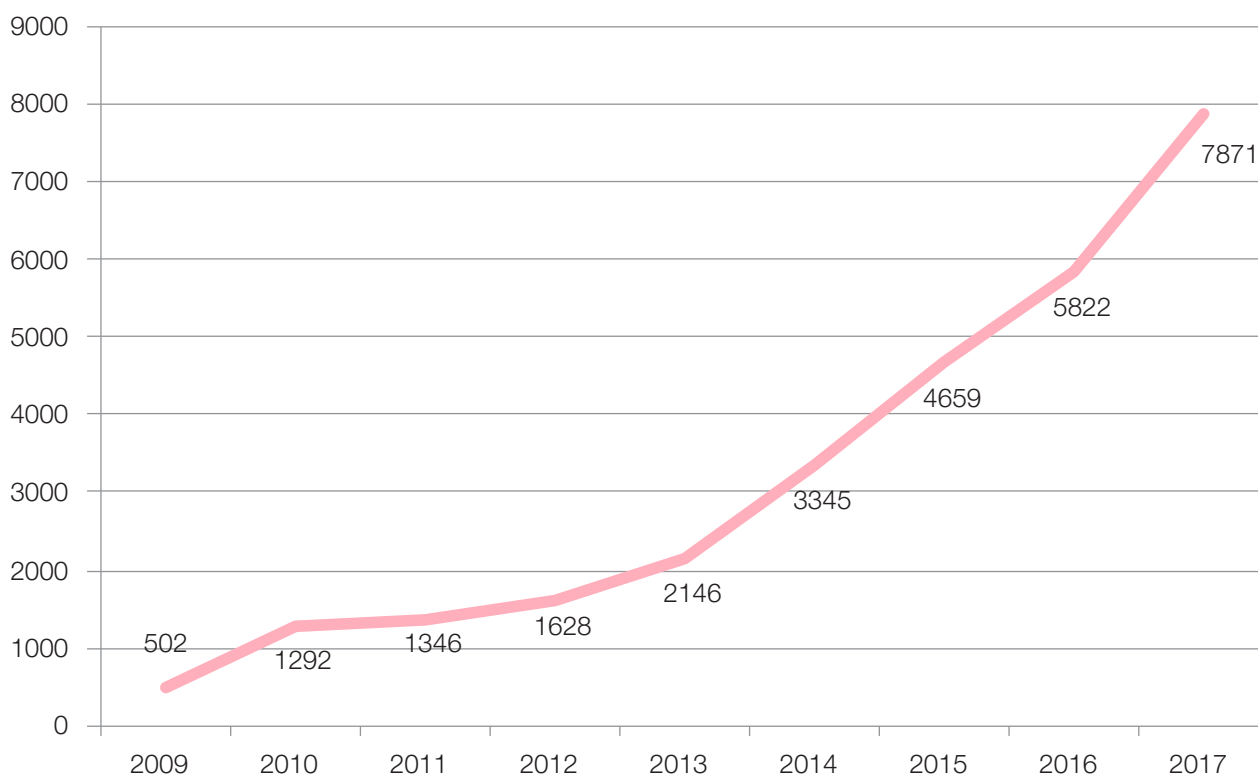
Доказательства воздействия/ эффективности

Этот вид услуг сводит к минимуму взаимодействие клиентов с медицинскими службами и является хорошей и жизнеспособной альтернативой той модели, которая часто характеризуется длительными очередями и требующими много времени посещениями центров лечения и профилактики ИППП.

При этом следует помнить, что люди из групп риска иногда воспринимают все вышеуказанные факторы как серьезные барьеры для прохождения тестирования. Кроме того, такие услуги являются весьма подходящим методом скрининга на ИППП для ВИЧ-инфицированных мужчин. Согласно принятой практике в Нидерландах ВИЧ-положительным мужчинам, не пользующимся презервативами, рекомендуется часто (каждые три месяца) проходить тестирование на ИППП даже при отсутствии явных признаков инфекции. Для этой группы населения рассматриваемая служба обеспечивает быструю и низкопороговую доступность регулярных и частых проверок на ИППП без тестирования на ВИЧ.

Служба стала хорошим примером низкопороговой системы тестирования, которой пользуется большое количество МСМ по всей территории Нидерландов. Общее количество обращений в службу Testlab в 2009-2017 годах составило 28 611, с тенденцией к ежегодному увеличению числа клиентов (рис. 46). В настоящее время эта служба функционирует в Амстердаме, Дренте, Фрисландии, Гронингене, Роттердаме, южной части Гельдерланда и Гааге. Такой вид услуг сводит к минимуму расходы на персонал в расчете на клиента, не имеющего ИППП, так как мужчинам с отрицательным тестом на ИППП не требовались услуги медсестер в

Рис. 46. Ежегодное количество обращений в службу Testlab, Нидерланды, 2009-2017 гг.



центре лечения и профилактики ИППП (кожно-венерологическом диспансере).

Устойчивость

Тестирование в службе Testlab является бесплатным, а сама служба интегрирована в общую

национальную систему профилактики, диагностики и лечения ИППП в Нидерландах. Вклад этой службы рассматривается в настоящее время как жизнеспособное постоянное дополнение к вариантам лечения ИППП, предлагаемых в Нидерландах для групп риска.

НИДЕРЛАНДЫ. Снижение рискованного сексуального поведения среди молодежи: разработка и оценка индивидуального, односеансного вмешательства в режиме онлайн

Фамилии и служебная принадлежность всех соавторов: Davidovich, Udi

Служба общественного здравоохранения Амстердама

Общие сведения

Согласно крупномасштабному репрезентативному исследованию сексуального здоровья молодежи в Нидерландах (<http://seksonderje25e.nl/page/Onderzoeksboek>), половина всех молодых людей в возрасте до 25 лет сообщают о том, что они начали половую жизнь в возрасте до 19 лет (134). Это национальное исследование также показало низкий уровень использования презервативов среди молодых людей, вступающих в случайные половые связи. Только каждый десятый молодой человек и каждая шестая девушка в возрасте до 25 лет когда либо проходили тестирование на ИППП, а применительно к тестированию на ВИЧ эти показатели были еще ниже, соответственно 5% и 6%. Данные от центров лечения и профилактики ИППП в Нидерландах показывают, что заболеваемость ИППП достигает 19,5%. Самой распространенной инфекцией является хламидиоз, который часто протекает бессимптомно (135).

Описание передовой практики

Услуги, предлагаемые на сайте <http://www.vrijlekker.nl> (см. рис. 47), были разработаны на основе результатов более 200 качественных интервью, проведенных с молодежью, и исследования, посвященного изучению факторов, которые мешают молодым людям вести безопасную половую жизнь и тестироваться на ИППП. На основе проведенных интервью были также разработаны учебные модули, которыми участники могли пользоваться в онлайн-режиме. Эти модули направлены на преодоление тех индивидуальных факторов, которые препятствуют практике безопасного секса и прохождения тестирования на ИППП, а также

на содействие первым шагам к устранению нежелательных элементов в сети половых партнеров каждого участника. Тренинг был разработан как односеансное вмешательство в режиме онлайн, направленное на достижение позитивных когнитивных изменений в течение одного контакта с клиентом. В качестве теоретической основы вмешательства использовалась модель «информация – мотивация – поведенческие навыки», разработанная Fisher и Fisher. Тренинг включал в себя видеоролики, помогающие клиентам на протяжении всего вмешательства, тематические фильмы, интерактивные текстовые сообщения с индивидуальной обратной связью и ряд других методик. Модули предлагались на индивидуальной основе с учетом особенностей когнитивного и поведенческого профиля риска каждого пользователя, который был создан с помощью автоматизированного онлайн-опросника.

Доказательства воздействия/эффективности

Более 170 000 человек прошли этот тренинг в течение первого года; в последующие годы более 200 новых пользователей продолжали и продолжают делать это каждую неделю.

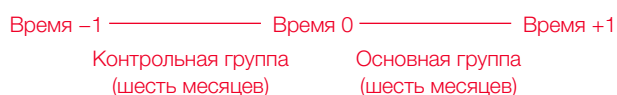
Была проведена оценка по сравнению с контрольной группой, набранной в онлайн-режиме в популярной в то время социальной сети, и с существующей молодежной группой. Это было сделано до начала вмешательства. Группа вмешательства была набрана позже в интернете из нескольких социальных сетей (время проведения оценки показано в Рис. 48). Сопоставимость контрольной

Рис. 47. Скриншот сайта vrijlekker.nl



Источник: vrijlekker.nl (136).

и экспериментальной групп была обеспечена до сравнения. Сравнение результатов анализа поведенческих стереотипов было проведено через шесть месяцев. Оценка охватила 2944 участника, из которых 1553 завершили программу последующего наблюдения (средний возраст 19 лет, SD 2,4).

Рис. 48. Сроки проведения оценки³³

Члены основной группы исследования использовали презервативы значительно чаще со своим последним случайным партнером (ОШ 1,82; 95% ДИ 1,08–3,04) и/или со своим постоянным партнером (ОШ 2,17; 95% ДИ 1,48–3,18) по сравнению с

контрольной группой на момент проведения оценки через шесть месяцев после включения в исследование. Оценка этого вмешательства показала, что предоставление подросткам и молодым взрослым односеансного онлайн-вмешательства, которое является эмпирически и теоретически обоснованным и которое направлено на устранение индивидуальных барьеров для ведения более безопасной половой жизни и тестирования на ИППП, привело к желаемым поведенческим изменениям. Кроме того, оценка сайта по критериям удобства использования и приемлемости показала, что многие люди высоко оценивают его и активно им пользуются.

Некоторые школы в Нидерландах включили пользование этим сайтом в свою стандартную программу полового воспитания. Большой объем трафика на сайте и его углубленное использование указывают на эффект, превышающий ожидаемый, если исходить из первоначально запланированной продолжительности кампании, равной одному году. Ввиду вышеуказанного, эта услуга продолжает

³³ Контрольная группа была набрана за шесть месяцев до начала вмешательства (Время -1), и это было то время, когда был измерен контрольный базовый уровень.

На момент начала вмешательства (Время 0), была проведена оценка в рамках мониторинга контрольной группы, и базовая оценка основной группы. Через шесть месяцев (Время +1) была проведена последующая оценка основной группы.

предлагаться онлайн на сайте: <http://www.vrijlekker.nl>. Кроме того, успех этого подхода побудил службу общественного здравоохранения Амстердама и далее инвестировать в развитие онлайн- и мобильных услуг по профилактике и лечению ИППП таким образом, чтобы они были особенно удобны и полезны для молодежи.³⁴

Устойчивость

³⁴ Несколько сайтов, которые приводятся в качестве примера (137, 138)

Сайт и его автоматизированные функции индивидуального консультирования предоставляются бесплатно и интегрированы в систему онлайн помощи по профилактике и лечению ИППП, предоставляемую службой общественного здравоохранения Амстердама. Преимуществом автоматизированной онлайн-службы консультирования, такой как <http://www.vrijlekker.nl>, является то, что для продолжения ее функционирования требуются лишь минимальные финансовые вложения.

НОРВЕГИЯ. Sjekkpunkt: низкопороговая служба тестирования на ВИЧ, предназначенная для MSM

Фамилии и служебная принадлежность всех соавторов: Bjørnshagen, Vegar | Moseng, Bera Ulstein

Gay and Lesbian Health Norway (Здоровье геев и лесбиянок в Норвегии)

Общие сведения

В Норвегии, как и в других развитых странах, MSM непропорционально сильно затронуты ВИЧ-инфекцией. Согласно данным Норвежского института общественного здравоохранения, за период с 2008 года число новых диагнозов ВИЧ-инфекции в Норвегии снизилось на 30%. В 2017 году диагноз ВИЧ-инфекции был поставлен 213 пациентам, из которых 73% ($n = 155$) были мужчинами, а 27% ($n = 58$) женщинами. Из 155 мужчин с диагнозом ВИЧ-инфекции, впервые поставленном в 2017 году, 88 были MSM. MSM, приехавшие из развивающихся стран, «перепредставлены» в норвежской статистике заболеваемости ВИЧ-инфекцией. Так, например, в 2017 году на них приходилось 60% всех случаев ВИЧ-инфицирования среди MSM.

Данные по тестированию на ВИЧ среди MSM в Норвегии весьма ограничены. Согласно норвежским данным, которые, как правило, основаны на нерепрезентативных интернет-исследованиях, тестирование на ВИЧ проходили семь из десяти MSM. Однако, учитывая результаты выборочных исследований в сопоставимых странах, например в Соединенном Королевстве, есть основания полагать, что этот показатель завышен. Британские популяционные исследования показывают, что только 50-60% всех MSM ранее проходили тестирование на ВИЧ и что процент MSM, ежегодно проходящих тест на ВИЧ, значительно ниже и составляет только 15-25%.

Повышение уровня тестирования на ВИЧ среди MSM – это трудная и важная задача. Поэтому усилия в этом направлении должны быть разнообразными, как и члены данного сексуального меньшинства. Ввиду вышеуказанного и вдохновленная аналогичными проектами, проводимыми во Франции и Соединенном Королевстве, организация «Здоровье геев и лесбиянок в Норвегии» с 2004 года стала подавать заявки на государственное финансирование пилотного проекта по оказанию низкопороговых услуг тестирования на ВИЧ для MSM. После получения финансирования от муниципалитета Осло в 2011 году, эта организация пригласила основные заинтересованные стороны³⁵ принять участие в работе референс-группы, относящейся к планированию и реализации пилотного проекта. Участие всех этих партнеров и их вклад имели важнейшее значение для успешного начала осуществления проекта и его устойчивости и продолжительности. Положительный эффект от реализации проекта стал очевидным для заинтересованных сторон после представления данных о его оценке, проведенной примерно через шесть месяцев после начала пилотного проекта. Эта оценка показала что проект способен охватить целевые группы населения, такие как MSM, редко или никогда не проходящие тестирование на ВИЧ, а также MSM, которые приехали из развивающихся стран.

³⁵ Включая норвежский Институт общественного здравоохранения, норвежское Управление здравоохранения, отделение инфекционных заболеваний и отделение микробиологии в университетской больнице Осло, а также Олафийский медицинский центр (Olafiklinikken), который является крупнейшим в Норвегии медицинским учреждением, специализирующимся по вопросам сексуального здоровья.

Описание передовой практики

Sjekkpunkt, который начал функционировать в декабре 2012 года в качестве первой ориентированной на МСМ инновационной низкопороговой службы экспресс тестирования на ВИЧ за пределами официальной системы здравоохранения в Норвегии. Sjekkpunkt способствовал увеличению разнообразия услуг по тестированию на ВИЧ и, возможно, увеличению показателей тестирования на ВИЧ среди МСМ в Норвегии. Помимо экспресс-тестирования на ВИЧ в Sjekkpunkt проводятся беседы о факторах риска заражения ВИЧ-инфекцией и способах изменения поведения с целью повышения безопасности.

Основная задача Sjekkpunkt – это устранение барьеров, существующих в других официальных службах тестирования на ВИЧ, путем снижения порога для прохождения теста на ВИЧ. Проект в основном ориентирован на МСМ, но каждому человеку, обращающемуся в службу тестирования (независимо от пола и гендерной идентичности), предлагается пройти тест на ВИЧ. Низкопороговый доступ к услугам тестирования создается за счет доступности и удобства услуг (удобное расположение пунктов тестирования, удобные часы работы, активная аутич-работа, экспресс-тесты на ВИЧ и т.д.), а также полной анонимности услуг (для прохождения тестирования не нужны ни фамилии, ни номера социального страхования клиентов). Кроме того, в Sjekkpunkt работают равные консультанты, то есть другие МСМ, как ВИЧ-положительные, так и ВИЧ-отрицательные, которые проводят тестирование и беседы. Что касается контроля качества услуг, то все равные консультанты проходят стандартную программу обучения, проводимую внутренними и внешними инструкторами. Все добровольцы, которые начинают проводить тесты, подвергаются регулярному контролю со стороны сотрудников организации «Здоровье геев и лесбиянок в Норвегии».

Модель проведения проекта, основанного на участии равных консультантов, была выбрана для того, чтобы облегчить проведение с клиентами непредвзятых и неклинических бесед о факторах риска заражения ВИЧ и желательных изменениях поведения. Еще одним преимуществом такой модели является облегчение доступа к МСМ и к местам, предназначенным только для мужчин, где работники Sjekkpunkt предлагают услуги тестирования на

ВИЧ, например, таким как гей-сауны и секс-клубы. Это является одним из компонентов аутич-работы в рамках службы Sjekkpunkt в дополнение к ежемесячному тестированию в гостиницах в других крупных городах Норвегии за пределами столицы Осло. Sjekkpunkt также предлагает ежемесячное тестирование на ВИЧ в гей-барах, клубах и традиционных зонах поиска половых партнеров, а также тестирование в гей-сауне в Осло. Кроме того, Sjekkpunkt предоставляет возможность тестирования на ВИЧ в главном офисе организации Gay and Lesbian Health Norway в центре Осло (который работает с понедельника по субботу).

Желательно, чтобы внешний вид пунктов тестирования был максимально нейтральным и незаметным. Во избежание любых нежелательных инцидентов в них не используется символика ЛГБТ или другие явные свидетельства того, что здесь проводится тестирование на ВИЧ. Например, главный пункт тестирования находится в здании, где также расположены другие организации и фирмы, поэтому посещение самого здания не означает, что человек пришел туда для тестирования на ВИЧ. Нейтральность, конфиденциальность и анонимность услуг могут быть привлекательными качествами для труднодоступных групп населения, таких как мужчины, практикующие секс и с мужчинами, и с женщинами, и МСМ, которые скрывают свою сексуальную ориентацию. Эта служба тестирования рекламируется на нейтральных социальных платформах, таких как Facebook и Google AdWords, чтобы информация о ней могла достичь МСМ, которые не идентифицируют себя с ЛГБТ-сообществом или МСМ, которые не являются членами социальных сетей для геев, где также рекламируется эта служба.

Вышеупомянутые стратегии, характеризующиеся охватом гей-клубов и социальных сетей для геев, а также работой на нейтральной почве с анонимными пунктами тестирования, были выбраны для устранения факторов, препятствующих тестированию на ВИЧ, и для охвата открытых геев, мужчин-бисексуалов и даже более труднодоступных групп населения услугами тестирования на ВИЧ.

Доказательства воздействия/эффективности

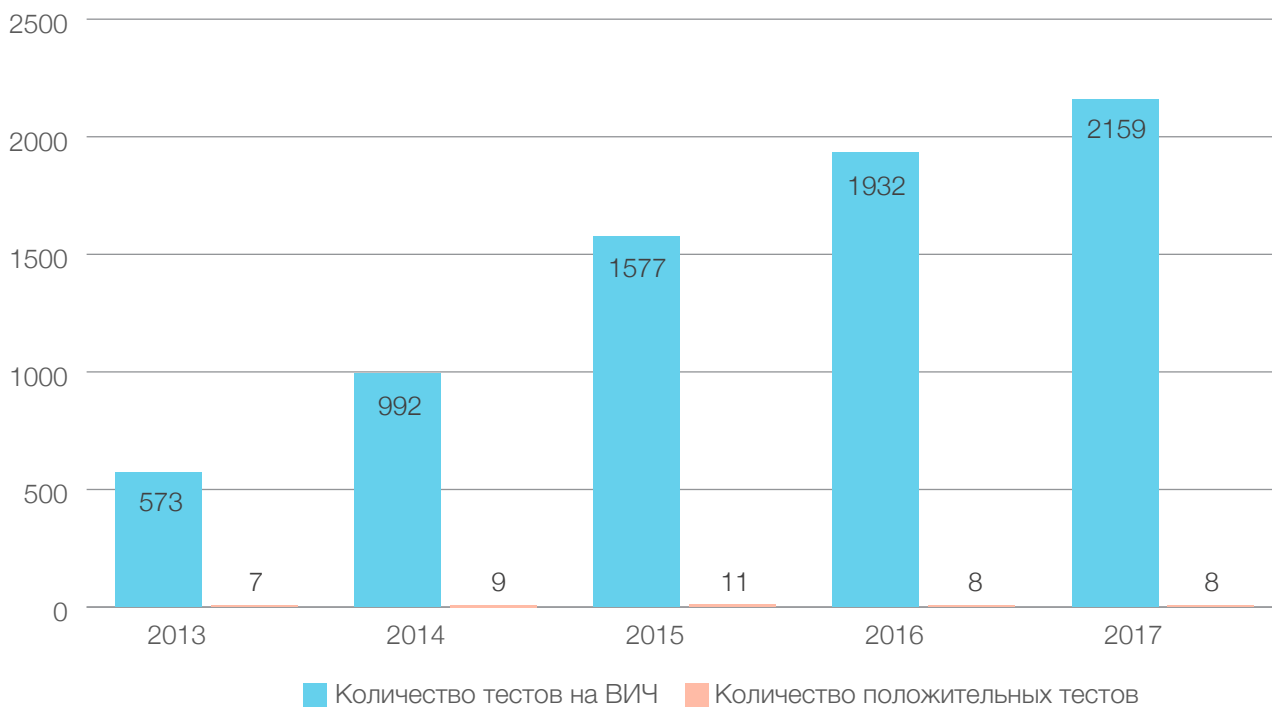
С момента начала работы Sjekkpunkt в конце 2012 года количество тестов на ВИЧ, проводимых в

службе тестирования, ежегодно увеличивается (рис. 49).

Годовое количество положительных тестов на ВИЧ, проведенных службой Sjekkpunkt (рис. 49), представляет 7-15% случаев ВИЧ-инфекции, выявленных среди MSM в Норвегии в этот период

времени. Клиентов с положительным тестом на ВИЧ сразу же направляют в ближайшее медицинское учреждение инфекционного профиля. В 2017 году у семи из восьми клиентов с положительным результатом теста, направленных в медицинское учреждение, диагноз был подтвержден и они были взяты на диспансерное наблюдение.

Рис. 49. Данные тестирования на ВИЧ, полученные от службы Sjekkpunkt, Норвегия, 2013-2017 гг.



Всем клиентам службы Sjekkpunkt предлагается принять участие в анонимном опросе. Результаты этого опроса используются для оценки службы тестирования. Около 2,5% клиентов службы Sjekkpunkt не являются MSM (т.е. они либо женщины, либо гетеросексуальные мужчины). Статистические данные (за 2017 год) о тестировании на ВИЧ среди MSM – клиентов службы Sjekkpunkt³⁶, показали, что 16% никогда ранее не тестировались, а 40% не тестировались в течение последнего года (рис. 50).

Устойчивость

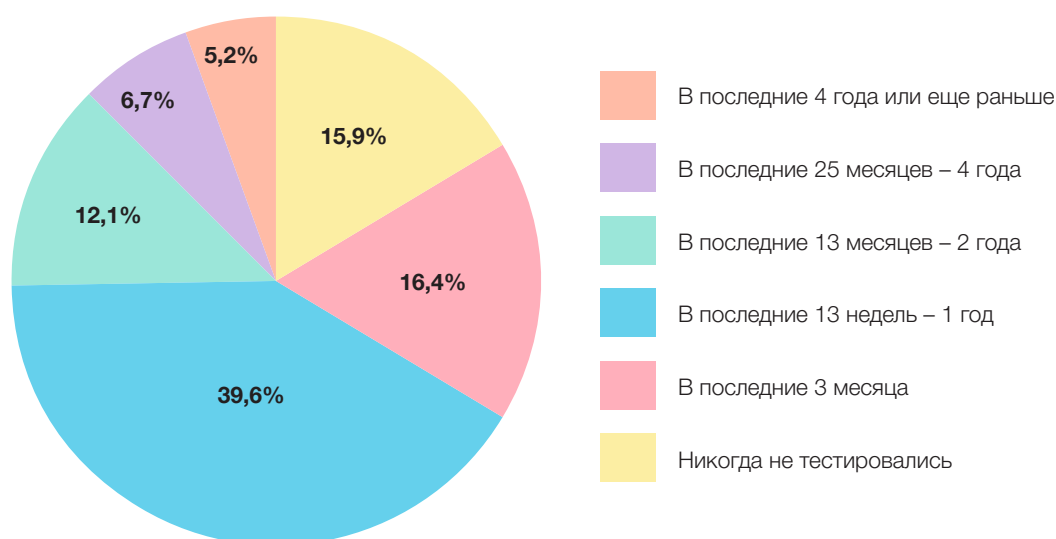
Служба Sjekkpunkt финансируется норвежским Управлением здравоохранения и муниципалитетом Осло и поддержание этой службы зависит от демонстрации дальнейшего успешного сотрудничества

между организациями гражданского общества и государственным сектором.

Для обеспечения устойчивости службы Sjekkpunkt также необходимо постоянно осуществлять сбор и анализ пользовательских данных о сексуальном поведении, сексуальной ориентации, анамнезе тестирования на ВИЧ-инфекцию, употреблении алкоголя и наркотиков, и других важных факторах, чтобы оценить, обеспечивает ли служба тестирования охват намеченных целевых групп. Это делается с помощью опросника, который был успешно использован в репрезентативных исследованиях, посвященных сексуальному здоровью населения, таких как Национальное исследование сексуальных отношений и образа жизни (Natsal), Национальное исследование здоровья и питания (NHANES) и Национальное продольное исследование здоровья подростков и взрослых (Add Health).

³⁶ Выборка ограничена мужчинами, сообщающими о том, что они когда-либо занимались сексом с другим мужчиной и не посещали службу Sjekkpunkt более одного раза в течение 2017 года (n = 997).

Рис. 50. Временное распределение тестов на ВИЧ среди МСМ – клиентов службы Sjeckpunkt, 2017 г.



ИСПАНИЯ. Сеть DEVO: общественная инициатива

Фамилии и служебная принадлежность всех соавторов: Fernández-López, Laura^{1,2} | Rifà, Benet³ | Mansilla, Rosa³ | Colom, Joan³ | Casabona, Jordi^{1,2} | ⁴The DEVO Network Group

¹Центр эпидемиологических исследований в области ВИЧ/ИППП в Каталонии (CEEISCAT), Агентство общественного здравоохранения Каталонии (ASPCAT); ²CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); ³Subdirecció General de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública (Главное управление по готовности и реагированию на чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения), ASPCAT; ⁴Actuavallès; Creu Roja Tarragona; Àmbit Prevenció; AssexoraTgn; ACASC; Associació Antisida Lleida; SAPS-Creu Roja; STOP-SIDA; Gais Positius; Centre Jove d'Atenció a la Sexualitat Barcelona (CJAS); Associació Comunitaria Anti Sida de Girona (ACAS); Projecte dels Noms-Hispanosida

Общие сведения

В Испании в последние годы число новых диагнозов ВИЧ-инфекции сохраняется на относительно стабильном уровне: по оценочным данным в 2015 году на 100 000 населения приходилось 9,44 случая. На половой путь передачи ВИЧ между МСМ приходится 53,6% новых диагнозов ВИЧ-инфекции; с тенденцией к увеличению этого показателя – с 47,5% в 2009 году до 56% в 2015 году. В 2015 году у 46,5% впервые выявленных ВИЧ-инфицированных лиц имела место поздняя диагностика, а у 27,1% из них ВИЧ-инфекция была на продвинутой стадии (139).

Таким образом, профилактика, ранняя диагностика и лечение – это основные составляющие эффективной стратегии противодействия ВИЧ-инфекции. Организация центров ДКТ на уровне местных сообществ считается эффективным способом повышения уровня тестирования на ВИЧ, особенно среди ключевых групп населения (86). Эти центры предлагают свои услуги за пределами традиционных медицинских учреждений. При этом услуги

предоставляются на добровольной основе и при активном участии общин как в разработке, так и в осуществлении соответствующих мероприятий и стратегий. Такие центры, как правило, предоставляют свои услуги в собственных помещениях или в рамках аутрич-мероприятий (например, на улице, в саунах или в зонах отдыха).

Описание передовой практики

В 1994 году департамент здравоохранения Каталонии (который сейчас стал каталонским агентством общественного здравоохранения (ASPCAT)) финансировал сеть общественных организаций (ОО) для проведения бесплатного, добровольного и конфиденциального тестирования на ВИЧ в рамках всего региона. Цель этой программы, получившей название проекта DEVO, состояла в том, чтобы дополнить имеющиеся сейчас возможности тестирования на ВИЧ в медицинских учреждениях. С тех пор проект DEVO расширился с шести центров ДКТ на уровне местных сообществ до нынешних 12, деятельностью которых в основном управляют НПО и которые обслуживают различные

группы населения. Несколько из участвующих центров специально нацелены на MSM, PKC, молодежь или людей, употребляющих психоактивные (психотропные) вещества, однако большинство центров обслуживают все уязвимые группы и всех людей, подвергающихся риску. Равные консультанты, работающие в центрах, прошли специальную программу обучения и приобрели знания и навыки, необходимые для проведения экспресс-тестов на ВИЧ/сифилис и интерпретации результатов тестирования по крови из пальца. Все центры ДКТ на уровне местных сообществ предоставляют услуги тестирования на ВИЧ на местном уровне и в рамках аутрич-мероприятий. При этом тестирование осуществляется подготовленными равными консультантами. Помимо проведения тестирования на ВИЧ, большинство организаций, связанных с проектом DEVO, проводят ряд дополнительных мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции.

Начиная с 1994 года в рамках проекта DEVO осуществляется систематический сбор сопоставимых данных о деятельности, процессах и результатах. Центры ДКТ на уровне местных сообществ используют веб-инструмент для ввода данных, с помощью которого данные могут быть проанализированы и распространены в сотрудничестве с Центром эпидемиологических исследований по ВИЧ/ИППП Каталонии (CEEISCAT) в рамках каталонского Агентства общественного здравоохранения. Для целей мониторинга и оценки сеть в настоящее время использует стандартизированные основные показатели, разработанные проектом HIVCOBATEST (<http://www.cobatest.org>) и соответствующие рекомендациям ЮНЭЙДС, ВОЗ и ECDC. Эти показатели позволяют проводить оценку деятельности конкретной службы, а также сравнивать ее деятельность с деятельностью аналогичных служб в других странах, использующих инструментарию COBATEST.

Анонимные (неперсонифицированные) данные извлекаются и анализируются центром эпидемиологических исследований по ВИЧ/ИППП Каталонии и являются частью эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией в Каталонии. Данные, собираемые в проекте DEVO, включают в себя основные демографические данные о лице, проходящем тестирование, место проведения теста, сведения о ранее проведенных тестах и результаты тестирования на ВИЧ, сифилис, а вскоре и на ВГС. Центры, участвующие в проекте

DEVO, используют уникальный идентификатор для каждого клиента, что дает возможность определить количество людей, прошедших тестирование.

Доказательства воздействия/ эффективности

Сеть DEVO позволяет собирать стандартизированные данные по каждому человеку, протестированному в центрах ДКТ на уровне местных сообществ. Собранные информация может быть проанализирована и дезагрегирована по таким параметрам, как пол, возраст, группа населения, рискованное поведение и количество предыдущих тестов на ВИЧ. Собранные данные дополняют стратегическую информацию о некоторых ключевых группах населения и, таким образом, позволяют улучшить стратегии профилактики ВИЧ-инфекции, направленные на эти группы. Постоянный мониторинг услуг, оказываемых в рамках сети DEVO, позволяет улучшить процесс принятия решений в области общественного здравоохранения на уровне Агентства общественного здравоохранения Каталонии в случае выявления каких-либо изменений в востребованности услуг тестирования на ВИЧ, в профилях лиц, проходящих тестирование на ВИЧ, или в отношениях к тестированию на ВИЧ и соответствующих моделях поведения.

С 1995 по 2016 год ежегодное количество тестов на ВИЧ, проводимых в Каталонии ежегодно, увеличилось с 716 до 12 371 (рис. 49). Переход в 2007 году с традиционных тестов на ВИЧ на экспресс-тестирование позволил расширить услуги тестирования на уровне местных сообществ. Благодаря услугам сети DEVO показатели тестирования на ВИЧ среди ключевых групп населения увеличились. В частности, количество тестов, проведенных в течение первого года действия сети, повысилось на 103% по сравнению с предыдущим годом (140). Сеть DEVO также продемонстрировала свою эффективность в отношении охвата услугами тестирования групп повышенного риска. Так, например, среди лиц, прошедших тестирование, 70,7% были MSM, 6,6% – PKC, 0,5% – потребителями инъекционных наркотиков, 38,2% – мигрантами.

Использование в рамках сети анонимного уникального идентификатора³⁷ позволяет определять как

³⁷ С 2014 года используется анонимный уникальный идентификатор, предложенный сетью COBATEST: одна цифра для пола, восемь цифр для даты рождения, плюс цифры для количества старших братьев, плюс цифры для количества старших сестер, плюс инициал имени матери.

количество лиц, прошедших тестирование (9815 в 2016 году), так и количество проведенных тестов. Из всех людей, прошедших тестирование в 2016 году, у 2,2% результат тестирования был положительным (рис. 51); 91,7% из них были направлены на подтверждающий тест на ВИЧ (первоначальный результат был подтвержден во всех случаях) и 98,0% были взяты на диспансерное наблюдение и лечение.

Постоянный мониторинг эпидемиологической ситуации, осуществляемый сетью DEVO, помогает Каталонскому агентству общественного здравоохранения принимать более обоснованные решения в области охраны общественного здоровья. В настоящее время в рамках проекта DEVO диагностируется около 20% всех случаев ВИЧ-инфекции, зарегистрированных в Каталонии, что свидетельствует о том, что услуги центров ДКТ на уровне местных сообществ являются ценным элементом стратегии по повышению уровня тестирования на ВИЧ в Испании.

На совещании, организованном ECDC в 2016 г., многолетний опыт сети DEVO в Испании был представлен в качестве примера успешного подхода к мониторингу тестирования на уровне местных

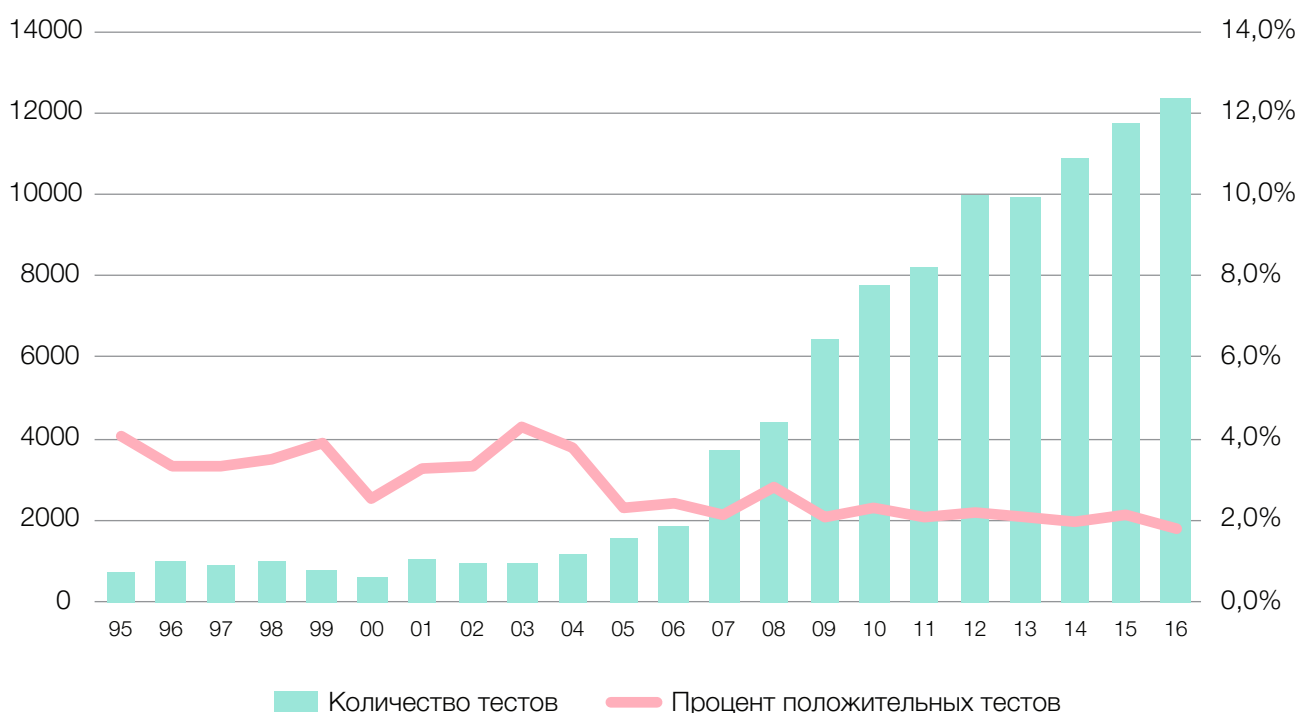
сообществ. Этот опыт и извлеченные уроки были описаны в докладе «Мониторинг служб тестирования на ВИЧ в ЕС/ЕЭЗ» (17). Сеть DEVO была также представлена в качестве примера передовой практики в документе ВОЗ «Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции: рекомендации с позиций общественного здравоохранения» (5).

Учитывая успешный опыт работы сети DEVO в Каталонии на протяжении многих лет, Европейское региональное бюро ВОЗ приняло решение интегрировать в рамках всей Европы различные службы ДКТ на уровне местных сообществ, создав в 2009 году сеть COBATEST, основанную на модели сети DEVO.

Устойчивость

Сеть DEVO поддерживается Каталонским агентством общественного здравоохранения, которое оказывает частичную финансовую поддержку службы ДКТ на уровне местных сообществ и приобретает экспресс-тесты на ВИЧ. Устойчивость сети DEVO также зависит от общей устойчивости служб тестирования на основе общин.

Рис. 51. Сеть DAVO: количество тестов на ВИЧ и процент положительных тестов в 1995-2016 гг.



ШВЕЦИЯ. Hiv i dag [ВИЧ-инфекция сегодня]: национальная кампания по повышению осведомленности, содействию тестированию и снижению СТИГМЫ

Фамилии и служебная принадлежность всех соавторов: Mannheimer, Louise | Wallin, Malin

Агентство общественного здравоохранения Швеции

Общие сведения

В Швеции количество людей с диагностированной ВИЧ-инфекцией составляет более 7000. В 2016 году было зарегистрировано 430 случаев ВИЧ-инфицирования. В последние пять лет ежегодно регистрировалось в среднем 447 новых случаев ВИЧ-инфекции, 60% которых приходились на мужчин. Число зарегистрированных случаев передачи ВИЧ-инфекции в Швеции в последние пять лет сократилось, главным образом среди МСМ. Однако большинство случаев ВИЧ-инфицирования в Швеции по-прежнему регистрируется среди МСМ. Число случаев ВИЧ-инфицирования, зарегистрированных у людей, употребляющих инъекционные наркотики, оставалось низким в течение последних

пяти лет, но в 2016 году оно незначительно увеличилось. Рост этого показателя наблюдается главным образом в крупных городах, как среди мужчин, так и среди женщин. Из общего числа случаев ВИЧ-инфекции примерно 75% приходится на лиц иностранного происхождения, большинство из которых были заражены ВИЧ до прибытия в Швецию (как правило, в странах с более высокой распространенностью ВИЧ-инфекции). Большинство пациентов, у которых заражение ВИЧ имело место за пределами Швеции, сообщали о гетеросексуальном пути инфицирования.

Профилактическая работа в Швеции основывается на национальной стратегии борьбы с ВИЧ/СПИДом

Рис. 52. Изображение с лозунгом кампании «Hiv i dag» (на швед. яз.) ©Emilia B. Jimenez/Söderberg Agentur



и другими инфекционными заболеваниями (141). Одной из основных целей стратегии является повышение информированности о ВИЧ-инфекции в государственном секторе, на предприятиях и других рабочих местах и среди населения в целом. Законодательство Швеции по контролю инфекционных заболеваний, охватывает ВИЧ-инфекцию и в нем говорится, что услуги по тестированию и лечению ВИЧ-инфекции предоставляются бесплатно для всех жителей Швеции.

Агентство общественного здравоохранения Швеции выполняет функции национального координатора программ и стратегий по профилактике ВИЧ-инфекции, а также отвечает за принятие мер, направленных на снижение стигмы и дискриминации в отношении ВИЧ-инфицированных. Национальные опросы показывают, что уровень знаний населения Швеции о ВИЧ-инфекции и условиях жизни людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), в целом сравнительно низкий (142). Другое исследование показало, что в Швеции люди, живущие с ВИЧ, боятся открыто говорить о ВИЧ-инфекции из-за риска негативных реакций. Физическое здоровье ЛЖВ является хорошим, но психическое здоровье ЛЖВ хуже, чем у населения в целом из-за стигмы, связанной с ВИЧ-инфекцией (143).

Описание передовой практики

Ввиду вышесказанного, в 2015 году агентство общественного здравоохранения в сотрудничестве с местными советами и ОГО разработало национальную информационную кампанию по ВИЧ-инфекции в Швеции, ориентированную на широкую общественность и на медицинский персонал. В частности, агентство общественного здравоохранения провело информационную кампанию, направленную на работников здравоохранения. В рамках этой информационной кампании было также обеспечено финансирование целого ряда мероприятий, проведенных на уровне регионов, в том числе членами ОГО. Такие мероприятия были в основном направлены на повышение образовательного уровня медицинских работников и могли, например, проходить в виде веб-тренингов.

Главный лозунг кампании был следующим:

Жизнь с ВИЧ-инфекцией сегодня – не такая, какой она была вчера. Проводимое в Швеции лечение ВИЧ-инфекции в настоящее время является настолько эффективным, что уровень

вирусной нагрузки снижается практически до нуля, и соответственно, риск передачи вируса также становится очень низким. ВИЧ-инфекция сегодня – это уже не смертельная болезнь, а хроническая, но контролируемая инфекция, поддающаяся лечению. При своевременном начале лечения продолжительность жизни ВИЧ-позитивного человека в целом является такой же как продолжительность жизни ВИЧ-негативного человека.

Мероприятия Агентства общественного здравоохранения Швеции, направленные на широкую общественность, включали следующие:

- кампания в средствах массовой информации с помощью электронных и печатных СМИ на национальном, региональном и местном уровнях;
- информационно-рекламная кампания в социальных сетях (Facebook, YouTube, Grindr) и реклама в системе местного общественного транспорта;
- сайт с подробной информацией на 12 языках C:\Users\mardanovan\Desktop\HIV Compendium 19.11.18 Ru\(<http://www.hivdag.se>)

Мероприятия Агентства общественного здравоохранения Швеции, направленные на медицинский персонал, включали следующие.

- Все центры первичной медицинской помощи, центры по уходу за детьми, молодежные клиники, стоматологи и школьные медсестры заблаговременно получали информацию об этой кампании, включая учебные материалы, предназначенные для персонала.
- В Швеции создан специальный сайт для медицинского персонала, содержащий последнюю информацию о ВИЧ-инфекции и условиях жизни людей, живущих с ВИЧ (144).

Мероприятия, организованные ОГО и местными советами и финансируемые в рамках кампании, включали следующие.

- Различным организациям было предложено принять участие в подготовке кампании, а также выделено финансирование для распространения

Рис. 53. Изображение с лозунгом кампании «HIV i dag» (на англ. яз.) ©Emilia B. Jimenez/Söderberg Agentur

HIV TODAY IS NOT LIKE YESTERDAY.

Did you know that the treatment of HIV in Sweden is now so effective that it reduces virus levels to practically zero and minimises the risk of infection. Living with HIV in Sweden today is not like it was yesterday.

Read more at www.hivdag.se

Folkhälsomyndigheten
PUBLIC HEALTH AGENCY OF SWEDEN

ключевой идеи кампании в своих целевых группах, таких как МСМ, мигранты и люди, живущие с ВИЧ.

- Советам графств также были выделены средства, предназначенные для проведения местных мероприятий, таких,

как обучение медицинского персонала, реклама в местном общественном транспорте и проведение направленных на широкую общественность мероприятий в кинотеатрах и на железнодорожных вокзалах.

Доказательства воздействия/ эффективности

Кампания в средствах массовой информации проходила с 1 ноября 2015 года по 31 декабря 2017 года. В течение этого периода на сайте <http://www.hivdag.se> было зарегистрировано в общей сложности 152 126 уникальных просмотров страниц. Фильмы кампании были просмотрены 5,6 миллиона раз, а с различными разделами кампании было осуществлено 5 миллионов взаимодействий

(кликов, команд «Поделиться ссылкой» и т.п.). Оценки, проведенные институтом изучения мнений Novus Group International AB, показывают, что эта кампания в средствах массовой информации была эффективной, несмотря на то, что она касалась сложной темы. Эта внешняя оценка показала, что 44% населения страны были осведомлены о кампании, и что семь из 10 респондентов заявили, что она произвела положительное впечатление. Респонденты считали, что эта кампания заслуживала доверия (79%), а ее цель была ясной и понятной (78%). Семьдесят процентов респондентов считали, что кампания была актуальной, а 57% заявили, что она им понравилась. Примерно 52% респондентов сообщили, что кампания способствовала улучшению их знаний, а 33% ответили, что кампания побудила их принять активные меры для обновления своих знаний о ВИЧ-инфекции (Novus Group International AB, неопубликованный/внутренний отчет). Эффективность кампании, направленной на медицинский персонал, была измерена с помощью фокус-групп в нескольких областях, и оказалось, что знания медицинских работников в этой области были довольно низкими.

Таким образом, это направление деятельности нуждается в дальнейшем развитии.

Устойчивость

Дополнительное финансирование было предоставлено ОГО и местным органам власти в течение

2016 и 2017 годов для продолжения распространения информационных сообщений данной кампании. Веб-сайты по-прежнему функционируют, но они будут закрыты в течение 2018 года из-за проблем с авторским правом.

ТАДЖИКИСТАН. Предоставление услуг по консультированию и тестированию на ВИЧ через НПО

Фамилии и служебная принадлежность всех соавторов: van Dam, Anke | Ibragimov, Ikram | Dilshod, Pulatov | Davlyatova, Zarina

Фонд СПИД Восток-Запад (AFEW)

Общие сведения

Таджикистан является одной из стран, где распространенность ВИЧ-инфекции за последние 10 лет увеличилась более чем на 25%. Таджикистан находится на ранней стадии эпидемии ВИЧ/СПИДа и, по оценкам, на конец 2016 года в нем было 16 000 человек, живущих с ВИЧ. В 2017 году в Хатлонской области было официально зарегистрировано 346 новых случаев ВИЧ-инфекции (29%) из общего числа 1207 впервые зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции на национальном уровне. Следует отметить, что, начиная с 2010 года, в этой области показатели ВИЧ-инфицирования увеличились на 23%, а показатели смертности от СПИДа снизились на 5%. Ключевые группы населения в Таджикистане включают заключенных, РКС, МСМ и людей, употребляющих инъекционные наркотики. Мигранты, дети и женщины репродуктивного возраста также считаются уязвимыми группами в рамках таджикской национальной программы по СПИДу (145).

В рамках противодействия ВИЧ-инфекции Таджикистан планирует расширить охват услугами по снижению вреда, расширить масштабы тестирования на ВИЧ среди своего населения и увеличить число людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), которые получают лечение. Профилактика, лечение, уход и поддержка – это те области, в которых НПО могут внести значительный вклад в усиление мер противодействия ВИЧ-инфекции. В 2015 году СПИД Фонд Восток Запад-Таджикистан (СФВЗ-Таджикистан) начал процесс адвокации по внедрению службы консультирования и тестирования на ВИЧ на уровне местных сообществ, за управление которой будут отвечать медицинские работники из НПО.

По данным Министерства здравоохранения Таджикистана, в Хатлонской области зарегистрирована 361 общественная организация (НПО), из которых 13 регулярно осуществляют проекты по профилактике ВИЧ-инфекции. Три из этих организаций объединяют людей, употребляющих наркотики, и людей, живущих с ВИЧ, а остальные 10 организаций объединяют работников здравоохранения, приверженных борьбе со СПИДом. Средний стаж работы ВИЧ-сервисных общественных организаций в Хатлонской области составляет 11 лет; первая такая организация начала работать в 1996 году, а самая недавняя регистрация новой НПО имела место в 2013 году.

Несмотря на благоприятные правовые условия и внешнюю финансовую поддержку, получаемую до 2015 года, НПО, предоставляющие услуги в сфере противодействия ВИЧ-инфекции, сталкиваются с техническими и организационными трудностями в процессе оказания услуг добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ (ДКТ), поскольку они не имели полной информации о процедуре получения лицензии, не имели медицинского персонала, обученного процедурам ДКТ, и не имели соответствующих технических возможностей. По данным Республиканского центра СПИД, по состоянию на 1 января 2015 года ни одна общественная организация в Таджикистане не имела разрешения на самостоятельное предоставление услуг дотестового консультирования и экспресс-тестирования на ВИЧ.

Описание передовой практики

В рамках подготовки к тестированию на уровне местных сообществ СФВЗ-Таджикистан провел серию консультаций с представителями

ВИЧ-сервисных организаций, Республиканского центра СПИД и ЮНЭЙДС. С целью внедрения тестирования на уровне местных сообществ в Таджикистане были проведены консультации с различными заинтересованными сторонами и разработана стратегия информационно-просветительской деятельности.

Еще до обращения в МЗ за разрешением на предоставление услуг дотестового консультирования и экспресс-тестирования на ВИЧ, центры СПИД на национальном уровне предложили СФВЗ-Таджикистан рассмотреть вопрос о целесообразности и возможности предоставления услуг ДКТ на уровне местных сообществ. Аналогичное предложение было также получено от странового офиса ЮНЭЙДС в Таджикистане. На основании этих запросов СФВЗ-Таджикистан подготовил аналитический справочный документ о важности внедрения услуг ДКТ на уровне местных сообществ. После длительного процесса переговоров МЗ опубликовало (30 сентября 2015) приказ № 832, согласно которому предоставлением услуг ДКТ может заниматься не только СФВЗ-Таджикистан, но и все другие ВИЧ-сервисные НПО в стране.

Два сотрудника из СФВЗ-Таджикистан прошли последипломные курсы по предоставлению услуг ДКТ. После этого в Хатлонской области был организован и оборудован пункт ДКТ и была приобретена первая партия экспресс-тестов на ВИЧ. 1 декабря 2016 года в Курган-Тюбе начал функционировать первый пункт добровольного консультирования и экспресс-тестирования на ВИЧ. Он расположен в представительстве СФВЗ-Таджикистан в Хатлонской области, где ключевые группы населения уже получают необходимые им услуги. В Хатлонской области имеется большое количество потребителей инъекционных наркотиков, так как по ней проходит один из основных маршрутов афганского наркотрафика. Люди, употребляющие наркотики – это важная ключевая группа населения, с которой работают сотрудники СФВЗ-Таджикистан.

В 2017 году СФВЗ-Таджикистан решил поделиться опытом со своими партнерами. Используя такие подходы, как обучение партнеров и эффективный обмен знаниями, СФВЗ-Таджикистан смог обеспечить внедрение этой практики и в других регионах Таджикистана. СФВЗ-Таджикистан провел два региональных рабочих совещания, соответственно в

Согдийской и Хатлонской области, с целью содействия созданию пунктов ДКТ на уровне местных сообществ. В этих совещаниях приняли участие 60 представителей государственных, общественных и международных агентств из трех регионов страны. В сотрудничестве с Государственным институтом последипломного образования медицинских работников СФВЗ-Таджикистан организовал двухнедельные курсы для 10 представителей из пяти НПО, которые планировали создать пункты ДКТ на уровне местных сообществ. СФВЗ-Таджикистан дополнительно оказал поддержку НПО в строительстве помещений, предоставил техническое оборудование для пунктов ДКТ, а также взял на себя ответственность за подбор и обучение персонала для этих пунктов.

В результате 1 декабря 2017 года в различных регионах Таджикистана были открыты три новых пункта ДКТ, управляемые тремя общественными организациями: Вита в Душанбе; СВОН плюс в Кулябе; и Амали Нек в Худжанде.

СФВЗ-Таджикистан широко делится своим опытом и поддерживает НПО, которые планируют организовать в своих помещениях службу, оказывающую услуги ДКТ ключевым группам населения. На сайте СФВЗ-Таджикистан (146) посетители могут узнать адреса пунктов ДКТ и ознакомиться с ежемесячно обновляемыми показателями работы служб ДКТ в рамках НПО. НПО могут ознакомиться с потоком документации по пунктам ДКТ, а также с нормативно-правовой информацией, которая будет способствовать открытию пунктов ДКТ на уровне местных сообществ. Используя опыт и успехи СФВЗ-Таджикистан по внедрению услуг ДКТ на уровне местных сообществ, флагманская программа ЮСАИД по ВИЧ/СПИДу также приступила к внедрению услуг экспресс-тестирования на ВИЧ по слюне, которое будет предоставляться таджикскими НПО.

Доказательства воздействия/ эффективности

По состоянию на 1 апреля 2018 года в четырех пунктах ДКТ услугами ДКТ на уровне местных сообществ воспользовались 930 человек из ключевых групп населения в шести регионах Таджикистана (547 (58,8%) мужчин и 383 (41,2%) женщин). Возраст клиентов варьировался от 18 до 56 лет.

Из 930 клиентов 350 (37,6%) были лицами, употребляющими инъекционные наркотики, 261 (28,06%) – половыми партнерами людей, употребляющих инъекционные наркотики, 96 (10,32%) – МСМ, 51 (5,5%) – РКС и 46 (4,9%) – бывшими заключенными. Остальные 126 (13,5%) человек можно было разбить на такие категории, как больные туберкулезом, медицинские специалисты, сотрудники правоохранительных органов и так далее (рис. 54).

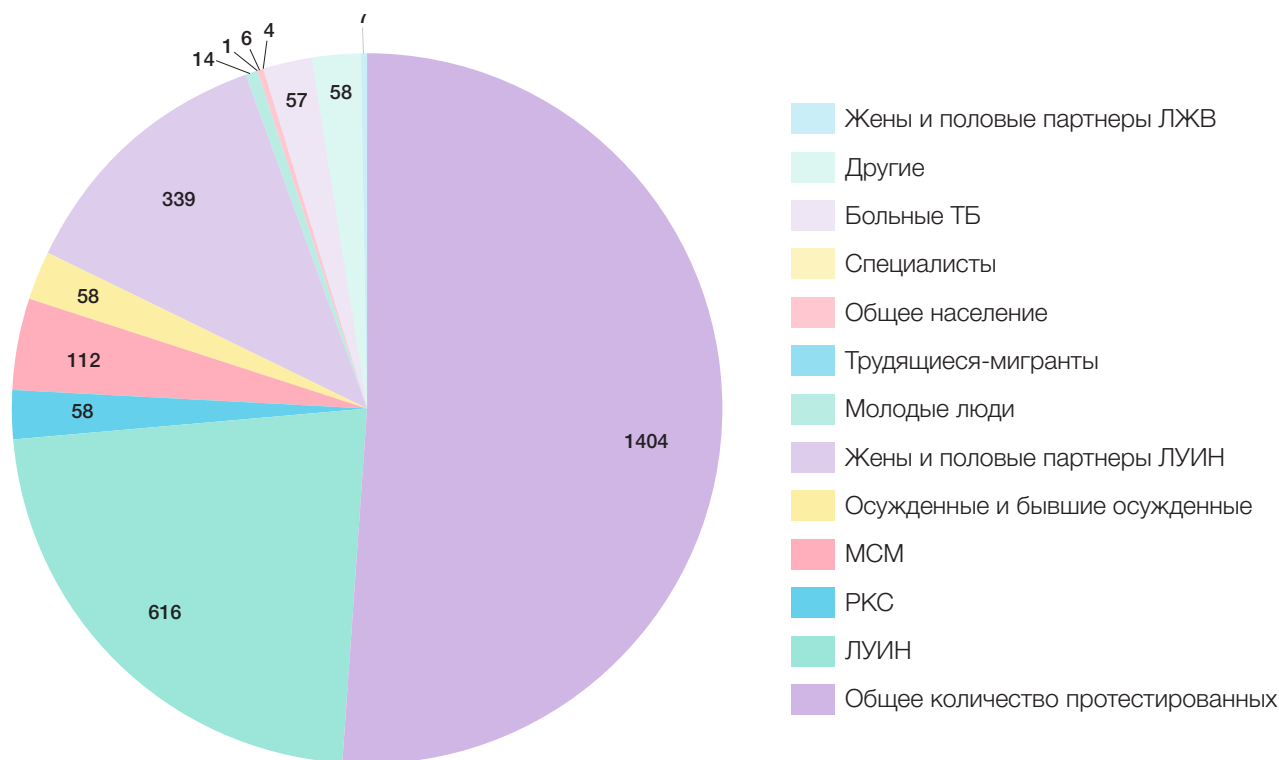
Из 930 клиентов, прошедших тестирование, результаты тестирования были положительными у 13 (1,4%) человек; из них у восьми был подтвержден ранее поставленный диагноз, а у пяти (четыре мужчины и одна женщина) диагноз ВИЧ-инфекции был поставлен впервые. Все пять человек с впервые поставленным диагнозом были членами ключевых групп населения, а именно МСМ и людьми, употребляющими инъекционные наркотики.

Устойчивость

Основным достижением и устойчивым результатом этой практики является тот факт, что НПО в Таджикистане в настоящее время имеют правовую базу для предоставления услуг ДКТ на уровне местных сообществ, которые были одобрены и

сертифицированы правительством Таджикистана. Для проведения тестирования на ВИЧ на уровне местных сообществ требуется финансирование, которое пока что обеспечивается за счет финансовых ресурсов, выделяемых на конкретные проекты. Нынешняя деятельность и ее успехи позволяет обоснованно продолжать пропаганду о необходимости создания в будущем эффективных и устойчивых механизмов финансирования ДКТ на уровне местных сообществ за счет государственного финансирования. Национальная стратегия в области здравоохранения и Национальная программа по СПИДу признают важность сотрудничества государственного сектора здравоохранения с гражданским обществом и НПО. Хотя более крупные размеры выборок населения могут повысить эффективность этой практики, особенно эффективным подходом может стать оказание помощи местным органам власти в формировании нормативной базы для создания ВИЧ-сервисных НПО и дополнительных пунктов ДКТ. Этот подход имеет особую важность для Таджикистана, где процент потребителей инъекционных наркотиков и членов других ключевых групп среди общего населения является высоким.

Рис. 54. Количество и характеристики людей, прошедших тестирование в пунктах ДКТ



ЛУИН: люди, употребляющие инъекционные наркотики

УКРАИНА. Деятельность в области патентного права, направленная на расширение доступа к лечению ВИЧ-инфекции и ВГС-инфекции

Фамилии и служебная принадлежность всех соавторов: Sherembey, Dmytro | Kondratyuk, Serhiy | Trofymenko, Mykyta

Всеукраинская сеть людей, живущих с ВИЧ/СПИДом

Общие сведения

По оценочным данным, в 2016 году в Украине насчитывалось около 240 000 (220 000-260 000) людей, живущих с ВИЧ. При этом только 37% из них (34-40%) получали АРТ (147). Прогресс в достижении второй из поставленных ЮНЭЙДС целей «90-90-90» (увеличение процента людей с диагнозом ВИЧ-инфекции, которые получают АРТ) был медленным из-за ограничений, связанных с фармацевтическими патентами. Из-за этих ограничений закупки трех АРВ-препаратов, которые наиболее широко используются в Украине (лопинавир/ритонавир, абакавир, тенофовир/эмтрицитабин/эфавиренц и долутегравир),³⁸ осуществлялись без какой-либо конкуренции среди фармацевтических компаний. То же самое можно сказать и о лечении ВГС-инфекции, доступ к которому в Украине имело очень небольшое число пациентов.

Описание передовой практики

Чтобы расширить доступ пациентов к лечению ВИЧ- и ВГС-инфекции, с января 2015 года Всеукраинская сеть людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, включилась в активную деятельность по уменьшению ограничений, связанных с фармацевтическими патентами. За последние три года в этой области был достигнут ряд положительных результатов.

Долутегравир (ВИЧ-инфекция)

С 2015 года сеть ведет активные переговоры о возможности поступления на украинский рынок генериков долутегравира. Переговоры включали переписку и встречи с представителями патентообладателей. На основе результатов этих переговоров 25 апреля 2016 года Патентный пул лекарственных средств (МРР) и компания ViiV Healthcare объявили

о предоставлении Украине лицензии МРР на долутегравир.

Тенофовир/эмтрицитабин/эфавиренц (ВИЧ-инфекция)

15 февраля 2016 года сеть организовала совещание на тему «Обеспечение бесперебойного доступа к АРВ-терапии» с участием представителей крупных фармацевтических компаний – держателей исходных патентов (148), соответствующих международных организаций и пациентских организаций. На совещании было отмечено, что генерическая замена является одним из ключевых способов обеспечения непрерывного доступа к АРТ в 2016-2018 годах и что Сеть продолжает работу по использованию всех гибких возможностей, предусмотренных соглашением ТРИПС (149), с целью достижения 100-процентного охвата АРТ всех нуждающихся в Украине. В частности, после этого совещания Сеть и одна из фармацевтических компаний инициировали переговоры по патенту на тенофовир/эмтрицитабин/эфавиренц. В ходе переговоров с одной фармацевтической компанией Сеть неоднократно подчеркивала, что патентная монополия на тенофовир/эмтрицитабин/эфавиренц является необоснованной, так как патент на тенофовир/эмтрицитабин/эфавиренц не соответствует требованиям патентоспособности и что другие страны не признают правомочности этого патента. В результате переговоров Сеть получила от фармацевтической компании письмо о приостановлении действия патента (датированное 1 сентября 2016 года), благодаря чему Украина имеет возможность закупать генерики препарата тенофовир/эмтрицитабин/эфавиренц.

Абакавир (ВИЧ-инфекция)

В 2015 году Сеть подготовила иск на оспаривание существующего патента на абакавир. Позднее в 2015 году Сеть направила письмо в соответствующую фармацевтическую компанию с просьбой дать Украине разрешение на импорт генериков. 4 января 2016 г. Сеть получила отрицательный ответ относительно разрешения на импорт генериков

³⁸ В мае 2018 г. ВОЗ опубликовала заявление о потенциальном риске дефектов нервной трубки у младенцев, родившихся у женщин, принимавших долутегравир во время зачатия (59). В связи с тем, что все большее количество стран наращивают усилия по оптимизации АРТ и включают или планируют включить схемы, содержащие долутегравир, в свои национальные протоколы в качестве предпочтительной схемы первого ряда, ВОЗ выпустила в апреле 2018 года информационную записку о клинических преимуществах нового комбинированного препарата с фиксированной дозой «тенофовир/ламивудин/долутегравир» и о программных аспектах использования этого препарата (60). В июле 2018 года планируется провести ряд различных дополнительных аналитических исследований, чтобы расширить объем данных, которые на данный момент получены только от одной страны.

абакавира и абакавира/ламивудина. В ответ на это 15 февраля 2016 года Сеть подняла на совещании вопрос о возможности генерической замены АРВ-препаратов и, в частности, их принудительного лицензирования. На этой встрече присутствовали украинские представители соответствующей фармацевтической компании и регионального офиса Viiv Healthcare, которые выразили обеспокоенность по поводу возможного принудительного лицензирования АРВ-препаратов в Украине. 25 апреля 2016 года глобальная штаб-квартира компании объявила о расширении программ и поддержки для стран с низким и средним уровнем дохода (СНСД), а MPP и Viiv Healthcare впоследствии объявили о продлении лицензии на долутегравир для СНСД, включая Украину. Сеть направила фармацевтической компании новый запрос с просьбой о продлении лицензии MPP на абакавир и абакавир/ламивудин в стране и со временем получила от нее письмо о приостановлении действия патента в отношении препаратов, содержащих абакавир.

Софосбувир и софосбувир/ледипасвир (ВГС-инфекция)

С начала 2015 года, Сеть предъявила к патентному бюро несколько исков, касающихся отмены или задержки рассмотрения ходатайств, относящихся к патентам на софосбувир и софосбувир/ледипасвир. Это позволило производителю препаратов-генериков зарегистрировать софосбувир в Украине, что привело к снижению цены за курс лечения с 1350 до 750 долл. США. Дальнейшее давление вынудило фармацевтическую компанию предоставить лицензию на производство препаратов-генериков производителям в Украине, что приведет к дальнейшему снижению цен на софосбувир и софосбувир/ледипасвир на отечественном рынке. Поэтому ожидается, что цена на курс лечения софосбувиром, вероятно, снизится до уровня ниже 300 долл. США. Намечены планы дальнейшей патентной деятельности и действий, направленных на аннулирование всех блокирующих патентов и патентных заявок на софосбувир и софосбувир/ледипасвир. Текущие лицензии фармацевтических компаний с производителями генериков обычно

предусматривают лицензионный сбор в размере примерно 9-12%. Кроме того, соответствующая фармацевтическая компания обычно соглашается лицензировать софосбувир и софосбувир/ледипасвир в Украине через производителей из Китая, Индии и Южной Африки. Этот производственный аутсорсинг ограничивает конкуренцию на украинском рынке, так как не позволяет национальным украинским компаниям и компаниям других стран производить собственные софосбувир и софосбувир/ледипасвир или импортировать их в Украину. Цена на софосбувир в Украине во время недавней закупки была снижена до 60 долларов США за курс лечения благодаря конкуренции со стороны производителей генериков.

Доказательства воздействия/эффективности

В результате деятельности Сети и поступления на рынок генериков цены на препараты снизились (в долларах США) как это показано в таблице 13.

Снижение цен позволит снизить расходы, связанные с АРВ-терапией, и, таким образом, охватить лечением еще 80 000 пациентов на национальном уровне. Как Сеть и предполагала, благодаря выходу на рынок генериков цены на АРВ-препараты снизились в среднем в два-четыре раза.

Устойчивость

Эта практика может продолжаться в течение длительного времени с целью совершенствования патентного законодательства, в частности процедур патентного преследования, направленных на предотвращение выдачи необоснованных патентов. К числу достоинств работы в этом направлении относятся отсутствие необходимости в дополнительных ресурсах и тот факт, что она показывает, что даже небольшие группы людей и НПО могут добиться больших успехов в противостоянии коммерческим интересам больших фармацевтических компаний и решении нормативных вопросов, относящихся к патентным законам, которые могут не иметь непосредственного отношения к деятельности ВИЧ-сервисных НПО.

Таблица 13. Цены на препараты для лечения ВИЧ- и ВГС-инфекций до и после поступления на рынок генерических версий препаратов, Украина, долл. США

Препарат (целевая болезнь)	До корректирующих действий (2016)	После корректирующих действий (2017)
Долутегравир (ВИЧ-инфекция), цена упаковки	228,00	5,00
Тенофовир/эмтрицитабин/эфавиренц (ВИЧ-инфекция), цена на человека в год	353,67	95,04
Абакавир (ВИЧ-инфекция), цена упаковки	24,22	9,24
Софосбувир (ВГС-инфекция), цена на курс лечения	1350,00	750,00

СОЕДИНЕННОЕ КОРОЛЕВСТВО. Использование технологии цифровых торговых автоматов для распространения экспресс-тестов на ВИЧ среди MSM из группы высокого риска в Брайтоне и Хоув

Фамилии и служебная принадлежность всех соавторов: Vera, Jaime H^{2,3} | Dean, Gillian^{2,3} | Pollard, Alex¹ | Soni, Suneeta² | Llewellyn, Carrie¹ | Peralta, Carlos³ | Rodriguez, Liliana⁴

¹Медицинская школа Брайтона и Сассекса; ²Brighton and Sussex University Hospitals NHS Trust; ³Университет Брайтона; ⁴Университет Лафборо и Фонд Мартина Фишера

Общие сведения

Для расширения тестирования на ВИЧ в группах высокого риска, включая MSM, и для достижения целей по сокращению числа недиагностированных случаев ВИЧ-инфекции необходимы новые стратегии. Само тестирование на ВИЧ является привлекательной стратегией, так как она удобна для пользователей, позволяя им самостоятельно определять время и место тестирования, а также принимать независимое решение о раскрытии ВИЧ-положительного статуса. Само тестирование также создает для поставщиков услуг возможности достижения групп населения, которые не посещают обычные службы тестирования на ВИЧ-инфекцию. Мы провели оценку разработанного нами метода распространения предназначенных для самостоятельного использования экспресс-тестов на ВИЧ с помощью торговых автоматов среди MSM на одной из территорий высокого риска заражения ВИЧ в Соединенном Королевстве. В рамках этого проекта было апробировано использование технологии цифровых торговых автоматов и само тестирования на ВИЧ в секс-центре (в брайтонской сауне) для MSM в территории с высокой распространенностью ВИЧ (Брайтон и Хоув). Фонд Мартина Фишера, сотрудники брайтонской сауны, производители цифровых торговых автоматов и производители экспресс-тестов на ВИЧ, предназначенных для самостоятельного применения, сформировали уникальную команду для

запуска данного проекта, а также для разработки и осуществления плана устойчивого развития и продвижения будущих аналогичных инициатив. Этот инновационный пилотный проект по использованию нового метода само тестирования на ВИЧ был направлен на стимулирование у клиентов желания сделать тест на ВИЧ в часы работы сауны удобным и конфиденциальным способом, а также тогда, когда клиент считает, что настало подходящее время для такого тестирования. В сауне, где проводится пилотный проект, еженедельно обслуживается около 400 клиентов. При этом персонал сауны ранее отмечал среди своих клиентов высокий уровень сексуального риска, но низкий уровень взаимодействия с аутрич-работниками для обсуждения возможности прохождения тестирования на ВИЧ. Имеются данные о том, что мужчины, посещающие сауну для MSM, секс-клубы и другие подобные заведения, подвергаются большему риску передачи ВИЧ, и поэтому эффективные меры, которые могли бы повысить частоту тестирования на ВИЧ в этих условиях, могли бы привести к снижению темпов передачи ВИЧ.

Описание передовой практики

С помощью перекрестного обследования в сауне для MSM была проведена оценка осуществимости проекта по содействию само тестированию на ВИЧ с помощью распространения экспресс-тестов на ВИЧ

через торговые автоматы. В ходе семинаров по разработке проекта с участием дизайнеров и членов сообщества ЛГБТ были проанализированы отношения членов целевой группы к получению экспресс-тестов для самотестирования на ВИЧ через торговые автоматы на уровне местных сообществ (в барах/клубах, аптеках, университетских городках и на железнодорожных вокзалах). В общей сложности 281 клиент сауны (из 400 посетителей в неделю) заполнили опросник, а 10 добровольцев приняли участие в семинарах по разработке проекта по распространению экспресс-тестов через торговые автоматы. Исследование показало, что 32% ($n = 89$) клиентов сауны никогда не тестировались на ВИЧ, при этом 44% ($n = 123$) из них не считали, что они подвергаются риску заражения ВИЧ – несмотря на наличие статистических данных о высоком риске ВИЧ-инфицирования среди MSM. На вопрос о том, готовы ли они использовать для самотестирования экспресс-тесты, полученные через торговые автоматы, 93% ($n = 260$) ответили утвердительно. Участники совместных семинаров по разработке проекта также отметили высокий уровень приемлемости самотестирования на ВИЧ.

Прототип торгового аппарата (см. Рис. 55) был установлен в сауне на видном месте в вестибюле сауны. На экране автомата написано, что тестирование осуществляется быстро и по одной капле крови. Когда клиенты начинают пользоваться автоматом, они должны ответить на три коротких вопроса (возраст, дата последнего теста на ВИЧ, являются ли они жителями Брайтона и Хоува) и ввести номер своего мобильного телефона, чтобы им могла быть направлена ссылка на сайт для заполнения послетестовой анкеты (с информированием о том, что номер мобильного телефона будет храниться лишь временно, так как автомат устроен так, что он не будет выдавать дополнительный тест клиенту с тем же номером телефона в течение следующих 28 дней с целью предотвращения случаев продажи экспресс-тестов для извлечения прибыли). После этого автомат выдает клиенту экспресс-тест для самотестирования на ВИЧ. Полученный из автомата экспресс-тест представлял собой тест третьего поколения на антитела ВИЧ 1 и 2, который выдавал результат не позднее, чем через 15 минут после взятия капли крови из пальца. Этот экспресс-тест с чувствительностью, равной 97%, и специфичностью, равной 99% имеет Европейский знак соответствия «CE».

Рис. 55. Прототип торгового автомата



Источник: Фонд Мартина Фишера (Martin Fisher Foundation)

Этот тип услуг согласуется с принципами тестирования на ВИЧ, рекомендуемыми ВОЗ, включая согласие (самотестирование), конфиденциальность (самотестирование) и консультирование и поддержку в виде четкой информации о каналах получения необходимой помощи и ухода, которая прилагается к каждому экспресс-тесту для самотестирования на ВИЧ, выдаваемому торговым автоматом. На экспресс-тесте также имеется наклейка с четкой информацией о том, что следует делать при получении положительного результата теста. В частности, текст на наклейке включал телефон доверия, соответствующие веб-ссылки, а также информацию о ближайшем учреждении здравоохранения, где можно получить соответствующую медицинскую помощь (центр профилактики и лечения ВИЧ-инфекции, кожно-венерологический диспансер, «клиника сексуального здоровья» и т.д.). Наклейка (Рис. 56) также содержит информацию

о периоде серонегативного окна и о времени, когда нужно пройти повторное тестирование. Как и при проведении многих других мероприятий по самотестированию, важно найти баланс между необходимостью получения точных данных о положительных/отрицательных результатах теста на ВИЧ и необходимостью предотвратить создание дополнительных препятствий для тестирования на ВИЧ. Как и в случае многих мероприятий по самотестированию, необходимо найти баланс между получением точных данных о положительных/отрицательных результатах теста на ВИЧ и созданием препятствий для тестирования на ВИЧ. В том виде, в котором этот проект проводится сейчас, невозможно точно определить, сколько тестов на ВИЧ было отрицательных, а сколько положительных; однако известно, что у двух человек тестирование дало положительный результат. Для получения доступа к соответствующим медицинским службам эти люди воспользовались информацией на наклейке упаковки. Команда проекта в настоящее время работает над инновационными способами преодоления проблемы недостаточности таких данных, и надеется использовать разработанные решения в торговых автоматах следующего поколения.

Доказательства воздействия/ эффективности

После установки торгового автомата среди пользователей был проведен опрос с целью оценки результатов использования этого автомата. В качестве сравнения использовались показатели тестирования на ВИЧ, проводимого аутрич-работниками до и после вмешательства. Аутрич-работники предлагают услуги тестирования на ВИЧ два раза в неделю в часы работы заведения. Демографические данные собирались с помощью удобного сенсорного экрана автомата (возраст, дата последнего теста на ВИЧ, житель данного города или приезжий). С помощью онлайн-опросника и структурированных интервью была собрана информация об использовании и приемлемости этого торгового автомата, а также об опыте пользователей и их отношении к такому виду самотестирования на ВИЧ.

В период с 8 июля по 31 декабря 2017 года автомат выдал клиентам 204 экспресс-теста. Средний возраст пользователей автомата составил 31 год (диапазон 18-70 лет); 4% ($n = 7$) пользователей никогда ранее не тестировались на ВИЧ, и только 11% (n

Рис. 56. Инструкция пользователя (наклейка на упаковке)



= 22) тестировались в течение последних одного-пяти лет. Уровень охвата тестированием на ВИЧ через торговый автомат был выше по сравнению с тестированием, проводимым работниками по работе с населением в том же месте и в тот же период времени (35 тестов против 4,5 тестов в месяц).

Двадцать три процента ($n = 48$) пользователей торговых автоматов заполнили онлайн опросник, предназначенный для сбора информации об опыте и удовлетворенности пользователей. Средний возраст респондентов составил 42 года (диапазон 17-70 лет). Тридцать четыре процента респондентов ($n = 16$) в последний раз прошли такой тест более года назад или вообще никогда его не проходили. Пятьдесят четыре процента респондентов ($n = 25$) имели незащищенный анальный секс с новым или случайным партнером в течение предыдущих шести месяцев, а 34 процента ($n = 16$) имели

незащищенный анальный секс с более чем одним партнером в прошлом году. Двадцать девять процентов респондентов ($n = 14$) использовали тест в течение двух дней с момента его покупки, пять – через две-шесть недель и один – через 12 недель. Примечательно, что 93% респондентов ($n = 44$) заявили, что они рекомендовали бы это вмешательство другим людям.

Двадцать три пользователя торговых автоматов прошли полуструктурированные интервью. Участники интервью отметили высокий уровень

приемлемости и торгового автомата, и самотестирования на ВИЧ по таким критериям, как удобство и конфиденциальность. На рисунке 57 приведены выдержки из комментариев пользователей торговых автоматов.

В целом, отношение пользователей к практике самотестирования на ВИЧ было положительным. Решение о размещении торгового автомата в сауне было очень позитивно оценено, так как это способствует повышению доступности и упрощению услуг тестирования.

Рис. 57. Несколько комментариев относительно использования торгового автомата

Использование таких автоматов и их размещение в гей-сауне – это замечательная идея. Я видел, что здесь происходит, так что я знаю, о чем говорю. Это идеальное общественное место для данной цели. Такой подход является очень практичным, не так ли...а люди, которые думают, что это неправильно или что-то там еще в таком духе, на самом деле просто обманывают себя.
Участник № 6 (бисексуал, 53 года, никогда не тестировался, собирается жениться ...на женщине)

Это отличная затея и я ее поддерживаю... Я даже не могу найти в ней ни одного недостатка. Вы берете экспресс-тест домой и делаете тест, не так ли? Это удобнее и быстрее, чем идти в медучреждение, и я явно предпочту прийти за тестом именно сюда.

Участник № 4 (МСМ, 54 года, тестировался в прошлом году)

Это замечательно. Такие автоматы повышают осведомленность... Они заставляют людей задуматься: "А действительно ли я сегодня нахожусь в безопасности и не рискую ли я там, где это совершенно не нужно? Я думаю, что это фантастическая идея".

Участник № 23 (МСМ, 26 лет, в последний раз тестировался 4 месяца назад)

23 интервью: 10 пользователей торгового автомата, 13 клиентов сауны

Пользователи дали высокую оценку таким ключевым преимуществам использования торгового автомата и процедуры самотестирования, как удобство и конфиденциальность. Данное мероприятие широко освещалось в средствах массовой информации, и это не только способствует улучшению отношения людей к услугам тестирования на ВИЧ, но и демонстрирует инновационный характер такого подхода (150, 151).

Устойчивость

Распространение экспресс-тестов на ВИЧ через торговые автоматы – это альтернативный и экономически эффективный способ обеспечения доступа к тестированию на ВИЧ. До реализации этого проекта тестирование на ВИЧ было доступно в сауне всего шесть часов в неделю – по средам и

субботам, когда в сауне работали аутрич-консультанты, что очень немного, если учесть, что сауна функционирует 123 часа в неделю. Пик посещений сауны часто приходится на поздний вечер и раннее утро, когда обеспечить наличие аутрич-работников и трудно, и связано с необходимостью повышения зарплаты за часы работы в неурочное время. Поскольку экспресс-тесты для самотестирования снабжены четкими инструкциями для пользователей, никаких дополнительных расходов на персонал или обучение персонала не требуется. При установке торгового автомата нужно только провести базовый инструктаж, чтобы соответствующие сотрудники были осведомлены о принципе действия экспресс-тестов и то, куда нужно направлять клиентов с положительными результатами тестирования. В настоящее время стоимость

одной процедуры самотестирования на ВИЧ составляет около 35 фунтов стерлингов. Стоимость экспресс-теста для самотестирования на ВИЧ с помощью торговых автоматов (по оптовым ценам) составляет всего 11,76 фунтов стерлингов без каких-либо лабораторных затрат, по сравнению с 53,11 фунтов стерлингов, когда пациент посещает учреждение, специализирующееся по вопросам сексуального здоровья, чтобы пройти один тест на ВИЧ (согласно национальному тарифу за этот вид услуг). Кроме того, такая практика также приносит значительную экономию для государственной службы здравоохранения благодаря сокращению уровня передачи инфекции и снижению расходов, связанных с поздней диагностикой ВИЧ-инфекции. Прототип торгового автомата был дорогим (свыше 5000 фунтов стерлингов), но заказ нескольких дополнительных машин позволяет получить значительную экономию масштаба, благодаря чему такие автоматы сейчас стоят менее одной пятой от первоначальной цены (до 2000 фунтов стерлингов). В новых торговых автоматах используются самые современные технологии, что расширит возможности оплаты экспресс-тестов. Опрос показал, что клиенты готовы платить справедливую цену за экспресс-тесты (до 10 фунтов стерлингов, что равно 9 евро). Это означает, что использование торговых автоматов для самотестирования на ВИЧ является экономически эффективным как для служб

здравоохранения, так и для клиентов, обеспечивая устойчивость этого подхода. Проект все еще продолжается, и сейчас планируется внедрение следующего поколения цифровых автоматов для продажи экспресс-тестов для самотестирования на ВИЧ в традиционных местах пребывания МСМ (в гей-барах, гей-клубах и секс-магазинах) в Брайтоне, тем самым улучшая доступ к тестированию на ВИЧ для более широкого сообщества МСМ. Кроме того, существуют планы по внедрению и оценке приемлемости использования этой технологии в других ключевых группах населения, включая чернокожих МСМ, гетеросексуальных мужчин и женщин из числа этнических меньшинств, а также в группах населения, для которых английский язык не является родным, и в других частях Соединенного Королевства, например, в Лондоне и Манчестере. В настоящее время также разрабатываются инновационные способы сбора точной информации о количестве положительных и отрицательных результатов проведенных тестов без создания барьеров для тестирования в целом. Кроме того, разрабатывается приложение для мобильных телефонов, с помощью которого торговые автоматы будут получать информацию о своем расположении в рамках города, а клиент будет иметь возможность установить прямую связь с медицинскими работниками в случае возникновения каких-либо вопросов относительно тестирования или его результатов.

Библиография

1. Европейский центр профилактики и контроля заболеваний, Европейское региональное бюро ВОЗ. HIV/AIDS surveillance in Europe 2017 [Эпиднадзор за ВИЧ/СПИДом в Европе, данные за 2016 г.] Стокгольм: European Centre for Disease Prevention and Control; 2017:86 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/355570/20171127-Annual_HIV_Report.pdf, по состоянию на 7 мая 2018 г.).
2. Стратегия ЮНЭЙДС на 2016-2021 гг. Ускорение мер для прекращения эпидемии СПИДа. Женева: Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу, 2015 г. (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/unaids_strategy_2016-2021_ru.pdf, по состоянию на 7 ноября 2018 г.).
3. Глобальная стратегия сектора здравоохранения по ВИЧ/СПИДу на 2016-2021 гг. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 г. (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255763/WHO-HIV-2016.05-rus.pdf>, по состоянию на 7 ноября 2018 г.).
4. План действий сектора здравоохранения по борьбе с ВИЧ-инфекцией в Европейском регионе ВОЗ. (На англ. яз.) Копенгаген; Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 г. (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/communicable-diseases/hivaids/publications/2017/action-plan-for-the-health-sector-response-to-hiv-in-the-who-european-region-2017>, по состоянию на 7 ноября 2018 г.).
5. Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения

- и профилактики ВИЧ-инфекции: рекомендации с позиций общественного здравоохранения. Второе издание. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 г. (<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/consolidated-guidelines-on-the-use-of-antiretroviral-drugs-for-treating-and-preventing-hiv-infection.-recommendations-for-a-public-health-approach-second-edition-2016>, по состоянию на 7 ноября 2018 г.).
6. Rice BD, Elford J, Yin Z, Delpech VC. A new method to assign country of HIV infection among heterosexuals born abroad and diagnosed with HIV. *AIDS* 2012; 26(15): 1961-1966.
 7. Fakoya I, Alvarez-del Arco D, Woode-Owusu M, Monge S, Rivero-Montesdeoca Y, Delpech V, et al. A systematic review of post-migration acquisition of HIV among migrants from countries with generalised HIV epidemics living in Europe: implications for effectively managing HIV prevention programmes and policy. *BM Public Health*. 2016; 15; 561. Available at: (<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/s12889-015-1852-9.pdf>, accessed 9 June 2018).
 8. Alvarez-del Arco D, Fakoya I, Thomadakis C, Pantazis N, Touloumi G et al. High levels of post-migration HIV acquisition within nine European countries. *AIDS* 2017; June. DOI: 10.1097/QAD.0000000000001571. Accepted manuscript available at: (<https://boris.unibe.ch/101709/1/00002030-900000000-97453.pdf>, accessed 12 June 2018).
 9. Social justice and human rights as a framework for addressing social determinants of health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016.
 10. European Centre for Disease Prevention and Control, WHO Regional Office for Europe. Tuberculosis surveillance in Europe 2018 (2016 data). Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2018 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/tuberculosis/publications/2018/tuberculosis-surveillance-and-monitoring-report-in-europe-2018>, accessed 14 December 2018).
 11. Platt L, Easterbrook P, Gower E, McDonald B, Sabin K, McGowan C et al. Prevalence and burden of HCV co-infection in people living with HIV: a global systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2016;16(7):797–808.
 12. COBATEST Network [website]. Badalona, Spain; 2018 (<https://www.cobatest.org>, accessed 10 May 2018).
 13. Guidelines for Data Collection for Monitoring and Evaluation of Community Based Voluntary Counselling and Testing (CBVCT) for HIV in the COBATEST Network. Badalona, Spain: COBATEST Network; 2014. (Euro HIV EDAT Work package 4; [https://eurohivedat.eu/arxiu/ehe_docsmenu_docsmenu_docsmenu_doc_106-20131101-D03_00_OTH_1_EN_PS.PDF](https://eurohivedat.eu/arxiu/ehe_docsmenu_docsmenu_doc_106-20131101-D03_00_OTH_1_EN_PS.PDF), accessed 10 May 2018).
 14. Estimates of core indicators for monitoring and evaluation of community-based voluntary counselling and testing (CBVCT) for HIV in the COBATEST Network. Final report data for 2015 and 2016 (Euro HIV EDAT Work package 4; https://eurohivedat.eu/arxiu/ehe_docsmenu_docsmenu_doc_141-Final_report_WP4_Euro_HIV_EDAT_2015_and_2016_FINAL.pdf, accessed 10 May 2018).
 15. Fernández-López L, Reyes-Urueña J, Agustí C, Kustec T, Klavs I, Casabona C et al. The COBATEST network: a platform to perform monitoring and evaluation of HIV community-based testing practices in Europe and conduct operational research. *AIDS Care*. 2016;121(suppl 1):32–6.
 16. Fernández-López L, Reyes-Urueña J, Agustí C, Kustec T, Serdt M, Klavs I et al. The COBATEST network: monitoring and evaluation of HIV community-based practices in Europe, 2014–2016. *HIV Med*. 2018;19 (suppl 1):21–6.
 17. Tavošchi L, Hales D. Monitoring of HIV testing services in the EU/EEA. *Euro Surveill*. 2016;21(48): 30410.
 18. Sullivan AK, Sperle I, Raben D, Amato-Gauci AJ, Lundgren JD, Yazdanpanah Y et al. HIV testing in Europe: Evaluating the impact, added value,

- relevance and usability of the European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)'s 2010 HIV testing guidance. *Euro Surveill.* 2017;22(48), e-publication, doi: 10.2807/1560-7917.ES.2017.22.48.17-00323.
19. Euro HIV EDAT [website]. (<https://eurohivedat.eu/>, accessed 26 May 2018).
 20. Busse R, Blümel M, Knieps F, Bärnighausen T. Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition. *Lancet.* 2017;390(10097):882–97.
 21. Gourlay A, Noori T, Pharris A, Axelsson M, Costagliola D, Cowan S, Croxford S et al. The human immunodeficiency virus continuum of care in European Union countries in 2013: data and challenges. *Clin Infect Dis.* 2017;64(12):1644–56.
 22. Ver Hoef, JM, Boveng PL. Quasi Poisson vs. negative binomial regression: how should we model overdispersed count data? *Ecology.* 2007;88(11):2766–72.
 23. Zimmermann R, Kollan C, Ingiliz P, Mauss S, Schmidt D, Bremer V. Real-world treatment for chronic hepatitis C infection in Germany: Analyses from drug prescription data, 2010–2015. *J Hepatol.* 2017;67(1):15–22.
 24. Müller J, Schmidt D, Kollan C, Lehmann M, Bremer V, Zimmermann R. High variability of TB, HIV, hepatitis C treatment and opioid substitution therapy among prisoners in Germany. *BMC Public Health* 2017;17(1):843.
 25. HIV in Ireland: 2016 report. Dublin: Health Protection Surveillance Centre; 2016.
 26. EPIET/EUPHEM. ECDC Fellowship programme. In: European Centre for Disease Prevention and Control [website]. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2018 (<https://ecdc.europa.eu/en/epiet-euphem/about>, accessed 26 May 2018).
 27. Guidelines for national human immunodeficiency virus case surveillance, including monitoring for human immunodeficiency virus infection and acquired immunodeficiency syndrome. Atlanta (GA): Center for Disease Control and Prevention; 1999 (Report No.: 48; <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr4813a1.htm>, accessed 7 May 2018).
 28. Data quality monitoring and surveillance system evaluation: a handbook of methods and applications. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2014 (<https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/data-quality-monitoring-and-surveillance-system-evaluation-handbook-methods-and>, accessed 7 May 2018).
 29. UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. Evaluating a national surveillance system. Geneva: World Health Organization; 2013 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94321/9789241506465_eng.pdf?sequence=1, accessed 7 May 2018).
 30. National AIDS Strategy Committee. HIV notification: information for professionals. Dublin: Health Protection Surveillance Centre; 2012 (<https://www.hpsc.ie/a-z/hivstis/hivandaids/guidance/File,13460,en.pdf>, accessed 7 May 2018).
 31. Giese C, Igoe D, O'Donnell K. An evaluation of HIV case-based surveillance in Ireland: description of the system, sensitivity and timeliness. Dublin: Health Protection Surveillance Centre; 2015.
 32. Treatment guidelines for people infected with HIV. Warsaw: Polish Scientific AIDS Society; 2017 (in Polish; <http://www.ptnaids.pl/images/pliki/zalecenia2017-FINAL.pdf>, accessed 7 May 2018).
 33. Schedule for implementation of the National Programme for Preventing HIV Infections and Combating AIDS for 2017–2021. Krakow: Warsaw: National AIDS Centre of the Ministry of Health; 2017 (<https://aids.gov.pl/wp-content/plugins/download-attachments/includes/download.php?id=3665>, accessed 15 May 2018).

34. Integrate: joint action on integrating prevention, testing and linkage to care strategies across HIV, viral hepatitis, TB and STIs in Europe [website]. Copenhagen: Centre of Excellence for Health, Immunity and Infections – CHIP; 2018 (<http://integrateja.eu>, accessed 26 May 2018).
35. Recommendation on 36 months isoniazid preventive therapy to adults and adolescents living with HIV in resource-constrained and high TB and HIV-prevalence settings: 2015 update. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/tb/publications/2015_ipt_update/en/, accessed 26 May 2018).
36. Implementing the WHO Stop TB Strategy: a handbook for national tuberculosis control programmes. Geneva: World Health Organization; 2008 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43792/9789241546676_eng.pdf?sequence=1, accessed 26 May 2018).
37. Руководство по самотестированию на ВИЧ и информированию партнеров. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/380496/hiv-self-testing-2018-rus.pdf?ua=1, по состоянию на 7 ноября 2018 г.).
38. Kai B, Vilibi - avlek TA, Kure i Filipovi SA, Nemeth-Blaži TA, Pem-Novosel IV, Višekruna Vu ina VE et al. Epidemiologija virusnih hepatitisa. Acta Medica Croatica. 2014; 67(4):273–8 (<https://hrcak.srce.hr/113388>, accessed 22 May 2018).
39. Berzati M, Begovac J, Erceg M, Beganovi T. Checkpoint Zagreb Study: insight into sexual and risky behaviour in the community. Zagreb: HUHIV; 2015 (<https://huhiv.hr/wp-content/uploads/2015/11/CheckPoint-Zagreb-STUDIJA.pdf>, accessed 9 May 2018).
40. Uusküla A, Des Jarlais DC, Kals M, Rüütel K, Abel-Ollo K, Talu A et al. Expanded syringe exchange programs and reduced HIV infection among new injection drug users in Tallinn, Estonia. BMC Public Health 2011; 11:517.
41. HIV prevalence and risk behavior survey among Kohtla-Järve injecting drug users 2012. Tartu: Estonian Institute of Health Development, University of Tartu; 2012.
42. HIV prevalence and risk management survey among Tallinn injecting drug users 2013. Tartu: Institute for Health Development; 2014.
43. HIV prevalence and risk management survey among Narva injecting drug addicts 2014. Tartu: Institute for Health Development; 2015.
44. Vorobjov S, Salekešin M. Prevalence of HIV and risk behaviors among PWID in Kohtla-Järve 2016. Tartu: Institute for Health Development; 2017 (https://intra.tai.ee/images/prints/documents/149873685947_KJ_SN_2016_raport.pdf, accessed 15 May 2018).
45. Estonia's drug prevention policy. White paper. Tallinn: Ministry of the interior; 2014 (https://www.siseministeerium.ee/sites/default/files/dokumentid/Ennetus/white_paper_on_drug_policy_estonia_2014.pdf, accessed 8 May 2018).
46. Grant R, Lama JR, Anderson PL, McMahan V, Liu AY, Vargas L et al. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. N Engl J Med. 2010;363(27):2587–99.
47. Molina JM, Capitant C, Spire B, Pialoux G, Cotte L, Charreau I et al. On-demand preexposure prophylaxis in men at high risk for HIV-1 infection. N Engl J Med. 2015;373(23):2237–46.
48. Molina JM, Charreau I, Spire B, Cotte L, Chas J, Capitant C et al. Efficacy, safety, and effect on sexual behaviour of on-demand pre-exposure prophylaxis for HIV in men who have sex with men: an observational cohort study. Lancet HIV. 2017;4(9):e402-10.
49. HIV care: expert panel recommendations. In: CNS [website]. Paris: Conseil national du sida et des hépatites virales; 2018 (<https://cns.sante.fr/actualites/prise-en-charge-du-vih-recommandations-du-groupe-dexperts/>, accessed 8 May 2018).
50. Sexosafe.fr [website]. paris: Santé publique France; 2018 (<http://sexosafe.fr>, accessed 8 May 2018).

51. Molina JM, Pialoux G, Ohayon M, Cotte L, Valin N, Ghosn J et al. One-year experience with pre-exposure prophylaxis (PrEP) in France with TDF/FTC. In: Conference reports for NATAP. Ninth IAS Conference on HIV Science, Paris, 23–26 July 2017 (Abstract WEPEC0939; http://www.natap.org/2017/IAS/IAS_78.htm, accessed 8 May 2018).
52. Chikovani I, Shengelia N, Sulaberidze L, Sirbiladze T, Tavzarashvili L. HIV risk and prevention behaviors among people who inject drugs in seven cities of Georgia. Tbilisi: Curatio International Foundation, Bemoni Public Union; 2017.
53. Tsereteli N, Chikovani I, Shengelia N, Sulaberidze L. HIV risk and prevention behavior among men who have sex with men in Tbilisi and Batumi, Georgia. Tbilisi: Curatio International Foundation, Center for Information and Counselling on Reproductive Health – Tanadgoma; 2015.
54. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy Netal. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med.* 2011;365(6):493–505.
55. The TEMPRANO ANRS 12136 Study Group, Danel C, Moh R, Gabillard D, Badje A, Le Carrou J et al. A Trial of early antiretrovirals and isoniazid preventive therapy in Africa. *N Engl J Med.* 2015;373:808–22.
56. The INSIGHT START Study Group, Lundgren JD, Babiker AG, Gordin F, Emery S, Grund B et al. Initiation of Antiretroviral therapy in early asymptomatic HIV infection. *N Engl J Med.* 2015;373:795–807.
57. Руководство о времени назначения антиретровирусной терапии и по доконтактной профилактике ВИЧ-инфекции. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2016 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/310301/Guideline-when-start-ATP-HIVru.pdf?ua=1, по состоянию на 7 ноября 2018 г.).
58. Global AIDS Monitoring 2018: indicators for monitoring the 2016 United Nations Political Declaration on Ending AIDS. New York: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2017 (<http://www.unaids.org/en/resources/documents/2018/Global-AIDS-Monitoring>, accessed 8 May 2018).
59. WHO statement and Q&A on potential safety issue related with DTG. Geneva: World Health Organization; 2018 (http://www.who.int/medicines/publications/drugalerts/Statement_on_DTG_18May_2018final.pdf?ua=1, accessed 26 May 2018).
60. Dolutegravir (DTG) and the fixed dose combination (FDC) of tenofovir/lamivudine/dolutegravir (TLD). Geneva: World Health Organization; 2018 (<http://www.who.int/hiv/topics/treatment/dtg-tld-briefing-web/en/>, accessed 26 May 2018).
61. Hatzakis A, Sypsa V, Paraskevis D, Nikolopoulos G, Tsiara C, Micha K et al. Design and baseline findings of a large-scale rapid response to an HIV outbreak in people who inject drugs in Athens, Greece: the ARISTOTLE programme. *Addiction.* 2015;110(9):1453–67.
62. Sypsa V, Psychogiou M, Paraskevis D, Nikolopoulos G, Tsiara C, Paraskeva D et al. Rapid decline in HIV incidence among persons who inject drugs during a fast-track combination prevention program after an HIV outbreak in Athens. *J Infect Dis.* 2017;215(10):1496–505.
63. Результаты дозорного эпидемиологического надзора за вич-инфекцией в Кыргызской республике. СПИД Фонд Восток-Запад; 2016 г. (www.afew.kg/upload/userfiles/IBBS_report_21_12_2017_final.pdf), по состоянию на 7 ноября 2018 г.).
64. Bridging the gaps: health and rights for key populations [website]. Amsterdam: Aidsfonds (Bridging the Gaps lead agency); 2018 (<https://www.hivgaps.org>, accessed 26 May 2018).
65. Cabinet Regulation No. 611 (adopted 25 July 2006). Procedures for ensuring assistance with deliveries. Riga: Official Gazette of the Republic of Latvia; 2006 (<http://likumi.lv/ta/id/140695-dzemdibu-palidzibas-nodrosinasanas-kartiba>, accessed 9 May 2018).

66. World Health Organization and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Mission to assess readiness for validation of the elimination of mother to child transmission of HIV. Latvia, 23–27 May 2016. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/countries/latvia/publications/mission-to-assess-readiness-for-validation-of-the-elimination-of-mother-to-child-transmission-of-hiv-latvia,-23-27-may-2016>, accessed 26 May 2018).
67. HIV and hepatitis B and C in Latvia. European Centre for Disease Prevention and Control – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction joint technical mission, 2–4 September 2014. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2015 (Mission report; <https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/hiv-and-hepatitis-b-and-c-latvia>, accessed 9 May 2018).
68. World Health Organization and United Nations Children’s Fund. Guideline: updates on HIV and infant feeding: the duration of breastfeeding and support from health services to improve feeding practices among mothers living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246260/9789241549707-eng.pdf>, accessed 9 May 2018).
69. WHO implementation tool for pre-exposure prophylaxis of HIV infection. Geneva: World Health Organization; 2017. (<http://www.who.int/hiv/pub/prep/prep-implementation-tool/en/>, accessed 7 May 2018).
70. Hoornenborg E, Achterbergh RCA, Schim van der Loeff MF, Davidovich U, Hogewoning A, de Vries HJC et al. MSM starting preexposure prophylaxis are at risk of hepatitis C virus infection. *AIDS*. 2017;31(11):1603–10.
71. Hoornenborg E, Achterbergh RC, van der Loeff MFS, Davidovich U, van der Helm JJ, Hogewoning A et al. Men who have sex with men more often chose daily than event-driven use of pre-exposure prophylaxis: baseline analysis of a demonstration study in Amsterdam. *J Int AIDS Soc*. 2018;21(3):e25105.
72. Hoornenborg E, Prins M, Achterbergh RCA, Woittiez LR, Cornelissen M, Jurriaans S et al. Acquisition of wild-type HIV-1 infection in a patient on pre-exposure prophylaxis with high intracellular concentrations of tenofovir diphosphate: a case report. *Lancet HIV*. 2017;4(11):e522–8.
73. Preventive use of HIV medication. The Hague: The Health Council; 2018.
74. Prins M. AMPrEP in H-TEAM: a PrEP implementation project in Amsterdam [presentation]. Controlling the HIV epidemic with antiretrovirals: progress, risks, and opportunities, Geneva, Switzerland, 13–14 October 2016. (http://www.iapac.org/tasp_prep/presentations/TPSgeneva16-Panel-Prins.pdf, accessed 26 May 2018).
75. HA-REACT. Joint Action on HIV and Co-infection Prevention and Harm Reduction [website]. Berlin: AIDS Action Europe; 2018 (<https://www.hareact.eu/en>, accessed 26 May 2018).
76. Kastelic A, Pont J, Stöver H. Opioid substitution treatment in custodial settings. A practical guide. Oldenburg: Bis Verlag der Carl von Osietzky Universität Oldenburg; 2008 (http://www.unodc.org/documents/balticstates//Library/PrisonSettings/OST_in_Custodial_Settings.pdf, accessed 26 May 2018).
77. Law No. 30/2000, of 29 November 2001. Defines the legal framework applicable to the consumption of narcotics and psychotropic substances, together with the medical and social welfare of the consumers of such substances without medical prescription. Lisbon: Assembly of the Republic of Portugal; 2001.
78. Republic of Moldova progress report on HIV/AIDS. January–December 2016. Chisinau 2017 (http://aids.md/aids/files/1599/2016_Moldova_GAM_Report_Eng.pdf, accessed 6 December 2018). Monitoring the control of HIV infection in the Republic of Moldova, 2016. Chi in u: Ministry of Health of the Republic of Moldova; 2016: 48 (http://sdmc.md/wp-content/uploads/2016/04/2016_HIV_MD_Raport_anual_RO.pdf accessed 28 May 2018).

79. Department for the Monitoring and Evaluation of HIV/AIDS Infection in Romania [website]. Bucharest: Infectious Disease Institute “Prof. Dr. Matei Bals”; 2018 (in Romanian; www.cnlas.ro, accessed 26 May 2018).
80. H-Alert [website]. Bucharest: Infectious Disease Institute “Prof. Dr. Matei Bals”; 2018 (in Romanian; www.h-alert.ro, accessed 26 May 2018).
81. Сводное руководство по услугам тестирования на ВИЧ. 5 принципов: согласие, конфиденциальность, консультирование, верные результаты, привязка к помощи. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/317659/Consolidated-guidelines-HIV-testing-services-2015-ru.pdf?ua=1, по состоянию на 7 ноября 2018 г.).
82. Problems of infectious and parasitic diseases. Volume 43, supplement/2015. Sofia: National Center of Infectious and Parasitic Diseases; 2015.
83. Council of Ministers Decree No. 61 of 26 March 1996, prom. State Gazette No. 29 of 5 April 1996, amendment 3 of 11 January 2000.
84. Country factsheets. Latvia: 2016. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2018 (<http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/latvia>, accessed 7 May 2018).
85. Country factsheets: Lithuania; 2016 (<http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/lithuania>, accessed 7 May 2018).
86. Karnite A, Brigis G, Uuskula A. Years of potential life lost due to HIV infection and associated factors based on national HIV surveillance data in Latvia, 1991–2010. *Scand J Infect Dis.* 2013;45:140–46.
87. Hedrich D, Kalamara E, Sfetcu O, Pharris A, Noor A, Wiessing L et al. Human immunodeficiency virus among people who inject drugs: is risk increasing in Europe? *Euro Surveill.* 2013; 18: 20648.
88. European Drug Report 2017: trends and developments. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2017 (http://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2017_en, accessed 26 May 2018).
89. Schwarz M, Pugliese L, Suligoi B, Luzi AM, editors. The compass: cardinal points to guide people with HIV in the protection of their rights. Rome: Istituto Superiore di Sanità; 2017 (in Italian; http://old.iss.it/binary/ccoa/cont/LA_BUSSOLA.pdf, accessed 26 May 2018).
90. Luzi AM, Pasqualino GM, Pugliese L, Schwarz M, Suligoi B, editors. Access to care for foreign persons: operational indications. Rome: Istituto Superiore di Sanità; 2017 (in Italian; http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_297_allegato.pdf, accessed 26 May 2018).
91. Annual approval to the Parliament 2014. Rome: Department of Anti-Drug Policies; 2014 (in Italian; <http://www.politicheantidroga.gov.it/it/archivio-generale/archivio-relazioni-al-parlamento/relazione-annuale-2014/presentazione>, accessed 26 May 2018).
92. Luzi AM, Suligoi B, editors. New guidelines for screening and diagnosis of the main infectious diseases related to the use of substances in the Services for Addictions. Rome: Department of Anti-Drug Policies; 2017 (in Italian; http://old.iss.it/binary/publ/cont/LINEE_DI_INDIRIZZO_online.pdf, accessed 26 May 2018).
93. Order No. V-584 on the Description of the Procedure for Narcotic and Psychotropic Substance Harm Reduction Programmes, 5 July 2006. Vilnius: Ministry of Health of the Republic of Lithuania; (in Lithuanian; <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.566695AEA478>, accessed 26 May 2018).
94. Portugal. Country Drug Report 2017. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2017 (<http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4508/TD0116918ENN.pdf>, accessed 9 May 2018).
95. Mirandola M, Gios L, Sherriff N, Toskin I, Marcus U, Schink S et al., editors. The Sialon II Project. Report on a bio-behavioural survey among MSM in 13 European cities. Rome: Cierre Grafica; 2016

- (http://www.sialon.eu/data2/file/133_Sialon%20II_Report%20on%20a%20Bio-behavioural%20Survey%20among%20MSM%20in%2013%20European%20cities.pdf, accessed 26 May 2018).
96. Marcus U, Hickson F, Weatherburn P, Schmidt AJ, EMIS Network. Prevalence of HIV among MSM in Europe: comparison of self-reported diagnoses from a large-scale internet survey and existing national estimates. *BMC Public Health* 2012;12:978.
 97. Dias S, Gama A, Fuertes R, Mendão L, Barros H. Risk-taking behaviours and HIV infection among sex workers in Portugal: results from a cross-sectional survey. *Sex Transm Infect.* 2015;91:346–52.
 98. Dias S, Gama A, Pingarilho M, Simões D, Mendão L. Health services use and HIV prevalence among migrant and national female sex workers in Portugal: are we providing the services needed? *AIDS Behav.* 2017;21(8):2316–21.
 99. Dias S, Akpogheneta O, Abrantes P, Gama A, Reigado V, Ferreira A et al. HIV among sub-Saharan African migrants in Portugal: a cluster analysis of sexual risk behaviour profiles [poster]. In: Resource library. 16th European AIDS Conference, Milan, Italy, 25–27 October 2017 (<http://resourcelibrary.eacs.cyim.com/>, accessed 26 May 2018).
 100. WHO guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis) Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/syphilis-treatment-guidelines/en/>, accessed 8 May 2018).
 101. Руководство по тестированию на гепатиты В и С. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 г. (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260130/9789244549988-rus.pdf>), по состоянию на 7 ноября 2018 г.).
 102. EEA Grants Portugal [website]. Lisbon: European Economic Area Financial Mechanism; 2018 (<http://www.eeagrants.gov.pt/en/en-pa13-menu>, accessed 26 May 2018).
 103. President's Emergency Plan for AIDS Relief [website]. Washington (DC): Office of US Global AIDS Coordinator and the Bureau of Public Affairs, US State Department; 2018 (<https://www.pepfar.gov/>, accessed 26 May 2018).
 104. An OCFA app. SyrEX Cloud. In: Alliance [website]. Alliance: Kiev; 2018 (<http://aph.org.ua/en/our-works/world/syrex-cloud/>, accessed 26 May 2016).
 105. Đurić P, Lešo D, Jovović D, Hamelmann, C. Towards domestic financing of national HIV responses: lessons learnt from Croatia. New York: United Nations Development Programme; 2015 (http://www.eurasia.undp.org/content/dam/rbec/docs/UNDP%20Towards%20Domestic%20Croatia_web.pdf, accessed 26 May 2018).
 106. EC joint action “Improving quality in HIV prevention”. In: WHO/Europe health topics [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hivaids/policy/policy-guidance-for-areas-of-intervention/prevention/improving-quality-in-prevention/ec-joint-action-improving-quality-in-hiv-prevention>, accessed 26 May 2018); Quality Action [website]. Brussels: EuroHealthNet (<http://www.qualityaction.eu/>, accessed 26 May 2018).
 107. INTEGRATE [website]. Copenhagen: Centre of Excellence for Health, Immunity and Infections (CHIP) (<http://integrateja.eu/>, accessed 26 May 2018).
 108. The ESF in Croatia. In: European Commission [website]. Brussels: European Union (<http://ec.europa.eu/esf/main.jsp?catId=383&langId=en>, accessed 26 May 2018); Milieu Ltd. Healthy living: Croatia. Brussels: ESF Funds for Health; 2018 (http://esifundsforhealth.eu/sites/default/files/2018-04/HR_Healthy%20Living%20final_0.pdf, accessed 26 May 2018).
 109. СПИД. Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД. Астана: Министерство здравоохранения Республики Казахстан; 2018 г. (<http://www.rcaids.kz/ru/about/>

- publication/center_report/, по состоянию на 7 ноября 2018 г.).
110. Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 24 июня 2016 года № 557 Об утверждении списка лекарственных средств, изделий медицинского назначения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, подлежащих закупке у Единого дистрибьютора на 2017 год. Астана: министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан; 2016 г. Приказ можно загрузить, набрав в окне поиска слова: Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 24 июня 2016 года № 557.
 111. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 29 августа 2017 года № 666. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 19 сентября 2017 года № 15724. Астана: министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан; 2017 г. Приказ можно прочитать, набрав в окне поиска слова: Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 29 августа 2017 года № 666.
 112. 90-90-90: Лечение для всех. Женева, Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС); 2018 г. (<http://www.unaids.org/ru/resources/909090>, по состоянию на 7 ноября 2018 г.).
 113. Kuzmanovska G, Aleksoski B, Karadzovski J, Stavridis K, Mikik V, Kochinski D, et al. On the movement of acute infectious diseases in the Republic of Macedonia in the month of December 2017 [translated from Macedonian]. Skopje: Institute of Public Health of Republic of Macedonia; 2017.
 114. Institute of Public Health of Republic of Macedonia, unpublished results of integrated biobehavioural studies among MSM, SWs and people who inject drugs, conducted in 2017– 2018, announced formally at a community consultation meeting on 19 March 2018.
 115. Optimizing investments in Former Yugoslav Republic of Macedonia's HIV response. Washington (DC): World Bank; 2015 (<http://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/25378>, accessed 26 May 2018).
 116. The impact of transition from global fund support to governmental funding on the sustainability of harm reduction programs: a case study from Macedonia. Vilnius: Eurasian Harm Reduction Network; 2016 (<http://icaso.org/wp-content/uploads/2016/10/Macedonia-Case-Study.pdf>, accessed 26 May 2018).
 117. World AIDS Day, 1 December 2017. In: Institute of Public Health of Republic of Macedonia [website]. Skopje: Institute of Public Health of Republic of Macedonia; 2017 (<http://iph.mk/en/world-aids-day-1-december-2017/>, accessed 26 May 2018).
 118. Government of the Former Yugoslav Republic of Macedonia. National HIV programme for 2018. Official Gazette of the Former Yugoslav Republic of Macedonia. 2018:17 (<http://www.fzo.org.mk/WBStorage/Files/7.pdf>, accessed 26 May 2018).
 119. Antinori A, Coenen T, Costagiola D, Dedes N, Ellefson M, Gatell J et al. Late presentation of HIV infection: a consensus definition. *HIV Med.* 2011;12:61–4.
 120. Эпиднадзор за ВИЧ/СПИДом в Европе, 2012 г. Европейский центр профилактики и контроля заболеваний (ECDC) (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/252823/HIV-AIDS-surveillance-in-Europe-2012-Rus.pdf, по состоянию на 7 ноября 2018 г.).
 121. European Hepatitis-HIV Testing Week [website]. Copenhagen: HIV in Europe; 2018 (<http://www.testingweek.eu>, accessed 26 May 2018).
 122. NAM aidsmap [website]. London: NAM Publications; 2018 (www.AIDSmap.com, accessed 26 May 2018).
 123. European Test Finder [online database]. London: NAM Publications; 2018 (<https://ecdc.europa.eu/en/test-finder>, accessed 26 May 2018).

124. European HIV–Hepatitis Testing Week materials. In: European HIV–Hepatitis Testing Week [website]. Copenhagen: HIV in Europe; 2018 (<http://www.testingweek.eu/get-involved/European-Testing-Week-materials>, accessed 26 May 2018).
125. Zoufaly A, Heiden M, Marcus U, Hoffmann C, Stellbrink HJ, Voss L et al. Late presentation for HIV diagnosis and care in Germany. *HIV Med.* 2012;13:172–81.
126. Meystre-Agustoni G, Jeannin A, Pécoud A, Bodenmann P, Dubois-Arber F. Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? *Swiss Med Wkly.* 2011;141:w13178
127. Bull SS, Rietmeijer C, Fortenberry DJ, Stoner B, Malotte K, Vandevanter N et al. Practice patterns for the elicitation of sexual history, education, and counseling among providers of STD services: Results from the gonorrhea community action project (GCAP). *Sex Transm Dis.* 1999;26(10):584–9.
128. Verhoeven V, Bovijn K, Helder A, Peremans L, Hermann I, Van Royen P et al. Discussing STIs: doctors are from Mars, patients from Venus. *Fam Pract.* 2003;20:11–15.
129. Deutsche Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter (German Association of Practicing Physicians Treating HIV-Infected Patients), Deutsche STI- Gesellschaft (German STI Society), Deutsche AIDS-Gesellschaft (German AIDS Society), the German Competence Network for HIV/AIDS and the Federal Centre for Health Education.
130. TOOLBOX: best practice examples. In: Medtalk [website]. Heidelberg: Wissenschaftliche Leitung des Nationalen longitudinalen Mustercurriculums Kommunikation in der Medizin; 2018 (<http://www.medtalk-education.de/toolbox>, accessed 26 May 2018).
131. HIV-Jahresbericht 2015. Berlin: Robert Koch-Institut; 2016 (*Epidemiologisches Bulletin*, No. 38; <http://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/2420/29ecc9sdUk8Y.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, accessed 26 May 2018).
132. Deine Gesundheit, Dein Glaube - HIV-Prävention in afrikanischen Kirchengemeinden [video]. Deutsche AIDS-Hilfe; 2018 (https://www.youtube.com/watch?v=_vTfcdNjmL0&t=30s, accessed 26 May 2018).
133. Heijman T, Zuure F, Stolte I, Davidovich U. Motives and barriers to safer sex and regular STI testing among MSM soon after HIV diagnosis. *BMC Infect Dis.* 2017;17:194.
134. Seks onder je 25e. Amsterdam: Rutgers and Soa Aids Nederland; 2017 ([http://seksonderje25e.nl/files/uploads/Seks%20onder%2025%202017%20samenvatting%20\(2\).pdf](http://seksonderje25e.nl/files/uploads/Seks%20onder%2025%202017%20samenvatting%20(2).pdf), accessed 26 May 2018).
135. Thermometer seksuele gezondheid. Bilthoven: National Institute for Public Health and the Environment, Ministry of Health, Welfare and Sport; 2012 (<http://www.rivm.nl/dsresource?objectid=01fabd11-dd1d-42b4-8d32-903c61a2fde9&type=org&disposition=inlin>e, accessed 26 May 2018).
136. Vrijlekker.nl [website]. Amsterdam: GGD Amsterdam and Ministry of Media; 2008 (<http://www.vrijlekker.nl>, accessed 26 May 2018).
137. Everything about health for young people [website]. GGD Amsterdam; 2018 (<http://www.jouwggd.nl>, accessed 26 May 2018).
138. Mindmasters [website]. 2018 (<http://www.mindmasters.nl>, accessed 26 May 2018).
139. Área de Vigilancia de VIH y Comportamientos de Riesgo. Vigilancia epidemiológica del VIH y sida en España 2015: sistema de información sobre nuevos diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 2016 (http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/fd-sida/pdf_sida/Informe_VIH_SIDA_2016_def.pdf, accessed 26 May 2018).

140. Fernández-López L, Rifà B, Pujol F, Becerra J, Pérez M, Meroño M et al. Impact of the introduction of rapid HIV testing in the Voluntary Counselling and Testing sites network of Catalonia, Spain. *Int J STD AIDS*. 2010;21:388–91.
141. Nationell strategi mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar. Stockholm: Regeringskansliet; 2017 (<http://www.regeringen.se/informationsmaterial/2017/12/nationell-strategi-mot-hiv-aids-och-andra-smittsamma-sjukdomar/>, accessed 26 May 2018).
142. Hiv i Sverige 2016. In: Fokhälsomyndigheten [website]. Solna: Fokhälsomyndigheten; 2017 (<https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/h/hiv-i-sverige-2016/>, accessed 26 May 2018).
143. Att leva med hiv i SverigeL en studie om livskvalitet hos personer som lever med hiv. In: Fokhälsomyndigheten [website]. Solna: Fokhälsomyndigheten; 2017 (<http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/a/att-leva-med-hiv-i-sverige-en-studie-om-livskvalitet-hos-personer-som-lever-med-hiv/>, accessed 26 May 2018).
144. Hiv idag [website]. Stockholm; Public health Authority; 2018 (<https://www.folkhalsomyndigheten.se/hiv idag>, accessed 26 May 2018).
145. Статистика. Источник: Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД [сайт]. Душанбе (<http://www.nc-aids.tj/statistika.html>, по состоянию на 7 ноября 2018 г.).
146. СФВЗ-Таджикистан [сайт]. Душанбе; 2018 г. (<http://www.afew.tj/ru/>, по состоянию на 7 ноября 2018 г.).
147. Country: Ukraine. In: UNAIDS [website]. Geneva: UNAIDS; 2018 (<http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/ukraine>, accessed 26 May 2018).
148. Glossary. Geneva: World Health Organization (http://www.who.int/medicines/areas/coordination/English_Glossary.pdf, accessed 26 May 2018).
149. Uruguay Round Agreement: Trips. Part II: Standards concerning the availability, scope and use of Intellectual Property Rights. New York: World Trade Association; 2018 (https://www.wto.org/english/docs_e/legal_e/27-trips_04_e.htm#5, accessed 26 May 2018).
150. Bacchi U. Gay sauna fights HIV in Britain with first-of-its-kind test vending machine. Reuters. 11 August 2017 (<http://www.reuters.com/article/us-britain-hiv-vending-machine/gay-sauna-fights-hiv-in-britain-with-first-of-its-kind-test-vending-machine-idUSKBN1AR1TY>, accessed 26 May 2018).
151. Ryan S. State-of-the-art HIV testing machine installed at gay sauna. *The Argus*. 9 August 2017 (http://www.theargus.co.uk/news/15459830.State_of_the_art_HIV_testing_machine_installed_at_gay_sauna/, accessed 26 May 2018).

Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г., основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

Государства-члены

Австрия
Азербайджан
Албания
Андорра
Армения
Беларусь
Бельгия
Болгария
Босния и Герцеговина
Бывшая югославская Республика Македония
Венгрия
Германия
Греция
Грузия
Дания
Израиль
Ирландия
Исландия
Испания
Италия
Казахстан
Кипр
Кыргызстан
Латвия
Литва
Люксембург
Мальта
Монако
Нидерланды
Норвегия
Польша
Португалия
Республика Молдова
Российская Федерация
Румыния
Сан-Марино
Сербия
Словакия
Словения
Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии
Таджикистан
Туркменистан
Турция
Узбекистан
Украина
Финляндия
Франция
Хорватия
Черногория
Чешская Республика
Швейцария
Швеция
Эстония

ISBN 9789289053839



9 789289 053839 >

Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро

UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen O, Denmark
Тел.: +45 45 33 70 00; Факс: +45 45 33 70 01
Эл. адрес: eurocontact@who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int