



Всемирная организация
здравоохранения

РУКОВОДСТВО



СВОДНОЕ РУКОВОДСТВО ПО
**ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В КЛЮЧЕВЫХ
ГРУППАХ НАСЕЛЕНИЯ:
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА,
ЛЕЧЕНИЕ И УХОД**

ИЮЛЬ 2014 г.

КЛЮЧЕВЫЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ



Всемирная организация
здравоохранения

СВОДНОЕ РУКОВОДСТВО ПО
**ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В КЛЮЧЕВЫХ
ГРУППАХ НАСЕЛЕНИЯ:
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА,
ЛЕЧЕНИЕ И УХОД**

ИЮЛЬ 2014 г.

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data :

Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations.

1. HIV Infections - prevention and control. 2. HIV Infections - therapy. 3. HIV Infections – diagnosis. 4. Risk Factors. 5. Vulnerable Populations. 6. Guideline. I. World Health Organization.

ISBN 978 92 4 450743 8

(NLM classification: WC 503.6)

© **Всемирная организация здравоохранения, 2014 г.**

Все права защищены. Публикации Всемирной организации здравоохранения имеются на веб-сайте ВОЗ (www.who.int) или могут быть приобретены в Отделе прессы ВОЗ, Всемирная организация здравоохранения, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (тел.: +41 22 791 3264; факс: +41 22 791 4857; эл. почта: bookorders@who.int). Запросы на получение разрешения на воспроизведение или перевод публикаций ВОЗ - как для продажи, так и для некоммерческого распространения - следует направлять в Отдел прессы ВОЗ через веб-сайт ВОЗ (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти, либо относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, в отношении которых пока еще может быть не достигнуто полное согласие.

Упоминание конкретных компаний или продукции некоторых 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 четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, возникший в результате использования этих материалов.

Printed in (country name)

СОДЕРЖАНИЕ

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ	vii
АКРОНИМЫ И СОКРАЩЕНИЯ	xi
ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОСНОВНЫХ ТЕРМИНОВ	xii
РЕЗЮМЕ	xv
1 ВВЕДЕНИЕ	1
1.1 Ключевые и другие уязвимые группы населения	2
1.2 ВИЧ-инфекция в ключевых группах населения	4
1.2.1 Мужчины, имеющие секс с мужчинами	4
1.2.2 Люди, находящиеся в пенитенциарных и закрытых учреждениях	5
1.2.3 Люди, употребляющие инъекционные наркотики	5
1.2.4 Секс-работники	6
1.2.5 Трансгендеры	6
1.2.6 Множественные и взаимосвязанные факторы уязвимости и разные уровни риска	6
1.2.7 Подростки и молодые люди из ключевых групп населения	7
1.3 Целенаправленная борьба с ВИЧ-инфекцией в ключевых группах населения – разумное инвестирование ресурсов	7
1.3.1 Ключевые группы населения как один из важнейших факторов развития эпидемии	8
1.3.2 Расширение охвата услугами с целью улучшения ситуации	8
1.4 Сфера применения Руководства	9
1.5 Комментарии по применению Руководства	9
1.6 Цели и задачи	10
1.7 Целевая аудитория	11
1.8 Основополагающие принципы Руководства	11
2 МЕТОДОЛОГИЯ И ПРОЦЕСС ПОДГОТОВКИ РУКОВОДСТВА	13
2.1 Вводная часть	14
2.2 Создание групп по разработке Руководства	14
2.3 Определение сферы применения Руководства	15

2.4	Обзор доказательств	16
2.4.1	Ситуация в пенитенциарных и закрытых учреждениях	16
2.5	Разработка рекомендаций по доконтактной профилактике ВИЧ-инфекции (ДКП)	16
2.6	Оценка доказательств	17
2.6.1	Интерпретация качества доказательств	17
2.6.2	Определение силы рекомендаций	17
2.7	Обзор примеров передовой практики в области оказания услуг и реализации рекомендаций	19
2.8	Процесс подготовки Руководства	19
2.9	Планы распространения Руководства	19
2.10	Обновление Руководства	19
3	КОМПЛЕКСНЫЙ ПАКЕТ МЕР	21
3.1	Услуги для всех ключевых групп населения	22
3.2	Особые соображения	23
3.2.1	Люди, находящиеся в пенитенциарных и закрытых учреждениях	23
3.2.2	Люди, употребляющие инъекционные наркотики	23
3.2.3	Подростки из ключевых групп населения	24
4	ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО ПРОТИВОДЕЙСТВИЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В КЛЮЧЕВЫХ ГРУППАХ НАСЕЛЕНИЯ	25
4.1	Профилактика	26
4.1.1	Комплексные программы по расширению использования презервативов и лубрикантов	26
4.1.2	Снижение вреда среди людей, употребляющих инъекционные наркотики (ЛУИН)	29
4.1.3	Поведенческие вмешательства	40
4.1.4	Профилактика передачи ВИЧ в медицинских учреждениях	43
4.1.5	Профилактика ВИЧ-инфекции с помощью АРВ-препаратов	44
4.1.6	Добровольное мужское обрезание для профилактики ВИЧ-инфекции, осуществляемое медицинским персоналом (ДМОМ)	54
4.2	Добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ (ДКТ)	56
4.3	Вовлечение в систему помощи при ВИЧ-инфекции	60
4.4	Лечение и помощь при ВИЧ-инфекции	61
4.4.1	Антиретровирусная терапия	61
4.4.2	Профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку	64
4.4.3	Взаимодействия АРВ-препаратов	66

4.5	Профилактика и лечение коинфекций и сопутствующих заболеваний	68
4.5.1	Туберкулез	68
4.5.2	Вирусный гепатит	72
4.5.3	Охрана психического здоровья	76
4.6	Общий уход	78
4.6.1	Питание	78
4.6.2	Охрана сексуального и репродуктивного здоровья	78
5	ОСНОВНЫЕ СПОСОБСТВУЮЩИЕ ФАКТОРЫ	87
5.1	Законодательство и политика	90
5.1.1	Правовые барьеры	90
5.1.2	Способствующие факторы	90
5.2	Стигматизация и дискриминация	96
5.2.1	Барьеры	96
5.2.2	Способствующие факторы	96
5.3	Расширение прав и возможностей местных сообществ	100
5.3.1	Барьеры	100
5.3.2	Способствующие факторы	101
5.4	Насилие	106
5.4.1	Барьеры	106
5.4.2	Способствующие факторы	107
6	ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ УСЛУГ	111
6.1	Вводная часть	112
6.2	Ключевые стратегии в сфере организации медицинского обслуживания	114
6.2.1	Конфликт интересов	114
6.2.2	Децентрализация услуг	116
6.2.3	Перераспределение обязанностей в сфере предоставления медицинских услуг	118
6.2.4	Подходы, ориентированные на оказание услуг вне медицинских учреждений	119
6.3	Ключевые факторы, учитываемые при предоставлении услуг всем ключевым группам населения	122

7 РАЗРАБОТКА И РЕАЛИЗАЦИЯ МЕР ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ: ПРИНЯТИЕ РЕШЕНИЙ, ПЛАНИРОВАНИЕ И МОНИТОРИНГ	129
7.1 Вводная часть	130
7.1.1 Основополагающие принципы	131
7.2 Формирование понимания ситуации	132
7.3 Планирование и реализация мер по противодействию ВИЧ-инфекции	135
7.4 Мониторинг и оценка мер противодействия ВИЧ-инфекции	136
7.5 Непрерывное планирование и развитие мер противодействия ВИЧ-инфекции	136
ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИЙ ГЛОССАРИЙ ДЛЯ РУССКОЙ ВЕРСИИ	142
БИБЛИОГРАФИЯ	148

ПРИЛОЖЕНИЯ

Все приложения доступны в Интернете по адресу <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/> (на англ. яз.)

- Приложение 1. Доконтактная профилактика ВИЧ-инфекции (ДКП) для мужчин, имеющих секс с мужчинами: систематический обзор
- Приложение 2. Доконтактная профилактика ВИЧ-инфекции (ДКП) для людей, употребляющих инъекционные наркотики: систематический обзор
- Приложение 3. Ценности и предпочтения: сводный отчет
- Приложение 3.1. Ценности и предпочтения MSM: использование антиретровирусной терапии с целью профилактики
- Приложение 3.2. Ценности и предпочтения людей, употребляющих инъекционные наркотики, мнения экспертов, активистов и поставщиков услуг: профилактика ВИЧ-инфекции, снижение вреда и другие вопросы
- Приложение 3.3. Ценности и предпочтения трансгендеров: качественное исследование
- Приложение 4. Охрана здоровья в пенитенциарных учреждениях: обзор литературы
- Приложение 5. Примеры из практики
- Приложение 6. ВИЧ-инфекция и молодые люди
- Приложение 6.1. ВИЧ-инфекция и молодые трансгендеры
- Приложение 6.2. ВИЧ-инфекция и молодые люди, продающие сексуальные услуги
- Приложение 6.3. ВИЧ-инфекция и молодые люди, употребляющие инъекционные наркотики
- Приложение 6.4. ВИЧ-инфекция и молодые люди, имеющие секс с мужчинами

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Группа по разработке руководства и руководящая группа

Сопредседатели: **Chris Beyrer** (Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, США) и **Adeeba Kamarulzaman** (University of Malaya, Малайзия).

Elie Aaraj[#] (Middle East & North Africa Harm Reduction Association (MENAHR), Ливан), **Eliot Albers**^{*} (The International Network of People who Use Drugs (INPUD), Соединенное Королевство), **George Ayala**^{*} (The Global Forum on MSM and HIV (MSMGF), США), **Carlos F. Cáceres** (Sexuality and Human Development, Cayetano Heredia University, Перу), **Kate Montecarlo Cordova**[#] (Association of Transgender People in the Philippines (A.T.P), Филиппины), **Tetiana Deshko**[#] (International HIV/AIDS Alliance in Ukraine), **Daouda Diouf**[#] (Enda Santé, Сенегал), **Zoë Dodd**[#] (The International Network of People who Use Drugs (INPUD), Канада), **Frits van Griensven** (Thai Red Cross Society, Chulalongkorn University, Таиланд), **Mengjie Han**[#] (National Center for AIDS/STD Control and Prevention, China CDC, Китайская Народная Республика), **Ralf Jürgens** (Open Society Foundations, США), **Mehdi Karkouri**[#] (Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd, Марокко), **JoAnne Keatley** (Center of Excellence for Transgender Health, США), **Anita Krug**[#] (Youth RISE, Австралия), **Joep Lange**^{*} (University of Amsterdam, Нидерланды), **Keletso Makofane**[#] (The Global Forum on MSM and HIV, Южная Африка), **Jessie Mbwambo**[#] (Muhimbili University of Health and Allied Sciences, Танзания), **Fabio Mesquita** (Ministry of Health, Бразилия), **Noah Metheny**^{*} (The Global Forum on MSM and HIV (MSMGF), США), **Ruth Morgan Thomas** (Global Network of Sex Work Projects (NSWP), Соединенное Королевство), **Debbie Muirhead** (Department of Foreign Affairs and Trade (DFAT), Индонезия), **Patrick Mutua Mburugu** (Ministry of Public Health & Sanitation, Кения), **Ed Ngoksin** (Global Network of People Living with HIV/AIDS (GNP+), Южная Африка), **Sam Nugraha**[#] (Community Based Treatment (Rumah Singgah PEKA), Индонезия), **Tonia Poteat** (Office of the U.S. Global AIDS Coordinator (OGAC), США), **Ganesh Ramakrishnan** (Bill and Melinda Gates Foundation, Индия), **Sushena Reza-Paul**[#] (University of Manitoba, Канада; Ashodaya Samithi, Индия).

[#] Только Группа по разработке руководства

^{*} Только Руководящая группа

Участники процесса подготовки систематических обзоров по GRADE

Caitlin Kennedy и **Virginia Fonner** (Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, США) и **Nandi Siegfried** (независимый клинический эпидемиолог, Южная Африка).

Эксперты, внесшие вклад в сбор подтверждающих доказательств

Sonya Arreola, **George Ayala**, **Jack Beck**, **Keletso Makofane** (Глобальный форум по вопросам МСМ и ВИЧ (MSMGF), США), **Margaret Harris** (консультант ВОЗ), **Mary Henderson** (консультант ВОЗ), **Mira Schneiders** (консультант ВОЗ), **Ameé Schwitters** (Центры по контролю и профилактике заболеваний, США) и **Kate Welch** (консультант ВОЗ).

Члены внешней группы по проведению коллегиальной экспертной оценки

Peter Aggleton (Centre for Social Research in Health, University of New South Wales, Австралия), **Eliot Albers** (The International Network of People who Use Drugs (INPUD), Соединенное Королевство), **George Ayala** (The Global Forum on MSM and HIV (MSMGF), США), **Sylvia Ayon** (Kenya AIDS NGOs Consortium, Кения), **Stef Baral** (Center for Public Health and Human Rights, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, США), **Taib Basheeb** (Reachout Center Trust, Кения), **Nicholas Bates** (The Albion Centre, Австралия), **Parinita Bhattacharjee** (University of Manitoba, Кения, and National AIDS and STI Control Programme Technical Support Unit (NASCOPTU), Кения), **Sha'ari bin Ngadiman** (Ministry of Health, Малайзия), **Jamie Bridge** (International Drug Policy Consortium, Соединенное Королевство), **Jude Byrne** (International Network of People who Use Drugs (INPUD), Австралия), **Gabriela Calazans** (School of Medicine of the University of São Paulo, Бразилия), **Mohamed Chakroun** (Faculty of Medicine, University of Monastir, Тунис), **Xiang-Sheng Chen** (National Center for Sexually Transmitted Disease Control, Китайская Народная Республика), **Mauro Cabral** (GATE - Global Action for Trans* Equality, Аргентина), **Mean Chhi Vun** (National Centre for HIV and STI prevention and Control, Камбоджа), **Joy Cunningham** (FHI360, США), **Louisa Degenhardt** (National Drug and Alcohol Research Centre (NDARC), University of New South Wales, Австралия), **Justus Eisfeld** (GATE – Global Action for Trans* Equality, США), **Benham Farhoudi** (Islamic Azad University, Tehran Medical Branch, Иран), **Naomi Fontanos** (Gender and Development Advocates (GANDA) Filipinas, Филиппины), **Le Minh Giang** (Center for Research and Training on HIV/AIDS, Вьетнам), **George Githuka** (Ministry of Health, Кения), **Kimberly Green** (FHI360, Гана), **Bikash Gurung** (Youth RISE, Непал), **Wisal Hassan** (Health Alliance International, Судан), **Lee Hertel** (The International Network of People who Use Drugs (INPUD), США), **Chad Hughes** (Centre for International Health, Burnet Institute, Австралия), **Smarajit Jana** (Sonagachi Research and Training Institute, Индия), **Manhong Jia** (Yunnan AIDS/STI Centre, Китайская Народная Республика), **Jeremiah Johnson** (Treatment Action Group, США), **Kianoush Kamali** (National AIDS Control Programme, Иран), **John Kashiha** (Tanzania Sisi Kwa Sisi Foundation, Танзания), **Deanna Kerrigan** (Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, США), **Nduku Kilonzo** (Liverpool VCT, Care and Treatment (LVCT), Кения), **Nataliia Kitsenko** (The Way Home NGO, Украина), **Kelika A. Konda** (University of California, Los Angeles, США, и Universidad Peruana Cayetano Heredia, Перу), **Bram Langen** (COC Nederland, Нидерланды), **Biangtung Langkham** (Project ORCHID, Emmanuel Hospital Association, Индия), **Joseph Tak Fai Lau** (The Chinese University of Hong Kong, Китайская Народная Республика), **Anthony Lisle** (UNAIDS Regional Support Team for Asia and the Pacific, Таиланд), **Lisa Maher** (Kirby Institute for Infection and Immunity, University of New South Wales, Австралия), **Samuel Matsikure** (Gays and Lesbians of Zimbabwe (GALZ), Зимбабве), **Marden Marques Soares Filho** (Ministério da Saúde, Бразилия), **Susie McLean** (International HIV/AIDS Alliance, Соединенное Королевство), **Ellen Mitchell** (KNCV Tuberculosis Foundation, Нидерланды), **Jason Mitchell** (Oceania Society for Sexual Health and HIV Medicine, Фиджи), **Joseph Ngua Mombo** (Sex Worker Outreach Programme (SWOP), Кения), **Jules Mugabo** (WHO Rwanda), **Lillian Mworeko** (International Community of Women Living with HIV (ICW Eastern Africa), Уганда), **Isidore Obot** (University of Uyo, Нигерия), **Dédé Oetomo** (Asia–Pacific Coalition on Male Sexual Health (APCOM), Индонезия), **Nittaya Phanuphak** (Thai Red Cross AIDS Research Centre, Таиланд), **Midnight Poonkasetwattana** (Asia Pacific Coalition on Male Sexual Health (APCOM), Таиланд), **Made Yogi Oktavian Prasetya** (Bali Medika Clinic, Индонезия), **Anita Radix** (Callen Lorde Community Health Center, США), **Kevin Rebe** (ANOVA Health Institute, Южная Африка), **Helen Rees** (Wits Reproductive and HIV Research Institute, Южная Африка), **Gary Reid** (независимый консультант, Индия), **Kirill Sabir** (FtM Phoenix Group, Российская Федерация), **Bettina Schunter** (независимый консультант, Пакистан), **Sopheap Seng** (National Center for HIV/AIDS, Камбоджа), **Maninder Singh Setia** (независимый консультант по дерматологии и эпидемиологии, Индия), **Sally Shackleton** (Sex Workers Education and Advocacy Taskforce (SWEAT), Южная Африка), **Kate Shannon** (British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS, Канада), **Oscar Ozmund Simooya** (The Copper Belt University, Замбия), **Tim Sladden** (United Nations Population Fund, Турция), **Mat Southwell** (Coast, Соединенное Королевство), **Rosario Jessica Tactacan-Abrenica** (San Lazaro Hospital, Филиппины), **Siti Nadia Tarmizi** (Ministry of Health, Индонезия), **Pham Thi Minh** (Viet Nam Network of People who Use Drugs (VNPU), Вьетнам), **Marguerite Thiam-Niangoin** (Ministère de la santé et de la lutte contre le SIDA, Кот-д'Ивуар), **Tengiz Tsertsvadze** (AIDS and Clinical Immunology Research Center, Грузия), **Bea Vuylsteke** (Institute of Tropical Medicine, Бельгия), **Darshana Vyas** (Pathfinder International, Индия), **Daniel Wolfe** (Open Society Foundations, США), **William Chi Wai Wong** (The University of Hong Kong, Китай), **Tariq Zafar** (Nai Zindagi, Пакистан).

Учреждения ООН и другие партнеры

Jenny Butler (Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения, США), **Monica Ciupagea** (Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности, Австрия), **Clifton Cortez** (Азиатско-Тихоокеанский региональный центр Программы развития ООН, Таиланд), **Karl Dehne** (Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу, Швейцария), **Mauro Guarineri** (Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, Швейцария), **Fabienne Hariga** (Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности, Австрия), **Michel Kazatchkine** (специальный представитель Генерального секретаря ООН по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии, Швейцария), **Mariângela Simão** (Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу, Швейцария).

Сотрудники и консультанты ВОЗ

В разработке данного руководства приняли участие следующие сотрудники ВОЗ: **Annabel Baddeley** (Глобальная программа борьбы с туберкулезом), **Nathalie Broutet** (Департамент репродуктивного здоровья и исследований), **Nicolas Clark** (Департамент психического здоровья и токсикомании), **Meg Doherty** (Департамент по ВИЧ-инфекции), **Martin Donoghoe** (Европейское региональное бюро ВОЗ), **Philippa Easterbrook** (Глобальная программа по борьбе с гепатитом), **Jane Ferguson** (Департамент по здоровью матерей, новорожденных, детей и подростков), **Nathan Ford** (Департамент по ВИЧ-инфекции), **Mary Lyn Gaffield** (Департамент репродуктивного здоровья и исследований), **Raul Gonzalez-Montero** (Департамент по ВИЧ-инфекции), **Joumana Hermez** (Региональное бюро для стран Восточного Средиземноморья), **Knut Lonnoth** (Глобальная программа борьбы с туберкулезом), **Rafael Mazin** (Региональное бюро для стран Америки), **Eyusalem Negussie** (Департамент по ВИЧ-инфекции), **Lisa Nelson** (Департамент по ВИЧ-инфекции), **Susan Norris** (секретариат Комитета по рассмотрению руководящих принципов), **Martina Penazzato** (Департамент по ВИЧ-инфекции), **Nathan Shaffer** (Департамент по ВИЧ-инфекции), **Marco Vitoria** (Департамент по ВИЧ-инфекции), **Teodora Wi** (Департамент репродуктивного здоровья и исследований), **Stefan Wiktor** (Глобальная программа по борьбе с гепатитом), **Kouadio Yeboue** (Межгосударственная Группа АФРБ по поддержке стран Западной Африки) and **Pengfei Zhao** (Региональное бюро для стран Западной части Тихого океана).

Особая благодарность выражается следующим консультантам ВОЗ, которые внесли свой вклад в координацию усилий и в проведение исследований, относящихся к разработке руководящих принципов, а также в их написание: **Cadi Irvine**, **Alice Armstrong**, **Bradley Mathers**, **Michelle Rodolph**, **Amee Schwitters** (CDC), и **Graham Shaw**. В разработке этого руководства также принимали участие следующие консультанты: **Katie Curran**, **Cheryl Johnson** и **Kevin O'Reilly**. Интерны, которые оказали поддержку процессу подготовки руководства: **Carmen Figueroa**, **Pramudie Gunaratne** и **George Mugambi**.

Административная поддержка со стороны ВОЗ была оказана **Nadia Hilal McDonald**; а коммуникационная поддержка была оказана **Glenn Thomas** и **Oyuntungalag Namjilsuren**. Редакторами документа были **Ward Rinehart** и **Sarah Johnson** (Jura Editorial Services).

Общая координация

Rachel Baggaley обеспечивала общую координацию процесса подготовки руководства в сотрудничестве с **Annette Verster** и **Cadi Irvine** и под руководством **Andrew Ball** и **Gottfried Hirschall** (Департамент по ВИЧ-инфекции).

Финансирование

Финансирование для поддержки этой работы, включающей проведение систематических обзоров доказательств, сбор фактических данных, организацию совещаний экспертов, а также разработку, редактирование и печатание руководства было обеспечено за счет средств структуры ЮНЭЙДС «Единые принципы бюджета, результатов и подотчетности» и Чрезвычайного плана Президента США для оказания помощи в связи со СПИДом (PEPFAR). Средства на подготовительную работу по части руководства, относящейся к трансгендерам, были предоставлены Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией.

Этот документ посвящен памяти Glenn Thomas из Департамента ВОЗ по связям, который трагически погиб на рейсе MH17, когда он направлялся в Австралию, чтобы принять участие в Международной конференции по СПИДу и помочь запустить Сводное руководство.

Этот документ посвящен памяти **Glenn Thomas** из Департамента ВОЗ по связям, который трагически погиб на рейсе MH17, когда он направлялся в Австралию, чтобы принять участие в Международной конференции по СПИДу и помочь запустить Сводное руководство.

АКРОНИМЫ И СОКРАЩЕНИЯ

ЗТС	ламивудин
AZT	зидовудин (также известен как ZDV)
EFV	эфавиренз
FTC	эмтрицитабин
GRADE	Система разработки, оценки и определения обоснованности рекомендаций
LPV/r	лопинавир/ритонавир
NNRTI	ненуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы
RTV	ритонавир
TDF	тенофовир
APB	антиретровирусный (препарат)
ART	антиретровирусная терапия
BGB	вирус гепатита В
BGC	вирус гепатита С
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВПЧ	вирус папилломы человека
ДКП	доконтактная профилактика ВИЧ-инфекции
ДКТ	добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ
ДМОМ	добровольное мужское обрезание, осуществляемое медицинским персоналом
ЗТМ	заместительная терапия метадонем (поддерживающая терапия метадонем)
ИП	ингибитор протеазы
ИППП	инфекции, передаваемые половым путем
МиО	мониторинг и оценка
МЛЗ	медикаментозное лечение зависимости
МЛУ-ТВ	туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью
ОЗТ	опиоидная заместительная терапия
ПЕПФАР	Чрезвычайный план Президента США для оказания помощи в связи со СПИДом
ПИШ	программы игл и шприцев
ПКП	постконтактная профилактика ВИЧ-инфекции
ППЛ	периодическое презумптивное лечение
ППМР	профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку
ПРООН	Программа развития Организации Объединенных Наций
ПТИ	профилактическая терапия изониазидом
СТ/ВИЧ	самотестирование на ВИЧ
ТБ	туберкулез
УНП ООН (синоним: ЮНОДК)	Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности
ЮНИСЕФ	Детский фонд Организации Объединенных Наций
ЮНФПА	Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения
ЮНЭЙДС	Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДУ

ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОСНОВНЫХ ТЕРМИНОВ

Определения, используемые в данном руководстве, отражают текущие согласованные определения, используемые в Глобальной стратегии сектора здравоохранения по ВИЧ/СПИДу на 2011–2015 гг. и определения, используемые Организацией Объединенных Наций, например, в документе Объединенной программы Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) «Методическая записка на тему: ВИЧ и секс-работа» и в других соответствующих документах ВОЗ и ООН.

Термин **«ключевые группы населения»** используется для обозначения групп людей, которые, независимо от типа эпидемии или местных условий, подвергаются повышенному риску ВИЧ-инфицирования в силу особенностей своего поведения. Кроме того, представители этих групп часто находятся в такой правовой и социальной ситуации, связанной с особенностями их поведения, которая еще больше повышает их уязвимость к ВИЧ-инфекции. Данное руководство посвящено следующим пяти ключевым группам: (1) мужчины, имеющие секс с мужчинами, (2) люди, употребляющие инъекционные наркотики, (3) люди, находящиеся в пенитенциарных и закрытых учреждениях, (4) секс-работники и (5) трансгендеры. Люди, находящиеся в пенитенциарных и закрытых учреждениях, также рассматриваются в настоящем руководстве, что объясняется такими причинами, как нахождение в таких учреждениях других групп риска по ВИЧ-инфекции, более рискованное поведение и отсутствие служб профилактики и лечения ВИЧ-инфекции. Ключевые группы населения имеют важное значение как с точки зрения динамики распространения ВИЧ-инфекции, так и с точки зрения их потенциального вклада в эффективную борьбу с эпидемией в качестве одного из важнейших партнеров (1).

Уязвимыми группами населения являются группы людей, которые особенно уязвимы к ВИЧ-инфицированию в определенных ситуациях или обстоятельствах. В эту категорию входят подростки (особенно девочки-подростки в странах Африки южнее Сахары), сироты, беспризорные дети, люди с ограниченными возможностями, а также мигранты и мобильные работники. Воздействие ВИЧ на эти группы населения не является однородным во всех странах и на различных этапах эпидемии ВИЧ-инфекции. В настоящем руководстве стратегии, относящиеся к этим уязвимым группам населения, конкретно не рассматриваются, но многие принципы и рекомендации, изложенные в Руководстве, применимы к этим группам.

Термин **«мужчины, имеющие секс с мужчинами»**, относится ко всем мужчинам, которые вступают в сексуальные и/или романтические отношения с другими мужчинами. Слова «мужчины» и «секс» интерпретируются по-разному в различных культурах и обществах и разными людьми. Таким образом, этот термин охватывает большое разнообразие обстоятельств и условий, в которых имеет место секс между мужчинами, независимо от различных мотиваций, сексуальной и гендерной идентичности конкретных людей, а также идентификации с любой конкретной общиной или социальной группой.

Термин **«люди, употребляющие инъекционные наркотики (ЛУИН)»**, относится к людям, употребляющим инъекционные психоактивные (психотропные) вещества в немедицинских целях. Эти вещества включают следующие категории (но не ограничиваются ими): опиоиды, стимуляторы амфетаминового ряда, кокаин, гипно-седативные средства и галлюциногены. Инъекции могут быть внутривенными, внутримышечными, подкожными и т.д. Люди, которые делают себе инъекции таких средств для медицинских целей, не включены в это определение (такие инъекции обычно называют терапевтическими). Это определение также не охватывает людей, которые с целью формирования тела или улучшения спортивных результатов делают себе инъекции средств, не имеющих психотропного эффекта, таких как, стероиды или другие гормоны. Хотя основное внимание в данном руководстве уделяется ЛУИН, которые подвергаются повышенному риску ВИЧ-инфицирования из-за совместного использования инъекционного оборудования, значительная часть этого руководства актуальна и для людей, употребляющих другие инъекционные средства.

Термин **«люди, употребляющие наркотики»**, охватывает всех людей, которые используют психоактивные вещества независимо от способа их введения – инъекционно, перорально, ингаляционно, через слизистые

оболочки (подъязычно, ректально, интраназально) или через кожу. Это определение часто не охватывает использование таких широко используемых веществ, как напитки и продукты питания, содержащие алкоголь и кофеин.

Люди, находящиеся в пенитенциарных и закрытых учреждениях. Существует большое количество терминов, обозначающих пенитенциарные учреждения и другие места лишения свободы. В частности, в эту группу входят места, где содержатся люди, ожидающие суда; места для людей, которые уже осуждены; места, где содержание под стражей осуществляется по другим соображениям безопасности, и т.д. Аналогично, существует большое количество терминов, обозначающих людей, содержащихся под стражей. В этом руководстве термин «пенитенциарные и закрытые учреждения» относится ко всем местам содержания под стражей, которые имеются в стране, а термины «заключенные» и «лица, содержащиеся под стражей» относятся ко всем лицам, содержащимся под стражей в системе уголовного правосудия и в местах лишения свободы (включая несовершеннолетних подростков мужского и женского пола) во время расследования преступления и ожидания суда, после вынесения приговора, а также до и после определения меры наказания. Этот термин формально не охватывает лиц, содержащихся под стражей по причинам, связанным с иммиграцией или статусом беженца, без предъявления обвинения, а также приговоренных к принудительному лечению или направлению в реабилитационный центр. Тем не менее, большинство положений в этом руководстве подходит и для этих людей.

Термин **«секс-работники»** используют для обозначения взрослых женщин, мужчин и трансгендерных лиц (18 лет и старше), которые на регулярной или нерегулярной основе оказывают сексуальные услуги в обмен на деньги или товары. Понятие «секс-работа» означает секс по обоюдному согласию между совершеннолетними партнерами. Сексуальные услуги могут иметь многие формы и их характер варьируется между странами и сообществами и внутри них. Секс-работа также варьируется в той степени, в которой она является более или менее «формальной» или организованной.

Согласно Конвенции о правах ребенка (КПР), дети и подростки в возрасте до 18 лет, которые оказывают сексуальные услуги в обмен на деньги, товары или побрякушки, являются жертвами «сексуальной эксплуатации», и их не относят к категории секс-работников.

Многих людей можно отнести к более чем одной ключевой группе. Так, например, некоторые мужчины, имеющие секс с мужчинами, могут также употреблять инъекционные наркотики и/или заниматься секс-бизнесом.

Трансгендеры — это общий термин, используемый для обозначения людей, чья гендерная идентичность и полоролевое поведение не соответствуют нормам и ожиданиям, традиционно связанным с полом, к которому они были отнесены при рождении. В их число входят транссексуалы, трансгендеры и другие люди, которые не считают себя принадлежащими ни к мужскому, ни к женскому полу.

Трансгендеры могут идентифицировать себя, используя такие термины, как трансгендеры, женщины, мужчины, трансженщины, трансмужчины, транссексуалы, или любые другие термины, обозначающие трансгендерную идентичность человека в конкретной культуре (хиджры в Индии, катон в Таиланде, вари в Индонезии и т.д.). Трансгендеры могут выражать свою гендерную принадлежность различными способами, например, подчеркивая те или иные мужские, женские и/или андрогинные характеристики. Высокая уязвимость и особые медицинские потребности трансгендеров требуют придания им независимого и четко обозначенного статуса в рамках глобальной борьбы с ВИЧ-инфекцией.

Степень риска инфицирования при половом контакте различается среди различных подгрупп трансгендеров. Например, риск инфицирования при половом контакте может быть выше среди трансгендерных женщин или трансгендерных мужчин, которые имеют принимающий анальный секс, чем среди трансгендерных мужчин или женщин, имеющих половые контакты только с женщинами. Во многих странах показатели распростра-

ненности ВИЧ-инфекции среди трансгендерных женщин такие же или даже выше, чем среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами. Ввиду этих различающихся половых профилей риска основное внимание в этом сводном руководстве уделяется трансгендерным женщинам или трансгендерным мужчинам, имеющим половые контакты с мужчинами, а не трансгендерным женщинам и трансгендерным мужчинам, имеющим половые контакты только с женщинами.

Дети: В соответствии со статьей 1 Конвенции о правах ребенка, «Ребенком признается лицо, не достигшее 18 лет, за исключением тех случаев, когда в соответствии с национальными законами предусматривается совершеннолетие в более раннем возрасте.» (5).

Подростки: По определению ВОЗ, к подросткам относятся молодые люди от 10 до 19 лет. Подростки не являются однородной группой. Хотя физическое и эмоциональное созревание человека и приходит с годами, подростки одного и того же возраста могут существенно различаться по степени зрелости. Кроме того, различные социальные и культурные факторы могут влиять на здоровье подростков, на их способность принимать важные личные решения, а также на их способность получить доступ к соответствующим службам.

В этом документе в основном используется термин «подростки». Другие термины, охватывающие частично совпадающие возрастные группы, включают следующие:

Молодежь: Этот термин относится к людям в возрасте от 15 до 24 лет.

Молодые люди (люди молодого возраста): Этот термин относится к людям в возрасте от 10 до 24 лет (10).

РЕЗЮМЕ

Цель

В этом новом сводном руководстве по профилактике, диагностике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) объединяет все существующие руководящие указания, касающиеся пяти ключевых групп населения (мужчин, имеющих секс с мужчинами; людей, употребляющих инъекционные наркотики; людей, находящихся в пенитенциарных и закрытых учреждениях; секс-работников; и трансгендеров), а также обновляет отдельные указания и рекомендации в этой области. Настоящее руководство преследует следующие цели: обеспечить пользователей комплексным пакетом научно-обоснованных рекомендаций по ВИЧ-инфекции, касающихся всех ключевых групп населения; повысить уровень информированности о потребностях и проблемах, важных для ключевых групп населения; улучшить показатели охвата соответствующими эффективными и приемлемыми услугами, а также их доступности и использования; стимулировать большую приверженность усилиям, направленным на обеспечение адекватного финансирования соответствующих служб и их эффективной работы.

В силу своего рискованного поведения и своей уязвимости ключевые группы населения в непропорциональной степени страдают от ВИЧ-инфекции во всех странах и во всех условиях. Эти непропорциональные риски отражают как типичные модели поведения среди членов этих групп населения, так и особые правовые и социальные обстоятельства, которые повышают их уязвимость. Несмотря на вышеуказанное, показатели профилактики и лечения ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения в целом остаются недостаточными. Во многих районах уровень ВИЧ-инфицирования среди ключевых групп продолжает расти, что наблюдается даже тогда, когда соответствующие показатели в общей популяции стабилизируются или снижаются.

На сегодняшний день ВОЗ разработала отдельное нормативное руководство для каждой из пяти ключевых групп населения, но, в целом, общие вопросы, касающиеся всех ключевых групп населения, остаются недостаточно проработанными. Аналогичным образом, в глобальных руководящих указаниях ВОЗ по ВИЧ-инфекции, включая сводное руководство по АРВ-терапии 2013 г., не рассматриваются особые потребности ключевых групп населения. При подготовке этого руководства ставилась цель устранить эти пробелы и ограничения. Страны и другие конечные пользователи указали на важность сводного руководства ВОЗ по ключевым группам населения, которое поможет руководителям национальных и местных программ и поставщикам услуг более эффективно планировать и реализовывать услуги для этих групп населения. Таким образом, в настоящем сводном руководстве рассматриваются подходы и элементы, относящиеся к эффективному оказанию услуг в связи с ВИЧ-инфекцией как для всех ключевых групп населения, так и для одной или нескольких таких групп.

Формат руководства

Руководство состоит из семи следующих глав:

- Глава 1:** Общие сведения, контекст, обоснование, руководящие принципы, задачи и целевая аудитория.
- Глава 2:** Методы и процесс подготовки руководства
- Глава 3:** Комплексный пакет мер, предназначенных для различных ключевых групп населения.
- Глава 4:** Деятельность системы здравоохранения по противодействию ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения.
- Глава 5:** Основные способствующие факторы, необходимые для успешной реализации рекомендаций .

Глава 6: Различные аспекты предоставления услуг и примеры из практики.

Глава 7: Разработка и реализация мер противодействия ВИЧ-инфекции: принятие решений, планирование, мониторинг, оценка, показатели и механизмы определения затрат.

Методология разработки рекомендаций

В октябре 2013 г. на совещании внешней Руководящей группы были проанализированы все соответствующие существующие руководства ВОЗ и выявлены как рекомендации, требующие обновления, так и новые области и аспекты, требующие рассмотрения. Эта группа состояла из людей, представляющих сети и организации ключевых групп населения, ученых, исследователей, руководителей и исполнителей программ, а также организации и учреждения, являющиеся партнерами Организации Объединенных Наций. Секретариат ВОЗ обеспечивал поддержку деятельности этой группы.

Внешняя Руководящая группа предложила, что сводное руководство по ключевым группам населения должно содержать рекомендации по всему спектру континуума помощи в связи с ВИЧ-инфекцией (профилактика-диагностика-лечение-уход) и включать в себя рекомендации и указания по основным способствующим факторам, которые необходимы для стабильного предоставления безопасных, эффективных и приемлемых услуг в связи с ВИЧ-инфекцией. Новые аспекты, требующие внимания, включали повторное рассмотрение фактических данных по доконтактной профилактике ВИЧ-инфекции (ДКП) для мужчин, имеющих секс с мужчинами, и оценку фактических данных, касающихся ДКП для людей, употребляющих инъекционные наркотики – группы, которая не была охвачена в предыдущем руководстве. Внешняя Руководящая группа также подчеркнула приоритетность работы по разработке рекомендаций по распространению налоксона для его использования вне ЛПУ, т.е. непосредственно там, где может произойти передозировка, а также по обновлению рекомендаций для людей, находящихся в тюрьмах и других закрытых учреждениях.

После совещания внешней Руководящей группы в октябре 2013 г. была сформирована группа по разработке руководства, в состав которой вошло большинство членов внешней Руководящей группы, а также несколько дополнительных членов из числа экспертов. На своем совещании в марте 2014 г. Группа по разработке руководства единогласно поддержала переработанную рекомендацию о ДКП для мужчин, имеющих секс с мужчинами. Решение о силе этой рекомендации было принято большинством голосов. Кроме того, Группа по разработке руководства рассмотрела и полностью поддержала все другие области, рассматриваемые в существующих руководящих принципах. В марте 2014 г. на отдельном совещании Группы по разработке руководства были рассмотрены новые указания по распространению налоксона вне медицинских учреждений.

После этих совещаний проект сводного руководства по ключевым группам населения был рассмотрен внешними рецензентами, рецензентами учреждений ООН и сотрудниками ВОЗ из департамента по ВИЧ-инфекции, департамента по охране психического здоровья и токсикомании и других департаментов ВОЗ, а также сотрудниками из региональных бюро ВОЗ.

Рекомендации

В приведенной ниже таблице обобщены рекомендации, представленные в этом документе.

Все рекомендации и руководящие принципы в этом документе вытекают из существующих руководств ВОЗ – за исключением новых рекомендаций по ДКП и лечению передозировки опиоидами вне медицинских учреждений. Новая рекомендация по ДКП представляет собой переход от рекомендации по использованию ДКП в демонстрационных проектах к рекомендации о том, чтобы рассматривать ДКП как часть пакета услуг по профилактике ВИЧ-инфекции среди мужчин, имеющих секс с мужчинами. Группа по разработке руководства не сделала какой-либо рекомендации по ДКП среди людей, употребляющих инъекционные наркотики. Ознакомиться с обновленной рекомендацией можно в главе 2 (вопросы методологии) и в главе 4. Новая рекомендация по лечению передозировки опиоидами поддерживает практику распространения налоксона на уровне местных сообществ среди людей, которые могут стать свидетелями передозировки, и обучения их тому, как правильно использовать этот препарат. Обновленные обзоры фактических данных, на которых основаны рекомендации по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции в пенитенциарных и закрытых учреждениях,

подтвердили правильность существующих рекомендаций. Для всех других рекомендаций описание процесса их разработки дается в оригинальных методических документах, на которые имеются ссылки в данном документе.

Значение для разработки и проведения программ

На необходимость срочного улучшения услуг по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения указывают как соображения охраны общественного здоровья, так и этические соображения. Эти руководящие принципы по оказанию помощи ключевым группам населения направлены на то, чтобы помочь странам обеспечить более эффективные и приемлемые комплексные услуги по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения, увеличить охват этих групп и устранить текущие неравенства в доступе к таким услугам. Странам необходимо будет оценить их конкретные ситуации и условия, что включает определение размеров ключевых групп населения (КГН) и анализ качества программ по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции, а также уровня охвата КГН соответствующими услугами. Кроме того, важно выявить и устранить (там, где это возможно) социальные и правовые препятствия для доступа ключевых групп населения к медицинской помощи и добиться максимального прогресса, возможного в конкретных условиях каждой страны.

Дальнейшие исследования

Вместе с партнерскими организациями Департамент ВОЗ по ВИЧ-инфекции разрабатывает всеобъемлющую научную и методическую основу медицинского обслуживания в связи с ВИЧ-инфекцией, подчеркивая ключевые приоритеты исследований, в том числе исследований, относящихся к ключевым группам населения.

Краткое изложение рекомендаций ВОЗ в отношении ключевых групп населения

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ	
1	Людам из всех ключевых групп следует рекомендовать правильно и постоянно использовать презервативы (с соответствующим лубрикантом) в целях предотвращения передачи ВИЧ-инфекции и инфекций, передающихся половым путем (ИППП).
2	В комплексный пакет мер по предотвращению передачи ВИЧ среди мужчин, имеющих секс с мужчинами, в качестве дополнительного профилактического средства рекомендуется включить доконтактную профилактику ВИЧ-инфекции (ДКП) . НОВАЯ РЕКОМЕНДАЦИЯ
3	Когда серодискордантные пары идентифицированы, для предотвращения заражения ВИЧ-отрицательного партнера, помимо других профилактических мер, можно назначить ежедневный пероральный прием тенофовира или комбинации тенофовира и эмтрицитабина, используемых как средство ДКП .
4	Для всех людей из ключевых групп населения, которые могли иметь контакт с ВИЧ, должна быть обеспечена возможность добровольного прохождения курса постконтактной профилактики ВИЧ-инфекции (ПКП) .
5	Добровольное медицинское мужское обрезание , осуществляемое медицинским персоналом (ДМОМ), рекомендуется в качестве дополнительной важной стратегии профилактики гетеросексуальной передачи ВИЧ-инфекции среди мужчин, особенно в тех странах и территориях с низкими уровнями мужского обрезания, где ВИЧ-инфекция является очень распространенной или имеет характер генерализованной эпидемии.

СНИЖЕНИЕ ВРЕДА ДЛЯ ЛЮДЕЙ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ НАРКОТИКИ	
6	Все люди из ключевых групп населения, которые употребляют инъекционные наркотики, должны иметь доступ к стерильному инъекционному инструментарию через программы распространения игл и шприцев .
7	Все люди из ключевых групп населения, страдающие опиоидной зависимостью, должны иметь доступ к опиоидной заместительной терапии , а при контакте с такими лицами медицинские работники всегда должны предлагать им этот вид помощи.
8	Все люди из ключевых групп, которые злоупотребляют алкоголем или употребляют другие психоактивные вещества, должны иметь доступ к научно-обоснованным медико-социальным услугам . Одна из таких услуг – это кратковременные психосоциальные вмешательства, включающие оценку ситуации в отношении употребления психоактивных веществ, обсуждение результатов оценки и предоставление соответствующих рекомендаций.
9	Люди, в ближайшем окружении которых могут наблюдаться случаи передозировки опиоидами, должны иметь доступ к налоксону и быть обучены правильному применению этого препарата. НОВАЯ РЕКОМЕНДАЦИЯ
КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ И ТЕСТИРОВАНИЕ НА ВИЧ	
10	Добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ (ДКТ) должно предлагаться в обычном порядке всем ключевым группам населения как в рамках медицинских учреждений, так и вне ЛПУ, например, в местах частого пребывания членов таких групп. Рекомендуется, чтобы помимо консультирования и тестирования на ВИЧ в ЛПУ по инициативе медицинских работников , ключевые группы населения также могли получать такие услуги вне медицинских учреждений и, при необходимости, могли быть направлены в соответствующие службы профилактики, лечения и ухода.
ЛЕЧЕНИЕ И ПОМОЩЬ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ	
11	ЛЖВ из ключевых групп населения должны иметь такой же доступ к антиретровирусной терапии (АРТ) и связанным с АРТ услугам, как и другие группы населения.
12	Все беременные женщины из ключевых групп населения должны иметь такой же доступ к услугам по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР) и выполнять те же рекомендации, как и женщины в общей популяции.
ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КОИНФЕКЦИЙ И СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	
13	Ключевые группы населения должны иметь такой же доступ к услугам, относящимся к профилактике, скринингу и лечению туберкулеза (ТБ) , как и другие группы населения, подверженные риску ВИЧ-инфицирования или живущие с ВИЧ.
14	Ключевые группы населения должны иметь такой же доступ к услугам, относящимся к профилактике, скринингу и лечению гепатитов В и С , как и другие группы населения, подверженные риску ВИЧ-инфицирования или живущие с ВИЧ.
15	ВИЧ-позитивные люди из ключевых групп населения должны быть охвачены услугами скрининга и лечения по поводу психических расстройств (депрессия, расстройства поведения, психосоциальный стресс и т.д.) в целях оптимизации результатов для здоровья и повышения их приверженности к АРТ. В зависимости от ситуации предоставляемые услуги могут варьироваться от консультирования по поводу ВИЧ-инфекции и депрессии до соответствующего медикаментозного лечения.
СЕКСУАЛЬНОЕ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ	
16	Услуги в области скрининга, диагностики и лечения инфекций, передающихся половым путем (ИППП) , должны предоставляться на постоянной основе в рамках оказания ключевым группам населения комплексной лечебно-профилактической и медико-социальной помощи в связи с ВИЧ-инфекцией.
17	Люди из ключевых групп населения, в том числе люди, живущие с ВИЧ, должны быть в состоянии вести полноценную и приятную половую жизнь и иметь доступ к ряду репродуктивных возможностей .
18	Законы и услуги, относящиеся к аборт у, должны защищать здоровье и человеческие права всех женщин, в том числе женщин из ключевых групп населения.
19	Очень важно, чтобы все женщины из ключевых групп населения были охвачены программами скрининга рака шейки матки .
20	Очень важно, чтобы все женщины из ключевых групп населения имели такой же уровень поддержки и доступа к услугам, относящимся к зачатию и сохранению беременности , как и женщины из других групп.

ВАЖНЕЙШИЕ УСЛОВИЯ УСПЕШНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ЭТОЙ ОБЛАСТИ

1	Организаторам здравоохранения и государственным деятелям (при конструктивном участии представителей ключевых групп населения) следует рассмотреть и, в случае необходимости, скорректировать законы, стратегии и практические подходы , с тем чтобы поддержать деятельность по оказанию ключевым группам населения соответствующих медико-санитарных услуг и расширению объема таких услуг.
2	Странам следует прилагать усилия для реализации и обеспечения соблюдения антидискриминационных и охранительных законов , основанных на уважении прав человека и направленных на устранение стигматизации, дискриминации и насилия в отношении людей из ключевых групп населения.
3	Медицинские услуги должны иметься в наличии и быть доступными и приемлемыми для ключевых групп населения, а при их оказании нужно руководствоваться принципами медицинской этики, обеспечения соблюдения прав всех граждан на здоровье и предотвращения стигматизации и дискриминации.
4	Работа программ должна способствовать реализации пакета мер, направленных на расширение общих прав и возможностей всех ключевых групп населения.
5	В партнерстве с организациями, представляющими интересы ключевых групп населения, следует принять меры по предотвращению и устранению насилия в отношении людей из ключевых групп населения. Все случаи насилия в отношении людей из ключевых групп населения следует отслеживать и регистрировать, а для обеспечения справедливости должны быть созданы соответствующие механизмы.

ВВЕДЕНИЕ

1

1.1	Ключевые и другие уязвимые группы населения	2
1.2	ВИЧ-инфекция в ключевых группах населения	4
1.2.1	Мужчины, имеющие секс с мужчинами	4
1.2.2	Люди, находящиеся в пенитенциарных и закрытых учреждениях	5
1.2.3	Люди, употребляющие инъекционные наркотики	5
1.2.4	Секс-работники	6
1.2.5	Трансгендеры	6
1.2.6	Множественные и взаимосвязанные факторы уязвимости и разные уровни риска	6
1.2.7	Подростки и молодые люди из ключевых групп населения	7
1.3	Целенаправленная борьба с ВИЧ-инфекцией в ключевых группах населения – разумное инвестирование ресурсов	7
1.3.1	Ключевые группы населения как один из важнейших факторов развития эпидемии	8
1.3.2	Расширение охвата услугами с целью улучшения ситуации	8
1.4	Сфера применения Руководства	9
1.5	Комментарии по применению Руководства	9
1.6	Цели и задачи	10
1.7	Целевая аудитория	11
1.8	Основополагающие принципы Руководства	11

1 ВВЕДЕНИЕ

1.1 Ключевые и другие уязвимые группы населения

Ключевые группы населения. Такие факторы, как рискованное поведение и уязвимость отдельных групп населения и их сетей, оказывают значительное влияние на динамику развития эпидемии ВИЧ-инфекции. Акцент в данном руководстве поставлен на следующих пяти ключевых группах населения, непропорционально затронутых ВИЧ-инфекцией практически во всех странах и условиях:

- **мужчины, имеющие секс с мужчинами (МСМ)**
- **люди, находящиеся в пенитенциарных и закрытых учреждениях¹**
- **люди, употребляющие инъекционные наркотики**
- **секс-работники и**
- **трансгендеры.**

Без удовлетворения потребностей ключевых групп населения меры противодействия ВИЧ-инфекции не будут эффективными и устойчивыми.

Причины непропорционального риска, которому подвергаются члены этих групп населения, включают как типичные модели их поведения, так и особые правовые и социальные обстоятельства, которые повышают их уязвимость. Динамика развития эпидемии ВИЧ-инфекции во многом зависит от ключевых групп населения. Поэтому эффективность мер противодействия ВИЧ-инфекции непосредственно связана со степенью удовлетворения потребностей этих групп. Люди, живущие с ВИЧ, имеют решающее значение для борьбы с ВИЧ и, следовательно, также часто рассматриваются в качестве ключевой группы населения. Однако в рамках настоящего документа все люди, живущие с ВИЧ, не рассматриваются в качестве отдельной группы населения.

В большинстве стран недостаточный охват ключевых групп населения и низкое качество оказываемых им услуг по-прежнему подрывают эффективность мероприятий, направленных на борьбу с ВИЧ. Все страны должны осознать важность таких направлений работы, как активный охват ключевых групп населения, оценка их потребностей и оказание им справедливых, доступных и приемлемых услуг. Для достижения этой цели, очень важно установить партнерское сотрудничество с ключевыми группами населения и их сетями с целью разработки и предоставления соответствующих услуг (1).

Уязвимые группы. В некоторых местах и условиях особенно уязвимыми к ВИЧ-инфекции могут быть и другие группы населения, например, трудовые мигранты, беженцы, водители грузовиков, совершающие дальние рейсы, военнослужащие, шахтеры, и, в южной части Африки, молодые женщины. Воздействие ВИЧ на эти группы населения не является однородным во всех странах и на различных этапах эпидемии ВИЧ-инфекции. Странам следует идентифицировать эти дополнительные группы риска, характер которых варьируется в зависимости от конкретных условий, сосредоточить на них свое внимание и развивать и адаптировать услуги с учетом потребностей этих групп.

Ключевые группы населения требуют особого внимания. В целом, приоритетное внимание в национальных программах борьбы с ВИЧ должно уделяться тем группам населения, в которых наблюдаются самые высокие показатели распространенности ВИЧ-инфекции и уязвимости к ней и которые в настоящее время недостаточно охвачены медицинским обслуживанием. Во всех странах и ситуациях в эту категорию входят

¹ В настоящее время ЮНЭЙДС относит к «ключевым группам населения» следующие категории: мужчины, имеющие секс с мужчинами; сексуальные работники; лица, употребляющие инъекционные наркотики; трансгендеры. Однако ЮНЭЙДС также признает, что люди, находящиеся в пенитенциарных и закрытых учреждениях, также являются особенно уязвимыми к ВИЧ-инфекции и часто не имеют адекватного доступа к необходимым лечебно-профилактическим услугам.

ключевые группы населения, а также отдельные уязвимые группы, характер которых варьируется в зависимости от конкретных обстоятельств. Данный документ содержит рекомендации по медицинскому обслуживанию всех пяти ключевых групп населения, перечисленных выше (как взрослых, так и подростков). В нем также отмечается, что при выработке и реализации конкретных мер реагирования страны должны учитывать размеры этих групп населения, а также обеспечивать удовлетворение потребностей других уязвимых групп населения (см. вставку). Подробные рекомендации по лечению и помощи при ВИЧ-инфекции приведены в опубликованном ВОЗ документе Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции (2).

Без удовлетворения потребностей ключевых групп населения меры противодействия ВИЧ-инфекции не будут эффективными и устойчивыми. Однако до настоящего времени в большинстве стран с генерализованной эпидемией ВИЧ-инфекции меры противодействия были направлены почти исключительно на население в целом. Даже страны, признающие, что эпидемия ВИЧ-инфекции сосредоточена в ключевых группах населения, часто неохотно организуют адекватные программы помощи, способные охватить тех людей, которые наиболее в ней нуждаются.

Для эффективного реагирования на эпидемию ВИЧ-инфекции недостаточно лишь организовать службы и программы помощи для ключевых групп населения. Другим важным условием успеха являются системные и средовые изменения, достижение которых возможно только через согласованные действия различных секторов. Здесь следует отметить, что применительно к членам ключевых групп населения и других групп, уязвимых к ВИЧ-инфекции, имеется много факторов, влияющих на риск конкретных людей, которые в значительной степени находятся вне контроля этих людей. В частности, применительно к членам ключевых групп населения существует ряд социальных, правовых, структурных и других контекстных факторов, которые повышают их уязвимость к ВИЧ-инфекции и ограничивают их доступ к услугам в связи с ВИЧ-инфекцией. Такие факторы включают карательное законодательство и соответствующую практику работы правоохранительных органов, стигматизацию и дискриминацию, нищету, насилие и высокие уровни бездомности в некоторых группах населения. Эти факторы влияют на то, насколько эффективно отдельные лица или группы населения могут

Обоснование необходимости подготовки сводного руководства по работе среди ключевых групп населения

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) уже имеет руководства для каждой из пяти ключевых групп населения (КГН), но в них недостаточно рассмотрены вопросы, общие для всех КГН, а также потребности стран в согласованном подходе к решению этих общих вопросов на основе данных ситуационного анализа. Цель настоящего документа заключается в том, чтобы изложить в одном документе все рекомендации ВОЗ и других партнерских учреждений ООН относительно пяти ключевых групп населения. Этот документ также содержит ссылки на инструменты ВОЗ и другие документы по программной деятельности, имеющей отношение к здоровью ключевых групп населения, включая стратегическое информирование, мониторинг и оценку, наряду с публикациями партнерских учреждений ООН и новыми материалами, что будет способствовать заполнению выявленных информационных пробелов.

Таким образом, в настоящем сводном руководстве рассматриваются элементы, общие для всех ключевых групп населения, а также специфические вопросы и риски, относящиеся к каждой из таких групп. Этот подход призван помочь странам более эффективно планировать, разрабатывать, реализовывать и оценивать программы оказания помощи ключевым группам населения, адаптированные к конкретной эпидемиологической ситуации. В сводном руководстве также рассматриваются отдельные вопросы практической деятельности, которые должны быть решены для обеспечения максимальной пользы от принимаемых мер и достижения справедливости в отношении здоровья.

защитить себя от ВИЧ-инфекции или справиться с ее последствиями. Они также могут ограничить доступ людей к информации, лечебно-профилактическим услугам и изделиям, а также к необходимым видам лечения и помощи. Кроме того, другие медицинские услуги, необходимые для удовлетворения особых потребностей ключевых групп населения, зачастую недостаточны или вовсе отсутствуют (например, коррекция пола для трансгендеров и услуги по снижению вреда для лиц, употребляющих инъекционные наркотики). Географические условия и социальный контекст также могут повлиять на уязвимость человека к ВИЧ-инфекции.

Члены всех ключевых групп населения продолжают испытывать сильную стигматизацию и дискриминацию, правовые барьеры и ограничения при получении соответствующих услуг. Кроме того, в рамках системы здравоохранения (в том числе в министерствах здравоохранения) оказание помощи таким группам часто рассматривается как низкоприоритетная задача. Во многих местах общественные организации оказывают важные услуги ключевым группам населения. Налаживание партнерских отношений и связей между общественными организациями и министерствами здравоохранения имеет решающее значение. Обеспечение для ключевых групп населения равного доступа к медицинским и социальным услугам в связи с ВИЧ-инфекцией и предоставления таких услуг является приоритетной задачей, для решения которой требуется адекватное внутреннее и внешнее финансирование.

1.2 ВИЧ-инфекция среди ключевых групп населения

Уровни ВИЧ-инфицирования среди ключевых групп населения являются высокими во всех частях мира, что влияет на общую динамику эпидемии ВИЧ-инфекции.

С эпидемиологической точки зрения существует множество убедительных причин того, почему программы борьбы с ВИЧ/СПИДом должны быть сфокусированы на ключевых группах населения. Во многих странах и территориях заболеваемость ВИЧ-инфекцией среди населения в целом стабилизировалась или даже снизилась. Тем не менее, ключевые группы населения во всем мире продолжают испытывать значительное бремя ВИЧ-инфекции, что влияет на общую динамику эпидемии ВИЧ-инфекции.

В целом, данные о состоянии здоровья, в том числе данные о распространенности ВИЧ, являются менее достоверными для ключевых групп населения, чем для общей популяции. Это объясняется такими факторами, как трудности формирования репрезентативной выборки (и отсутствие оценочных данных о размерах ключевых групп), юридические проблемы и проблемы стигматизации и дискриминации. Наличие законов, криминализирующих поведение ключевых групп населения, затрудняет сбор репрезентативных данных, так как в таких условиях люди не хотят, чтобы их считали членами этих групп населения.

1.2.1 Мужчины, имеющие секс с мужчинами (МСМ)

Эпидемия ВИЧ-инфекции среди мужчин, практикующих секс с мужчинами, продолжает расширяться в большинстве стран. В крупных городских районах распространенность ВИЧ среди МСМ в среднем в 13 раз выше, чем в общей популяции (3). Одной из причин высокой распространенности ВИЧ-инфекции среди МСМ может быть, тот факт, что при анальном сексе без презерватива ВИЧ передается быстрее, чем при вагинальном половом акте без презерватива. На индивидуальном уровне факторы риска ВИЧ-инфицирования среди МСМ включают незащищенный пассивный анальный секс, большое количество партнеров и употребление инъекционных наркотиков (4, 5, 6).

На глобальном уровне эпидемия ВИЧ-инфекции среди мужчин, имеющих секс с мужчинами, продолжает расширяться.

По регионам, оценочные показатели распространенности ВИЧ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, варьируются от 3,0% на Ближнем Востоке и в Северной Африке до 25,4% в странах Карибского бассейна (4). Согласно недавней информации из Кении (единственной африканской страны с данными о заболеваемости ВИЧ-инфекцией среди МСМ), в Момбасе ежегодная заболеваемость

ВИЧ-инфекцией среди МСМ превысила 20% (4). Другие страны Африки также сообщают о высокой распространенности ВИЧ-инфекции. Например, оценочный показатель распространенности ВИЧ-инфекции среди МСМ в Кот-д'Ивуаре составляет 18% (7, 8). В других регионах, где регистрируются или моделируются данные о забо-

леваемости ВИЧ-инфекцией среди мужчин, имеющих секс с мужчинами, каких-либо данных о снижении этого показателя не имеется. Более того, из Китая и Таиланда поступают сведения о росте заболеваемости.

Дискриминационные законы, стигматизация (в том числе со стороны работников здравоохранения) и гомофобное насилие во многих странах создают для MSM серьезные трудности с точки зрения доступа к лечебно-профилактическим услугам в связи с ВИЧ-инфекцией, и ограничивают использование таких услуг там, где они существуют. Во многих странах существуют законы, криминализирующие однополые сексуальные отношения (это может касаться либо только секса между мужчинами, либо секса как между мужчинами, так и между женщинами). По состоянию на декабрь 2011 г. однополые сексуальные отношения были криминализованы в 38 из 53 стран Африки (9). В 83 странах Северной и Южной Америки, Азии, Африки и Ближнего Востока имеются законы, криминализирующие сексуальные отношения между мужчинами (10). Диапазон правовых санкций и степень реализации таких законов различаются от страны к стране (11).

1.2.2 Люди, употребляющие инъекционные наркотики

В глобальном масштабе 158 стран сообщили о наличии проблемы употребления инъекционных наркотиков, и 123 из этих стран (78%) сообщили о случаях ВИЧ-инфекции среди людей, употребляющих инъекционные наркотики (12, 13). Данные о распространенности употребления инъекционных наркотиков отсутствуют для более чем половины из этих стран, что особенно касается стран Африки, Ближнего Востока и Латинской Америки. Согласно оценочным данным Управления ООН по наркотикам и преступности (УНП ООН), в 2011 г. около 14 млн (диапазон: 11,2 – 22,0 млн) человек употребляли инъекционные наркотики во всем мире, а 1,6 млн человек из этого числа (диапазон: 1,2 – 3,9 млн) (11%) были ВИЧ-инфицированными (14).

Уровень распространенности ВИЧ-инфекции среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, является высоким. Например, в Пакистане согласно данным эпиднадзора за 2011 г. оценочная распространенность ВИЧ-инфекции среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, была равна 37,8%, что почти в четыре раза превысило показатель 2005 г. (15). В Индонезии оценочная распространенность ВИЧ-инфекции среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, составляет 36,4% (по сравнению с 0,4% в общей популяции в возрасте 15–49 лет); в Украине – по крайней мере 20% (по сравнению с 0,9%), а в Мьянме – 18% (по сравнению с 0,6%) (16). На основании данных из 49 стран, риск ВИЧ-инфицирования среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, в среднем в 22 раза выше, чем среди населения в целом. В 11 из этих стран степень такого риска была, по крайней мере, в 50 раз выше среднего значения. По оценочным данным, 40% новых случаев ВИЧ-инфицирования в Восточной Европе имеет место среди потребителей инъекционных наркотиков и их сексуальных партнеров (3).

1.2.3 Люди, находящиеся в пенитенциарных и закрытых учреждениях

Общая численность людей, находящихся в пенитенциарных и закрытых учреждениях, превышает 10 миллионов мужчин и женщин. При этом ежегодно у около 30 миллионов меняется статус проживания (между проживанием в пенитенциарном или закрытом учреждении и проживанием в обществе) (17). По оценочным данным, на глобальном уровне распространенность ВИЧ-инфекции, инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), гепатита В и С и туберкулеза в пенитенциарных учреждениях в 2–10 раз выше, чем в общей популяции (18). Во многих местах более высокие уровни распространенности ВИЧ и риска ВИЧ-инфицирования наблюдаются как среди заключенных, так и среди тюремных служащих и членов их семей (19).

В дополнение к рискованному в отношении заражения ВИЧ поведению в пенитенциарных учреждениях (небезопасная сексуальная практика, употребление инъекционных наркотиков, нанесение татуировок), несколько факторов, связанных с характерной для пенитенциарных учреждений инфраструктурой, структурой управления пенитенциарными учреждениями и системой уголовного правосудия, также способствуют повышенному риску заражения ВИЧ, гепатитом В и С и туберкулезом в пенитенциарных учреждениях (20). В связи с неблагоприятными условиями проживания в пенитенциарных учреждениях, включая скученность, сексуальное насилие, употребление наркотиков и отсутствие доступа к средствам профилактики ВИЧ-инфекции, таким как презервативы и лубриканты, риск передачи ВИЧ в пенитенциарных учреждениях является очень высоким (18).

В некоторых местах уровень распространенности ВИЧ среди женщин, находящихся в пенитенциарных уч-

реждениях, выше, чем среди мужчин, и намного выше, чем среди женщин в общей популяции. Например, в Молдове в 2005 г. показатель распространенности ВИЧ среди женщин-заключенных был 9,6% (в сравнении с 1,5–5% среди мужчин-заключенных и менее 0,5% среди женщин в общей популяции) (21). В Канаде в 2002 г. распространенность ВИЧ-инфекции составила 3,71% среди женщин-заключенных (в сравнении с 1,96% среди мужчин-заключенных и менее 0,5% среди женщин в общей популяции) (22).

В связи с тем, что во многих странах секс-работа, употребление наркотиков и однополый секс относятся к категории правонарушений, многие люди из разных ключевых групп в какой-то период их жизни оказываются в положении заключенных. Поскольку пребывание под стражей само по себе является фактором риска инфицирования ВИЧ, это увеличивает риск заражения ВИЧ для людей из других ключевых групп населения. В местах принудительного содержания только мужчин (например, в тюрьмах) секс между мужчинами имеет место независимо от их сексуальной ориентации.

В пенитенциарных и закрытых учреждениях часто наблюдается низкий уровень доступности услуг консультирования и тестирования на ВИЧ, услуг по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции, а также услуг по оказанию ухода и помощи ЛЖВ. Лишь в немногих странах проводятся комплексные программы борьбы с ВИЧ-инфекцией в тюрьмах и других местах лишения свободы (18). Важно отметить, что помимо потребности в таких услугах в пенитенциарных и закрытых учреждениях, нужно также создать механизмы для того, чтобы после освобождения каждый ВИЧ-инфицированный человек мог своевременно получить необходимую медицинскую помощь на местном уровне.

1.2.4 Секс-работники

Согласно оценкам, на глобальном уровне средний показатель распространенности ВИЧ среди секс-работников составляет около 12%. В рамках регионов наблюдается большой разброс в показателях распространенности ВИЧ-инфекции и относительного риска ВИЧ-инфицирования. В 26 странах со средним и высоким уровнем распространенности ВИЧ среди населения в целом 30,7% секс-работников были ВИЧ-положительными (3, 23). Например, согласно имеющимся оценкам, в Нигерии показатель распространенности ВИЧ среди работников секс-бизнеса был 24,5% (по сравнению с 3,7% среди общей популяции в возрасте 15–49 лет), в Латвии соответствующий показатель составил 22,2% (по сравнению с 0,7% в общей популяции), а в Руанде он был равен 50,8% (по сравнению с 2,9% в общей популяции) (3).

Секс-работники подвергаются повышенному риску в силу таких факторов, как многочисленные сексуальные партнеры, и иногда непостоянное использование презервативов, что часто объясняется нежеланием или принуждением со стороны клиентов. Правовые барьеры, стигма, дискриминация и насилие затрудняют возможности работников секс-бизнеса в плане получения услуг в связи с ВИЧ-инфекцией.

1.2.5 Трансгендеры

Результаты мета-анализа, опубликованного в 2013 г., указывают на то, что трансгендерные женщины особенно уязвимы к ВИЧ-инфекции. Данные были доступны только для стран, в которых эпидемия ВИЧ-инфекции характеризуется более высокими показателями ВИЧ-инфицирования среди мужчин: Соединенные Штаты Америки, шесть стран Азиатско-Тихоокеанского региона, пять стран Латинской Америки и три страны в Европе. Объединенный показатель распространенности ВИЧ составил 19,1%. Среди 7197 трансгендерных женщин, отобранных в 10 странах с низким и средним уровнем доходов, распространенность ВИЧ составила 17,7%. Среди 3869 трансгендерных женщин, отобранных в пяти странах с высоким уровнем доходов, распространенность ВИЧ была 21,6% (24).

1.2.6 Множественные и взаимосвязанные факторы уязвимости и разные уровни риска

Многие люди из ключевых групп населения практикуют несколько видов поведения высокого риска (например, употребление инъекционных наркотиков и секс-работа или ситуация, когда мужчины, имеющие секс с мужчинами, также употребляют инъекционные наркотики). Поэтому среди таких людей, как правило, наблюдаются более высокие показатели распространенности ВИЧ-инфекции, чем среди людей, подвергающихся одному виду риска.

Отдельные подгруппы внутри ключевых групп населения могут подвергаться особенно высокому риску ВИЧ-инфицирования (25, 26). Например, в одномоментном (поперечном) исследовании, охватившем 1999 секс-работниц во Вьетнаме, было выявлено, что распространенность ВИЧ-инфекции среди уличных секс-работниц была значительно выше, чем среди секс-работниц в развлекательных заведениях (3,8% против 1,8%, $p = 0,02$) (27). Подгруппы с повышенным риском ВИЧ-инфицирования недостаточно охвачены текущими программами эпиднадзора или борьбы с ВИЧ-инфекцией.

1.2.7 Подростки и молодые люди из ключевых групп населения

Подростки и молодые люди из ключевых групп населения подвергаются значительно большему риску ВИЧ-инфицирования, чем более старшие члены этих же групп. Исследования в этой области являются ограниченными, но они неизменно указывают на то, что подростки и молодые люди из ключевых групп населения еще более уязвимы, чем более старшие члены этих же групп в отношении ИПП, ВИЧ-инфекции и других проблем сексуального и репродуктивного здоровья (28). Такие факторы, как быстрое физическое, эмоциональное и умственное развитие в этом возрасте, сложные психосоциальные и социально-экономические проблемы, плохой доступ к услугам и низкий уровень их востребованности повышают показатели уязвимости и риска среди подростков (29). В частности, для людей моложе 18 лет законодательные и нормативные барьеры, связанные с возрастом согласия, часто лишают их доступа к целому ряду медицинских услуг, таких как добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ (ДКТ на ВИЧ), снижение вреда и другие услуги, предназначенные для ключевых групп населения (30). Такие барьеры также ограничивают способность подростков реализовать свое право на информированное и самостоятельное принятие решений.

Подростки из ключевых групп населения могут сталкиваться со стигматизацией, дискриминацией и насилием даже в большей степени, чем люди более старшего возраста из таких же групп. Опасаясь дискриминации и/или возможных юридических последствий, многие подростки из ключевых групп населения неохотно посещают диагностические и лечебно-профилактические учреждения. Следовательно, они остаются неохваченными многими из основных медицинских вмешательств, что способствует сохранению и усугублению их изоляции и оторванности от системы медицинского обслуживания (31).

Объем надежных и представительных эпидемиологических и поведенческих данных по подросткам и молодежи из ключевых групп населения остается ограниченным (32). Молодые люди все еще остаются в основном

Особые потребности молодых людей из ключевых групп населения часто остаются недостаточно охваченными как программами, предназначенными для молодежи в целом, так и программами, предназначенными для взрослых из ключевых групп населения.

вне рамок рутинного эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией и исследований, посвященных распространенности ВИЧ-инфекции и связанного с этим риска. Из-за отсутствия таких данных их особые потребности часто также остаются недостаточно охваченными стратегиями и программами медицинского обслуживания, предназначенными для взрослых из ключевых групп населения (32).²

1.3 Целенаправленная борьба с ВИЧ-инфекцией в ключевых группах населения – разумное инвестирование ресурсов

Недавний интерес к более стратегическому использованию ресурсов, предназначенных для борьбы с ВИЧ-инфекцией, (33) указывает на необходимость уделения большего внимания мерам противодействия ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения. В странах с концентрированной и генерализованной эпидемией увеличение инвестиций на работу с ключевыми группами населения, по-видимому, повысит экономическую эффективность общих усилий по противодействию ВИЧ-инфекции.

² ВОЗ, Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДУ (ЮНЭЙДС), Фонд ООН в области народонаселения (ЮНФПА), Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ), Программа развития ООН (ПРООН), Управление ООН по наркотикам и преступности (ЮНОДК) и ключевые общественные сети подготовили четыре научно-технических обзора, которые посвящены молодым людям из ключевых групп населения. Эти обзоры основаны на анализе эпидемиологических данных, литературы по предоставлению услуг, анализе стратегий и качественном исследовании ценностей и предпочтений молодых людей из ключевых групп населения. Данное руководство включает важнейшие положения из этих обзоров. Технические обзоры доступны в веб-приложении 6.

На сегодняшний день инвестиции в большинстве стран направлены на работу среди населения в целом. Однако в условиях концентрированной эпидемии (как это следует из самого определения) огромное большинство инфекций имеет место среди ключевых групп и, иногда, среди ряда других уязвимых групп населения. Даже в условиях генерализованной эпидемии распространенность ВИЧ в ключевых группах населения является значительно более высокой, а заболеваемость ВИЧ-инфекцией в некоторых ключевых группах населения часто продолжает расти даже тогда, когда в общей популяции ее показатели стабилизировались или даже снизились.

От 40 до 50% всех новых случаев ВИЧ-инфекции среди взрослых во всем мире может приходиться на людей из ключевых групп населения и их непосредственных партнеров. В странах Азии, Восточной Европы и Центральной Азии на людей из ключевых групп населения приходится более половины всех новых случаев ВИЧ-инфицирования – от 53% до 62%. Даже в странах Африки южнее Сахары с генерализованной эпидемией ВИЧ-инфекции, в которых был проведен анализ путей

От 40 до 50% всех новых случаев ВИЧ-инфекции среди взрослых во всем мире приходится на людей из **ключевых групп населения** и их ближайших партнеров

передачи вируса, доля новых случаев ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения является весьма существенной, хотя и сильно варьирующей. Так, согласно имеющимся оценкам, этот показатель составляет 10% в Уганде, 30% в Буркина-Фасо, 34% в Кении, 37% в Нигерии, 43% в Гане и 45% в Бенине.

1.3.1 Ключевые группы населения как один из важнейших факторов развития эпидемии

Еще одна причина, почему инвестиции в охрану здоровья ключевых групп населения являются экономически эффективными – это центральная роль, которую эти группы играют в динамике развития эпидемии. Люди из ключевых групп населения также могут передавать ВИЧ другим группам населения – например, клиентам работников секс-бизнеса и сексуальным партнерам людей, употребляющих инъекционные наркотики. Таким образом, случаи инфицирования людей из ключевых групп населения могут иметь мультипликативный эффект.

Так, например, анализ ситуации в шести странах Западной Африки показал, что доля новых инфекций среди половых партнеров людей, относимых к группе “повышенного риска”, колебалась от 20% в Буркина-Фасо и Нигерии до 30% в Бенине, Кот д’Ивуар и Гане и, возможно, даже до 49% в Сенегале (34). Из всех средств, направляемых на профилактику ВИЧ-инфекции, доля средств, предназначенных для проведения программ для секс-работников, их клиентов, мужчин, имеющих секс с мужчинами, и лиц, употребляющих инъекционные наркотики, составила 1,7% в Буркина-Фасо, 0,4% в Кот-д’Ивуаре и 0,24% в Гане, несмотря на то, что оценочный процент новых инфекций в этих группах населения был равен соответственно 30%, 28% и 43% (35).

1.3.2 Расширение охвата услугами с целью улучшения ситуации

Для стран результаты повышения охвата ключевых групп населения медицинскими услугами могут варьироваться от предотвращения значительного числа новых инфекций до стабилизации или даже обращения вспять возрастающего числа новых случаев ВИЧ-инфицирования

Прогнозы показывают, что результаты повышения охвата ключевых групп населения соответствующими медицинскими услугами могут варьироваться от предотвращения значительного числа новых инфекций в странах с генерализованной эпидемией до стабилизации или даже обращения вспять возрастающего числа новых случаев ВИЧ-инфекции в странах с концентрированной эпидемией.

Например, в Азии основные пути передачи ВИЧ включают незащищенный коммерческий секс, употребление инъекционных наркотиков и незащищенные половые контакты между мужчинами. Увеличение использования презервативов секс-работниками и их клиентами благодаря эффективной пропаганде презервативов, по-видимому, позволило обратить вспять тенденцию к росту распространенности ВИЧ-инфекции в середине 1990-х гг. Однако в последние годы уровень передачи ВИЧ-инфекции существенно не изменился. Без дальнейшего и целенаправленного инвестирования распространенность ВИЧ-инфекции может вновь начать рас-

сти (36). Согласно оценке 2008 года, расширенная программа мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции, сконцентрированная на этих группах высокого риска, позволит предотвратить пять миллионов новых случаев ВИЧ-инфекции в период 2007-2020 гг., то есть количество, которое примерно равно количеству ВИЧ-инфицированных лиц, живущих в регионе в 2007 г. Кроме того, благодаря такой программе число смертей, связанных с ВИЧ, уменьшится на 40%, и в 2020 г. количество людей, живущих с ВИЧ, снизится на 3,1 млн (37).

В 2011 г. Всемирный банк опубликовал прогноз, что без увеличения числа и охвата программ для мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, число новых случаев ВИЧ-инфекции в год в общей популяции в Перу возрастет от примерно 14 000 в 2008 г. до примерно 20 000 в 2015 г. Напротив, расширение программ, предназначенных специально для мужчин, имеющих секс с мужчинами, позволит, по крайней мере, стабилизировать число новых случаев ВИЧ-инфекции в год в общей популяции или даже уменьшить их количество.

Точно так же, проведение в Таиланде полномасштабной программы для мужчин, имеющих секс с мужчинами, позволит уменьшить ежегодное число новых случаев инфицирования среди населения в целом (от 22 500 в 2008 г. до 20 000 в 2015 г.). В противном случае это значение возрастет до 27 200 (38).

1.4 Сфера применения Руководства




В настоящем сводном руководстве дается описание мер и мероприятий системы общественного здравоохранения по борьбе с ВИЧ-инфекцией среди пяти ключевых групп населения. В нем представлены и обсуждены новые рекомендации и ряд рекомендаций и указаний из существующих руководств ВОЗ, включая “Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции, 2013 г.”(2). В нем обобщены компоненты комплексного пакета мер для ключевых групп населения и рассматриваются вопросы внедрения и реализации этих мер, а также связанные с этим вызовы и возможности. Руководство также может послужить хорошим пособием при определении приоритетности мер и услуг и их планировании.

В главах 5 и 6 приведен ряд примеров из практики. В частности, они включают в себя соображения по каждой из ключевых групп населения, а также описание разнообразных мероприятий и подходов к оказанию услуг, которые используются в различных программах на национальном и региональном уровнях.

1.5 Комментарии по применению Руководства

Как и в сводном руководстве по АРВ-терапии, в настоящем руководстве рассматривается необходимость непрерывного оказания услуг в связи с ВИЧ-инфекцией в рамках континуума “профилактика-диагностика-лечение-уход” (рис. 1.1).

Символы, используемые в настоящем документе:

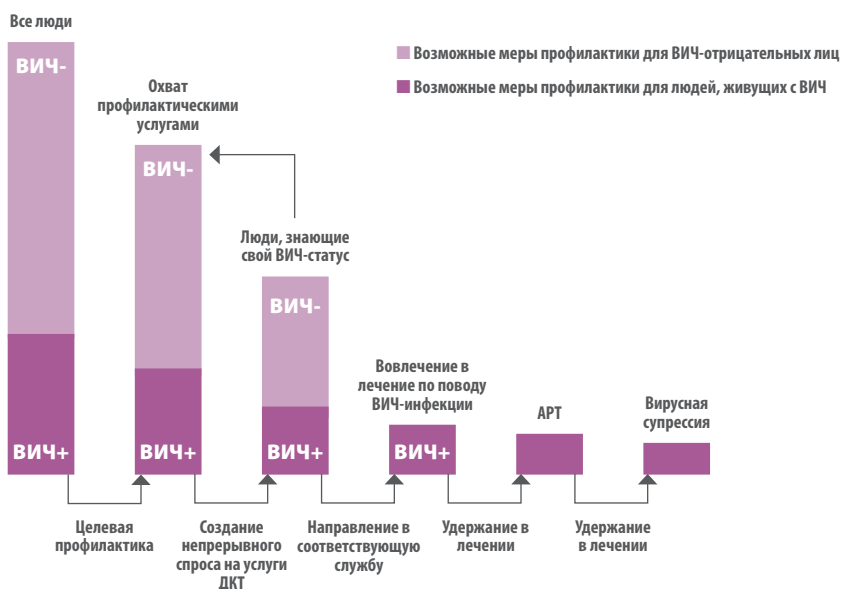
-  существующие общие рекомендации ВОЗ обозначены голубым цветом; ссылки на источники приведены для удобства читателей,
-  **Новые** новые рекомендации ВОЗ – рекомендации, разработанные специально для данного руководства,
-  **В стадии разработки** фраза «В стадии разработки» относится к тем рекомендациям ВОЗ по важнейшим клиническим аспектам, которые находятся в процессе подготовки.

В данном руководстве используются следующие термины и определения:

Рекомендации по передовой практике: включают рекомендации, которые могут оказаться полезными, не требуя определения степени их обоснованности и силы, и в отношении которых достаточно очевидно, что при их реализации желательные эффекты будут перевешивать нежелательные последствия;

Руководящие принципы: относятся к принципам прав человека, которые отражены в ряде международных соглашений, а также к вопросам социальной справедливости и этики.

Рис. 1.1 Континуум услуг по профилактике, диагностике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией



Цветовая кодировка, используемая в данном документе

Все ключевые группы населения

Мужчины, имеющие секс с мужчинами (МСМ)

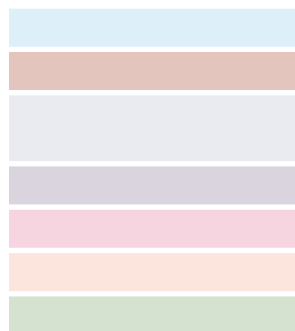
Люди, находящиеся в пенитенциарных и закрытых учреждениях

Люди, употребляющие инъекционные наркотики

Секс-работники

Трансгендеры

Подростки из ключевых групп населения



Справочные документы, разработанные в поддержку данного руководства, включая документы с описанием результатов исследований ценностей и предпочтений ключевых групп населения и поставщиков услуг. Систематические обзоры и таблицы системы GRADE (система разработки, оценки и определения обоснованности рекомендаций) для новых рекомендаций приведены в полном объеме в веб-приложениях 1 и 2.

1.6 Цели и задачи

Этот документ представляет собой свод руководящих указаний по разработке и реализации политики, программ и услуг в области профилактики и лечения ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения.

В этих руководящих указаниях ставятся следующие конкретные цели:

- **сведение воедино рекомендаций** по мероприятиям сектора здравоохранения, относящимся к ВИЧ-инфекции, для каждой ключевой группы населения;
- **разработка общих пакетов медицинских услуг, относящихся к ВИЧ-инфекции и смежным аспектам охраны здоровья**, которые являются выгодными и приемлемыми для всех ключевых групп населения и дополнительных услуг, необходимых для конкретных ключевых групп населения;
- обновление руководящих принципов по планированию, предоставлению, мониторингу и оценке относящихся к ВИЧ-инфекции мероприятий и услуг по профилактике, диагностике, лечению и уходу для каждой ключевой группы населения;
- предоставление руководящих принципов по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции среди конкретных ключевых групп, включая подростков, с тщательным учетом особенностей, связанных с возрастом и гендерной идентичностью каждого клиента.

1.7 Целевая аудитория

Это руководство предназначено прежде всего для руководителей национальных программ по борьбе с ВИЧ-инфекцией и других лиц, принимающих решения в рамках министерств здравоохранения и других органов, ответственных за реализацию стратегий, программ и услуг здравоохранения в пенитенциарных учреждениях. Кроме того, Руководство будет актуально для следующих групп: руководители национального и субнационального уровня, ответственные за оказание услуг, относящихся к ТБ, вирусному гепатиту, сексуальному и репродуктивному здоровью, снижению вреда, наркотической зависимости и психическому здоровью; организации гражданского общества, возглавляющие соответствующие программы; а также агентства по содействию развитию и финансовые агентства.

1.8 основополагающие принципы Руководства

Данное руководство основывается на принципах прав человека, отраженных в ряде международных соглашений (39, 40).

- **Права человека:** Основой для развития этих руководящих принципов является обеспечение защиты прав человека для всех членов каждой ключевой группы населения. Законодательные и другие государственные органы должны принять и применять антидискриминационные и охранительные законы, вытекающие из международных стандартов в области прав человека, с тем чтобы устранить стигму, дискриминацию и насилие, которым подвергаются ключевые группы населения, и снизить их уязвимость к ВИЧ-инфекции (40).
- **Доступность качественной медицинской помощи** является одним из прав человека. Это означает, что члены ключевых групп населения имеют право на получение качественной медицинской помощи без какой-либо дискриминации. Медицинские работники и учреждения должны обслуживать людей из ключевых групп населения, основываясь на принципах медицинской этики и обеспечения их права на здоровье (18). Медицинские услуги должны быть доступными для ключевых групп населения. Это руководство может быть эффективным только тогда, когда медицинские услуги являются приемлемыми и высококачественными и предоставляются в широких масштабах. Низкое качество услуг и ограниченный доступ к ним будет ограничивать пользу этих рекомендаций как для отдельных людей, так и для общественного здоровья.
- **Доступ к правосудию** является одним из основных приоритетов для людей из ключевых групп населения, что объясняется как частыми их контактами с правоохранительными органами, так и тем фактом, что во многих странах их поведение относится к категории правонарушений. Доступ к правосудию включает

Основополагающие принципы

- соблюдение прав человека
- доступность качественной медицинской помощи
- доступность правосудия
- приемлемость услуг
- медицинская грамотность
- комплексное предоставление услуг.

свободу от произвольного ареста и задержания, право на справедливое судебное разбирательство, свободу от пыток и жестокого, бесчеловечного и унижающего достоинство обращения и право, в том числе в пенитенциарных и закрытых учреждениях, на наивысший достижимый уровень здоровья (41). Защита прав человека, включая права на трудоустройство, жилье и медицинскую помощь, применительно к людям из ключевых групп населения требует сотрудничества между сектором здравоохранения и правоохранительными органами, включая органы, отвечающие за функционирование пенитенциарных и закрытых учреждений. Содержание людей в закрытых учреждениях не должно препятствовать их праву поддерживать достоинство и здоровье (18).

- **Приемлемость услуг** является одним из ключевых условий их эффективности. Медицинские услуги, направленные на снижение бремени ВИЧ-инфекции среди людей из ключевых групп населения, должны быть приемлемыми, целесообразными и доступными (в том числе по средствам) и предоставляться в атмосфере уважительного к ним отношения. Все это будет способствовать более активному участию этих людей в лечебно-профилактической помощи и их удержанию в системе лечения. Службы здравоохранения для представителей ключевых групп населения часто используют правильные модели предоставления услуг, но им не хватает опыта в области профилактики и лечения ВИЧ-инфекции. Кроме того, следует отметить, что специализированные услуги в области профилактики и лечения ВИЧ-инфекции могут оказаться неприемлемыми для людей из ключевых групп населения. Существует необходимость в укреплении потенциала службы по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции в обоих этих направлениях. Эффективными способами работы в этом направлении являются консультации с организациями, представляющими интересы ключевых групп населения, и вовлечение в процесс предоставления услуг неформальных учителей, являющихся членами этих групп (42). Механизм, позволяющий поставщикам услуг на постоянной основе получать от клиентов отзывы об услугах, будет способствовать расширению информационной базы и повышению приемлемости услуг для ключевых групп населения.
- **Медицинская грамотность:** Люди из ключевых групп населения часто плохо информированы по вопросам охраны здоровья и лечения. Это может препятствовать принятию взвешенных решений относительно форм поведения, связанных с риском ВИЧ-инфицирования, и их готовности обращаться за медицинской помощью. Службы здравоохранения должны регулярно предоставлять членам ключевых групп населения точную информацию по вопросам охраны здоровья и лечения. В то же время службам здравоохранения следует принять меры для повышения способности медицинских работников в такой области, как профилактика и лечение ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения, включая подростков (42).
- **Комплексное предоставление услуг:** Люди из ключевых групп населения обычно имеют несколько сопутствующих заболеваний и находятся в неблагоприятной социальной ситуации. Так, например, среди ключевых групп населения широко распространены ВИЧ-инфекция, вирусные гепатиты, туберкулез, другие инфекционные заболевания, а также психические расстройства. Использование комплексного подхода позволяет оказывать ключевым группам населения ориентированную на пациента лечебно-профилактическую помощь по поводу множества проблем здоровья, которые они испытывают. Кроме того, комплексное предоставление услуг способствует улучшению коммуникации и качества медицинской помощи. Таким образом, предоставление услуг для ключевых групп населения должно быть комплексным всегда, когда это возможно и целесообразно. Когда это невозможно, следует создать и поддерживать сильные связи между всеми службами здравоохранения, работающими с ключевыми группами населения (43).

МЕТОДОЛОГИЯ И ПРОЦЕСС ПОДГОТОВКИ РУКОВОДСТВА

2

2.1	Вводная часть	14
2.2	Создание групп по разработке Руководства	14
2.3	Определение сферы применения Руководства	15
2.4	Обзор доказательств	16
2.4.1	Ситуация в пенитенциарных и закрытых учреждениях	16
2.5	Разработка рекомендаций по доконтактной профилактике ВИЧ-инфекции (ДКП)	16
2.6	Оценка доказательств	17
2.6.1	Интерпретация качества доказательств	17
2.6.2	Определение силы рекомендаций	17
2.7	Обзор примеров передовой практики в области оказания услуг и реализации рекомендаций	19
2.8	Процесс подготовки Руководства	19
2.9	Планы распространения Руководства	19
2.10	Обновление Руководства	19

2 МЕТОДОЛОГИЯ И ПРОЦЕСС ПОДГОТОВКИ РУКОВОДСТВА

2.1 Вводная часть

Департамент ВОЗ по ВИЧ-инфекции возглавил работу по подготовке данного руководства ВОЗ, основываясь на процедурах и стандартах отчетности, изложенных в *Методическом пособии ВОЗ по составлению руководств*, 2012 г. (на англ. яз.) (1)

В этом руководстве объединены существующие рекомендации ВОЗ, новые рекомендации и указания, изданные ВОЗ совместно со своими партнерами из системы ООН. В него также включены ключевые рекомендации из *Сводного руководства ВОЗ по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции*, 2013 г. (2) – с выделением конкретных моментов, относящихся к каждой из ключевых групп населения.

Это руководство включает синтез полученных с помощью систематических обзоров доказательств, подтверждающих новые рекомендации. Оно также содержит информацию и ссылки относительно описательных исследований, программной документации и опыта, общественных консультаций и других материалов, относящихся к общим ценностям и предпочтениям.

2.2 Создание групп по разработке Руководства

Департамент ВОЗ по ВИЧ-инфекции создал четыре группы для выполнения конкретных функций, связанных с подготовкой Руководства. Члены групп были выбраны таким образом, чтобы обеспечить наличие широкого спектра знаний и опыта, географическую и гендерную сбалансированность, а также участие ключевых групп населения. Описание четырех групп и их функций приведено ниже:

Руководящая группа ВОЗ по разработке руководства по ВИЧ-инфекции и ключевым группам населения под председательством Департамента ВОЗ по ВИЧ-инфекции обеспечивала общее руководство процессом подготовки этого документа. В состав этой группы вошли представители Департамента ВОЗ по здоровью матерей, новорожденных, детей и подростков, Департамента психического здоровья, наркомании и токсикомании, Департамента репродуктивного здоровья и исследований, Глобальной программы по борьбе с гепатитом и Глобальной программы по борьбе с туберкулезом.

Внешняя руководящая группа состояла из сбалансированной в географическом и гендерном отношении группы из 25 ученых, исследователей, руководителей программ, исполнителей и представителей сетей и организаций ключевых групп населения. Эта группа предоставляла ВОЗ рекомендации о том, какие аспекты и приоритеты должны быть отражены в Руководстве, включая новые области, которые также требуют рассмотрения.

Состоящая из 26 человек **Группа по разработке руководства** включала большинство членов Внешней руководящей группы, плюс ряд дополнительных экспертов. Эта группа отвечала за формулирование новых рекомендаций ВОЗ и руководящих указаний по передовой практике, а также за выработку консенсуса в отношении заключительного содержания Руководства.

Члены группы внешней экспертной оценки были выбраны в консультации с региональными бюро ВОЗ с целью обеспечения географической и гендерной сбалансированности. В общей сложности Руководство было рассмотрено 73 рецензентами, которые представляли академические, политические и научные круги, а также сети и организации, занимающиеся реализацией программ или отражающие интересы ключевых групп населения. В общем, рецензенты высказали ряд предложений по улучшению ясности документа и представили незначительные дополнения и исправления к тексту документа.

Вовлечение ключевых групп населения и их сетей

Одним из ключевых принципов подготовки данного руководства было партнерское участие ключевых групп населения и их сетей на всех стадиях процесса – как в качестве членов руководящих групп и группы внешней экспертной оценки, так и в качестве партнеров в разработке методологии изучения ценностей и предпочтений, как это описано ниже.

Конфликты интересов

Участники всех вышеуказанных групп ВОЗ представили в секретариат ВОЗ декларации интересов. Секретариат ВОЗ и Группа по разработке Руководства рассмотрели все декларации и не обнаружили ни одного конфликта интересов, который был бы достаточным основанием для исключения любого из участников в разработке Руководства. Полная подборка всех деклараций может быть получена по соответствующему запросу.

2.3 Определение сферы применения Руководства

Для развития этих принципов, Руководящая группа по руководствам ВОЗ обобщила данные о всех существующих руководствах ВОЗ по ВИЧ-инфекции, которые непосредственно касаются пяти ключевых групп населения, а также провела их обзор, чтобы выявить возможные пробелы, несоответствия и случаи дублирования и определить актуальность и релевантность существующих руководств. Результаты этой работы были представлены Внешней руководящей группе в ходе совещания по определению охвата Руководства (октябрь 2013 г.). Группа рассмотрела представленные материалы и вынесла свои рекомендации об охвате Руководства (группы населения и виды мероприятий, которые будут в нем рассмотрены), а также указала на два направления работы, по которым нужны новые руководства, а именно: (1) **доконтактная профилактика ВИЧ-инфекции (ДКП)** и (2) **профилактика и лечение передозировки опиоидами**.

Другие методические указания и руководства, которые находятся в стадии разработки

Департамент ВОЗ по ВИЧ-инфекции и другие департаменты ВОЗ в настоящее время занимаются разработкой или обновлением ряда руководств и методических указаний, относящихся к ключевым группам населения. В их число входят методические указания по следующим вопросам:

- **лечение гепатита С** (завершены глобальной группой по гепатиту во время разработки настоящего руководства и включены в данный документ) и **лечение гепатита В и скрининг на гепатит В и С** (будут завершены в течение 2014-2015 гг.);
- **контрацепция и ВИЧ-инфекция** (завершены Департаментом ВОЗ по репродуктивному здоровью и исследованиям и включены в данный документ);
- **постконтактная профилактика ВИЧ-инфекции (ПКП)** (должны быть завершены к концу 2014 г. Департаментом по ВИЧ-инфекции и затем включены в обновленную версию этого руководства);
- **ИППП** (должны быть завершены к началу 2015 г. Департаментом репродуктивного здоровья и исследований и затем включены в обновленную версию этого руководства).

Потенциальные пользователи

Внешняя руководящая группа определила круг лиц, для которых Руководство будет особенно полезным пособием в их работе. Персонал служб здравоохранения, работающий в условиях ограниченности ресурсов, в наибольшей степени выиграет от приведенных здесь методических указаний, поскольку он сталкивается с наиболее серьезными проблемами в плане предоставления медицинских услуг, адаптированных к потребностям ключевых групп населения. Однако они полезны и актуальны для всех стадий эпидемии ВИЧ-инфекции и в любых экономических условиях и, следовательно, их следует рассматривать как глобальное руководство. Регионы и страны могут адаптировать эти глобальные рекомендации к местным потребностям, особенностям эпидемии ВИЧ-инфекции и существующих служб, чтобы способствовать их реализации.

2.4 Обзор доказательств

Это сводное руководство включает в себя как соответствующие действующие рекомендации, так и новые рекомендации. Разработка новых рекомендаций началась с составления систематических обзоров фактических данных. Группа по разработке Руководства рекомендовала организовать проведение новых обзоров литературы и оценку существующих обзоров и обследований, посвященных изучению ценностей и предпочтений, а также обзоров затрат и возможности реализации рекомендаций. Кроме того, ВОЗ заказала проведение ряда новых исследований и рассмотрела результаты существующих исследований по ценностям и предпочтениям, относящихся к существующим рекомендациям, в целях обеспечения того, чтобы в Руководстве были должным образом отражены вопросы, вызывающие беспокойство ключевых групп населения.

2.4.1 Ситуация в пенитенциарных и закрытых учреждениях

В 2007 г. был проведен обширный обзор литературы с целью формирования информационной базы в рамках подготовки публикации ВОЗ под названием *“Effectiveness of interventions to address HIV in prisons”* (3, 4). В 2014 г. в связи с подготовкой настоящего руководства был проведен дополнительный, сокращенный обзор соответствующей литературы – с акцентом на публикации, появившиеся в период с 2007 по 2014 гг. Результаты обновленного обзора поддержали выводы обзора 2007 г. Каких-либо новых фактических данных, указывающих на необходимость изменения рекомендаций, приведенных в руководстве 2007 г., выявлено не было. Группа по разработке руководства и Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (ЮНОДК) рассмотрели эти результаты и подтвердили их правильность. В ходе обзора 2014 г. была выявлена необходимость проведения дальнейших исследований в этой области. В веб-приложении 4 приведены потенциальные области таких исследований.

2.5 Разработка рекомендаций по доконтактной профилактике ВИЧ-инфекции (ДКП)

В процессе разработки рекомендаций по ДКП вопросы, касающиеся доказательств, были сформулированы с использованием принципа РИСО (популяция – вмешательство – сравнение – результаты). (Определение этого термина приведено в терминологическом глоссарии). Внешние исследователи использовали вопросы РИСО для разработки протоколов поиска научных данных и проведения систематических обзоров таких данных. Более подробная информация приведена в веб-приложениях 1 и 2.

ВОЗ созвала совещание по разработке руководства в марте 2014 г., чтобы обновить рекомендации по использованию ДКП среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, (5) и рассмотреть доказательную информацию для формулирования новых рекомендаций по использованию ДКП среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, а также пересмотреть все разделы сводных рекомендаций. В совещании по разработке Руководства приняли участие лица, представляющие широкий круг заинтересованных сторон и выступающие в роли либо членов группы по разработке Руководства, либо наблюдателей-экспертов. Участники данного совещания оценили доказательную информацию, относящуюся как к обоим вопросам по ДКП (используя принцип РИСО), информацию о рисках и преимуществах, ценностях и предпочтениях, а также резуль-

таты анализа “затраты-выгоды” и анализа осуществимости по каждому возможному виду вмешательства и вынесли свои рекомендации (смотрите раздел 4.1.5.1).

2.6 Оценка доказательств

В рамках процесса по разработке методических указаний ВОЗ группа по разработке руководства формулирует рекомендации, основываясь при этом на **качестве** имеющихся доказательств. Другие факторы, такие как ценности и предпочтения, затраты и осуществимость, также принимаются во внимание при определении **силы** рекомендации.

2.6.1 Как интерпретировать качество доказательств

Чем выше качество научных доказательств, тем больше вероятность того, что рекомендация будет классифицирована как сильная. В соответствии с принятым ВОЗ подходом GRADE к разработке рекомендаций, качество доказательств характеризует степень уверенности в том, что сообщаемые оценки эффекта (желательного или нежелательного), основанные на доказательствах, близки к фактическим эффектам, которые интересуют исследователей (6, 7, 8). В подходе GRADE используются четыре уровня качества доказательств (9) (Таблица 2.1).

Таблица 2.1 Значение четырех уровней качества по системе GRADE

Качество доказательств	Обоснование
Высокий уровень	Вероятность того, что дальнейшие исследования изменят нашу уверенность в оценке эффекта, очень невелика.
Средний уровень	Дальнейшие исследования могут существенно повлиять на нашу уверенность в оценке эффекта.
Низкий уровень	Вероятность того, что дальнейшие исследования могут существенно повлиять на оценку эффекта и изменить эту оценку, очень высока.
Очень низкий уровень	Любая оценка эффекта носит очень неопределенный характер.

2.6.2 Определение силы рекомендации

Сила рекомендации отражает степень уверенности группы по разработке рекомендаций в том, что желаемый эффект применения этой рекомендации будет перевешивать возможные нежелательные последствия (таблица 2.2). Желательные эффекты (**потенциальные выгоды**) могут включать полезные результаты в отношении здоровья (например, снижение показателей ВИЧ-инфицирования, заболеваемости и смертности); снижение нагрузки на людей и/или службы здравоохранения; и потенциальная экономия средств для отдельных граждан, сообществ, программ и/или системы здравоохранения. Нежелательные эффекты (**потенциальный вред**) включают любые негативные воздействия на отдельных лиц, семьи, общины или службы здравоохранения. В число дополнительных нежелательных эффектов входят связанные с осуществлением рекомендаций ресурсные и финансовые затраты программ, лиц, осуществляющих уход, или пациентов; неблагоприятные клинические исходы (лекарственная устойчивость, токсичность препаратов и т.д.); и правовые последствия в тех случаях, когда определенные практики и действия объявляются правонарушениями.

По своей силе рекомендации могут быть либо сильными, либо условными.

Сильная рекомендация (за или против) означает, что ее авторы уверены в том, что желаемые эффекты от реализации рекомендации явно перевешивают нежелательные эффекты.

Условная рекомендация (за или против) означает, что либо качество доказательств является низким, либо

рекомендация относится только к определенным группам населения, либо авторы рекомендации пришли к выводу, что желательные эффекты от реализации рекомендации, вероятно, перевешивают нежелательные эффекты или тесно сбалансированы, но они не уверены, что это относится ко всем возможным ситуациям.

В случаях, когда *условная рекомендация* реализуется на практике, необходимо проводить тщательный ее мониторинг и оценку. Для устранения неопределенности потребуются дальнейшие исследования, которые, вероятно, позволят получить новые фактические данные, которые могут изменить расчет соотношения положительных и отрицательных эффектов.

Другие факторы, влияющие на определение силы рекомендации, включают следующие: ценности и предпочтения конечных пользователей (ключевых групп населения), осуществимость, а также анализ потенциальных преимуществ и негативных последствий.

Для изучения ценностей и предпочтений ключевых групп населения и поставщиков услуг, а также преимуществ, вреда, стоимости и осуществимости реализации новых и существующих рекомендаций было заказано проведение ряда опросов, качественных исследований и обзоров литературы, в том числе по различным аспектам оказания услуг. Особое внимание было уделено такому вопросу, как ценности и предпочтения подростков из ключевых групп населения.¹

Данные о ценностях и предпочтениях были получены из следующих источников: результаты и выводы, разработанные на семинарах с участием членов ключевых групп населения в ряде стран; межрегиональный, анонимный электронный опрос среди мужчин, имеющих секс с мужчинами; углубленные интервью с ключевыми информантами из числа выбранных поставщиков услуг и потребителей инъекционных наркотиков; углубленные интервью с мужчинами, имеющими половые контакты с мужчинами; и обзор литературы, посвященной ценностям и предпочтениям ключевых групп населения относительно ДКП. В веб-приложении 3 приведены полные отчеты и таблица с кратким описанием проведенных мероприятий.

Таблица 2.2 Основные факторы и параметры, учитываемые при определении силы рекомендаций

Факторы и параметры	Обоснование
Выгоды и риски	Когда новая рекомендация разработана, то нужно тщательно сопоставить желательные эффекты (выгоды) с нежелательными эффектами (рисками), учитывая при этом все предыдущие рекомендации или другие альтернативные подходы. Чем в большей степени преимущества перевешивают риски, тем выше вероятность того, что рекомендация будет обозначена как сильная.
Ценности и предпочтения (приемлемость)	Если существует вероятность широкого принятия или высокой оценки рекомендации, она, по-видимому, будет обозначена как сильная. При высокой степени изменчивости или при наличии веских оснований полагать, что рекомендуемый порядок действий вряд ли будет принят, выше вероятность того, что рекомендация будет носить условный характер.
Затраты/финансовые последствия	В случае низкого уровня затрат (денежные средства, инфраструктура, оборудование или людские ресурсы) или более высокой экономической эффективности повышается вероятность того, что рекомендация будет обозначена как сильная.
Осуществимость	Осуществимость рекомендуемой меры вмешательства в условиях, когда можно ожидать максимального эффекта, указывает на целесообразность принятия сильной рекомендации.

¹ ВОЗ, ЮНЭЙДС, Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА), Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), Программа развития Организации Объединенных Наций (ПРООН) и ЮНОДК провели четыре технических аналитических обзора, посвященных молодым людям из ключевых групп населения. Эти обзоры основаны на анализе эпидемиологических данных, литературы по предоставлению услуг, анализе стратегий и качественном исследовании ценностей и предпочтений молодых людей из ключевых групп населения. Данное руководство включает ключевые положения из этих обзоров. См. веб-приложение 6.

2.7 Обзор примеров передовой практики в области оказания услуг и реализации рекомендаций

Всем сторонам было предложено приводить примеры передовой практики, чтобы определить эффективные и приемлемые подходы к оказанию соответствующих услуг среди ключевых групп населения. Эти примеры из практики, представленные в главах 5 и 6, позволяют получить представление о методах успешного предоставления услуг ключевым группам населения. В веб-приложении 5 приведена более подробная информация об этих примерах из практики.

2.8 Процесс подготовки Сводного руководства

После консультативного совещания группы по разработке руководства полный проект Руководства был пересмотрен и распространен в электронном виде среди членов группы по разработке руководства и внешней группы по проведению коллегиальной экспертной оценки с целью получения замечаний и предложений. Все полученные замечания и предложения были рассмотрены и, в случае необходимости, учтены в окончательном проекте документа.

2.9 Планы распространения Руководства

Данный документ (включая все приложения) распространяется как в виде печатной публикации, так и в электронной форме через веб-сайт ВОЗ.

2.10 Обновление Руководства

Департамент по ВИЧ-инфекции взял на себя обязательство **регулярно обновлять** сводное руководство по обслуживанию ключевых групп населения, например, в связи с появлением новых фактических данных, пересмотром прежних рекомендаций или разработкой новых рекомендаций, в том числе соответствующих новых руководящих указаний, подготовленных другими департаментами ВОЗ.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПАКЕТ МЕР

3

3.1	Услуги для всех ключевых групп населения	22
3.2	Особые соображения	23
3.2.1	Люди, находящиеся в пенитенциарных и закрытых учреждениях	23
3.2.2	Люди, употребляющие инъекционные наркотики	23
3.2.3	Подростки из ключевых групп населения	24

3 КОМПЛЕКСНЫЙ ПАКЕТ МЕР

3.1 Услуги для всех ключевых групп населения

Для эффективного противодействия такой проблеме, как распространение ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения, требуется сочетание различных мер. Приведенный ниже пакет мер послужит для стран-спонсоров при разработке и реализации программ профилактики и лечения ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения. Более подробное описание таких мер приведено в главах 4 и 5. В данном разделе мы лишь кратко рассмотрим основные их элементы.

Комплексный пакет состоит из двух частей:

- a) **Основные меры в области здравоохранения** (подробная информация по этому вопросу приведена в главе 4)
 1. **комплексные программы распространения презервативов и лубрикантов (смазок)**
 2. **комплексные меры по снижению вреда, связанному с употреблением психоактивных веществ**, с упором на программы распространения игл и шприцев¹ и программы опиоидной заместительной терапии
 3. **поведенческие вмешательства**
 4. **консультирование и тестирование на ВИЧ**
 5. **лечение и помощь при ВИЧ-инфекции**
 6. **профилактика и лечение коинфекций и других сопутствующих заболеваний**, в том числе вирусного гепатита, туберкулеза и психических заболеваний
 7. **меры, направленные на охрану сексуального и репродуктивного здоровья.**²
- b) **Основные стратегии создания необходимых способствующих факторов** (подробная информация по этому вопросу приведена в главе 5)
 1. **поддерживающие законодательные акты, стратегии и финансовые обязательства, в том числе в такой области, как декриминализация видов поведения ключевых групп населения**
 2. **снижение стигматизации и дискриминации**
 3. **расширение прав и возможностей местных сообществ**
 4. **борьба с насилием в отношении людей из ключевых групп населения.**

¹ Программы игл и шприцев важны для людей, употребляющих инъекционные наркотики, а также для трансгендеров, которым нужен стерильный инъекционный инструментари, чтобы безопасно вводить гормоны для коррекции пола. Другие важные направления работы включают профилактику передачи ВИЧ и других гемотрансмиссивных заболеваний в результате нанесения татуировок, пирсинга и других действий, нарушающих целостность кожных покровов. Этот вопрос особенно актуален, когда речь идет о людях, находящихся в пенитенциарных и других закрытых учреждениях.

² Включая услуги, относящиеся к контрацепции, диагностике и лечению ИППП, скринингу на рак шейки матки и т.д. (см. главу 4).

Вмешательства и стратегии в этом пакете во многом взаимозависимы.

Вмешательства и стратегии в этом пакете во многом взаимозависимы. Меры в области здравоохранения дают максимальную пользу тогда, когда они проводятся в комбинации и когда созданы необходимые благоприятные условия (способствующие факторы). Однако меры в области

здравоохранения не следует откладывать только из-за отсутствия способствующих факторов. В то же время нужно помнить, что при наличии таких факторов эффект мер здравоохранения будет значительно более выраженным. Таким образом, хотя способствующие факторы и могут в значительной степени находиться вне контроля сектора здравоохранения, важно, чтобы службы здравоохранения – совместно с другими секторами – прилагали активные усилия для их создания.

В дополнение к перечисленным мерам, люди из ключевых групп населения должны иметь доступ к общему пакету медицинских, социальных и юридических услуг, так как это является необходимым условием достижения самых высоких стандартов здоровья и благополучия всех граждан.

3.2 Особые соображения

Комплексный пакет мер, приведенный выше, является актуальным для всех ключевых групп. Дополнительные меры, предназначенные для отдельных ключевых групп населения, указаны ниже в кратком виде, а более подробное их описание приведено в главах 4 и 5.

3.2.1 Люди, находящиеся в пенитенциарных и закрытых учреждениях

Услуги по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции, которые предоставляются населению в целом должны также предоставляться и людям, находящимся в пенитенциарных и закрытых учреждениях. Доказанная эффективность этих вмешательств на популяционном уровне не изменится от того, что они будут предоставляться в пенитенциарных и закрытых учреждениях. Тем не менее, можно рассмотреть ряд конкретных соображений относительно *наиболее эффективных путей предоставления* этих услуг в пенитенциарных и закрытых учреждениях. Для обеспечения справедливости в отношении охраны здоровья в этих условиях нужно рассмотреть вопрос о передаче ответственности за охрану здоровья в пенитенциарных учреждениях от министерства юстиции (или внутренних дел) в министерство здравоохранения (3).

В 2013 г. УНП ООН (ЮНОДК) и партнеры достигли соглашения относительно всеобъемлющего пакета мер по эффективной профилактике и лечению ВИЧ-инфекции в пенитенциарных и закрытых учреждениях. В дополнение к рекомендуемым мерам (вмешательствам) для всего населения, меры для людей, находящихся в закрытых учреждениях, включают следующие:

- профилактика передачи ВИЧ при оказании медицинских и стоматологических услуг
- профилактика передачи ВИЧ и других гемотрансмиссивных заболеваний в результате нанесения татуировок, пирсинга и других действий, нарушающих целостность кожных покровов
- защита персонала от профессиональных рисков.

Некоторые другие важные меры также не следует упускать из вида. В их число входят, например, распространение зубных щеток и бритв в гигиенических наборах, обеспечение адекватного питания, организация программ интимных визитов, оказание паллиативной помощи и досрочное освобождение заключенных с терминальными состояниями по соображениям гуманности (4).

3.2.2 Люди, употребляющие инъекционные наркотики

Этот пакет содержит те же элементы, что и комплексный пакет мер по профилактике, лечению и помощи в связи с ВИЧ-инфекцией, предназначенный для людей, употребляющих инъекционные наркотики (ЛУИН), который был широко поддержан на самом высоком политическом уровне и крупнейшими учреждениями-донорами (1, 2). Меры по снижению вреда, связанного с употреблением психоактивных веществ, являются частью этого комплексного пакета для ключевых групп населения. Однако важно, чтобы страны, где имеется

проблема употребления инъекционных наркотиков, немедленно приступили к осуществлению программ распространения игл и шприцев и программ опиоидной заместительной терапии (ПИШ и ОЗТ). Оказание этих основных услуг по снижению вреда должно способствовать расширению доступа ключевых групп населения к услугам, специфическим для ВИЧ-инфекции, таким как консультирование и тестирование на ВИЧ и антиретровирусная терапия, включая повышение приверженности АРТ. Меры по снижению вреда важны не только для ЛУИН, но и для всех других людей, употребляющих наркотики. Они должны включать в себя научно-обоснованное лечение наркотической зависимости и предоставление принадлежностей для неинъекционного употребления наркотиков с учетом местного контекста и характера употребления наркотиков.

3.2.3 Подростки из ключевых групп населения

Комплексный пакет вышеуказанных мер также полезен и для подростков из ключевых групп населения. Программы, предназначенные для подростков, должны также включать:

- вакцинацию против ВПЧ в рамках национальных программ по борьбе с ВПЧ.

Странам предлагается:

- проанализировать их нынешние нормы и положения относительно необходимости согласия родителей и рассмотреть вопрос об их пересмотре, чтобы уменьшить возрастные барьеры для доступа к услугам, относящимся к ВИЧ-инфекции, и к использованию таких услуг.

Однако на данном этапе имеется ряд критических пробелов в знаниях относительно того, как наилучшим образом реализовать программы, направленные на удовлетворение потребностей подростков (5). Тем не менее, крайне важно, чтобы соответствующие услуги оказывались с учетом множественных и взаимосвязанных факторов уязвимости подростков из ключевых групп населения, а также их различных потребностей в зависимости от их возраста, особенностей их поведения, сложностей их социальной и правовой среды и характера эпидемии ВИЧ-инфекции.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО ПРОТИВОДЕЙСТВИЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В КЛЮЧЕВЫХ ГРУППАХ НАСЕЛЕНИЯ

4

4.1	Профилактика	26
4.1.1	Комплексные программы по расширению использования презервативов и лубрикантов	26
4.1.2	Снижение вреда среди людей, употребляющих инъекционные наркотики (ЛУИН)	29
4.1.3	Поведенческие вмешательства	40
4.1.4	Профилактика передачи ВИЧ в медицинских учреждениях	43
4.1.5	Профилактика ВИЧ-инфекции с помощью АРВ-препаратов	44
4.1.6	Добровольное мужское обрезание для профилактики ВИЧ-инфекции, осуществляемое медицинским персоналом (ДМОМ)	54
4.2	Добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ (ДКТ)	56
4.3	Вовлечение в систему помощи при ВИЧ-инфекции	60
4.4	Лечение и помощь при ВИЧ-инфекции	61
4.4.1	Антиретровирусная терапия	61
4.4.2	Профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку	64
4.4.3	Взаимодействия АРВ-препаратов	66
4.5	Профилактика и лечение коинфекций и сопутствующих заболеваний	68
4.5.1	Туберкулез	68
4.5.2	Вирусный гепатит	72
4.5.3	Охрана психического здоровья	76
4.6	Общий уход	78
4.6.1	Питание	78
4.6.2	Охрана сексуального и репродуктивного здоровья	78

4 ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО ПРОТИВОДЕЙСТВИЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В КЛЮЧЕВЫХ ГРУППАХ НАСЕЛЕНИЯ

4.1 Профилактика

4.1.1 Комплексные программы по расширению использования презервативов и лубрикантов

Исходные данные и обоснование

Важным компонентом борьбы с ВИЧ-инфекцией является проведение целевых программ, направленных на повышение показателей наличия, доступности, приемлемости и использования мужских и женских презервативов и совместимых с презервативами лубрикантов среди ключевых групп населения.

Постоянное и правильное использование мужских презервативов снижает риск половой передачи ВИЧ-инфекции и других ИППП вплоть до 94%.

Постоянное и правильное использование мужских презервативов (и при влагалищном, и при анальном сексе) снижает риск половой передачи ВИЧ-инфекции и других ИППП вплоть до 94%. Использование лубрикантов на водной или силиконовой основе (в отличие от лубрикантов на масляной основе) помогает предотвратить со-

скальзывание и разрыв презервативов (1, 2, 3, 4). Количество данных об использовании женских презервативов является меньшим, но они свидетельствуют о том, что этот метод также способствует предотвращению ВИЧ-инфекции и ИППП (4).

Проведение эффективных программ пропаганды и распространения презервативов, направленных на ключевые группы населения, имеет особое значение. Среди ключевых групп населения, особенно среди подростков, часто наблюдается сочетание таких рискованных видов поведения, как незащищенный секс, употребление психоактивных веществ и т.д. (5, 6, 7).

Рекомендации и руководящие принципы

ВСЕ КЛЮЧЕВЫЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ

Для всех ключевых групп населения рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов (с соответствующим лубрикантом) в целях предотвращения передачи ВИЧ и ИППП (*сильная рекомендация, среднее качество доказательств*) (3, 8, 9, 10).

Дополнительные рекомендации для отдельных ключевых групп и вопросы их реализации в конкретных условиях

МУЖЧИНЫ, ИМЕЮЩИЕ СЕКС С МУЖЧИНАМИ (МСМ)

- При анальном сексе МСМ рекомендуется использовать такие средства защиты, как презервативы и соответствующие лубриканты (смазки) (3).
- Необходимо подчеркнуть важность такого направления работы, как обеспечение достаточного количества лубрикантов.

ЛЮДИ, НАХОДЯЩИЕСЯ В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ И ЗАКРЫТЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Люди занимаются сексом и в условиях лишения свободы, но в целом доступность презервативов в пенитенциарных и закрытых учреждениях является ограниченной. Важным элементом работы является внедрение и расширение в пенитенциарных и закрытых учреждениях программ распространения презервативов и соответствующих лубрикантов – без ограничений их количества, с обеспечением анонимности и в легкодоступной форме (например, продажа презервативов через торговые автоматы) (9, 11).

СЕКС-РАБОТНИКИ (И ИХ КЛИЕНТЫ)

- Правильное и постоянное использование презервативов и соответствующих лубрикантов рекомендуется для всех работников секс-бизнеса и их клиентов (10).
- В отношениях со своими клиентами секс-работники (как женщины, так и мужчины) часто оказываются в ситуации, когда их возможности в плане использования презерватива являются весьма ограниченными. Это явление часто характеризуют как дисбаланс власти. (Смотрите главу 5, где показаны важнейшие факторы, способствующие использованию презервативов.) Секс-работницы, употребляющие инъекционные наркотики, могут быть особенно уязвимой группой в этом отношении. Применительно к этой группе женские презервативы имеют преимущества по сравнению с мужскими, так как женщина сама может принять решение о его использовании. Более того, такой презерватив может быть введен за несколько часов до полового акта (14). Подходы, основанные на использовании равных консультантов и на аутрич-работе, способствуют повышению уровня знаний, развитию навыков и расширению возможностей секс-работников правильно и постоянно пользоваться презервативами и лубрикантами.

ТРАНСГЕНДЕРЫ

- При анальном сексе трансгендерам рекомендуется использовать такие средства защиты, как презервативы и соответствующие лубриканты (смазки) (3).
- Необходимо подчеркнуть важность такого направления работы, как обеспечение достаточного количества лубрикантов для трансгендерных женщин и трансгендерных мужчин, имеющих секс с мужчинами.

ПОДРОСТКИ ИЗ КЛЮЧЕВЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

Эмоциональные, интеллектуальные и социальные навыки и возможности подростков находятся в процессе постоянного развития. Молодые люди из ключевых групп населения, возможно, в большей степени, чем их сверстники среди населения в целом, испытывают властный дисбаланс в сексуальных отношениях, что ограничивает их способность использовать презервативы (5, 15, 16). Подходы, основанные на использовании равных консультантов и на аутрич-работе, могут помочь добиться прогресса в таких областях, как распространение презервативов и лубрикантов, повышение уровня знаний, развитие навыков и расширение прав и возможностей подростков из ключевых групп населения правильно и постоянно пользоваться презервативами и лубрикантами (17).

Вопросы реализации рекомендаций

Законодательные и правоохранные механизмы должны поддерживать программы по расширению использования презервативов. Владение презервативами не должно рассматриваться как свидетельство правонарушения, и полицейским не следует принимать какие-либо негативные меры в отношении людей, которые имеют при себе презервативы (10).

Расширение доступа. В большинстве стран презервативы и лубриканты можно легко купить. Однако бесплатное распространение среди ключевых групп населения презервативов с лубрикантами позволяет устранить те барьеры для их использования, которые связаны с их стоимостью (17, 18). Мужские и женские презервативы различных размеров должны распространяться через многочисленные каналы, чтобы охватить все ключевые группы населения — особенно молодых их членов. Кампании пропаганды презервативов должны способствовать повышению социальной приемлемости презервативов, улучшению осведомленности населения о преимуществах их использования, а также преодолению социальных и личных препятствий для их использования (10).

Лубрикант (смазка). Вместе с мужскими и женскими презервативами всегда следует распределять совместимые с ними лубриканты. Лубрикант снижает риск разрыва презерватива и его соскальзывания и может уменьшить дискомфорт во время проникающего секса (10). При анальном сексе количество лубриканта должно быть особенно обильным (19). Лубриканты на водной или силиконовой основе не повреждают латексные презервативы — в отличие от лубрикантов на масляной основе. Поэтому последние никогда нельзя применять в сочетании с презервативами.

Информирование и развитие навыков. Наряду с пропагандой, поощрением и распространением презервативов программы для ключевых групп населения должны охватывать такие вопросы, как информирование и развитие навыков и умений, позволяющих договориться об использовании презерватива (10). Кроме того, поведенческие вмешательства могут способствовать практике правильного и постоянного использования презервативов. Во всех программах по расширению использования презервативов следует учитывать наличие сложных гендерных, религиозных и культурных факторов, которые могут препятствовать применению презервативов. В частности, до внедрения программ по распространению презервативов в тюрьмах и иных местах лишения свободы следует тщательно спланировать информационно-образовательные мероприятия, направленные на заключенных и тюремный персонал (9).

Дополнительная литература

- *Condom programming for HIV prevention: a manual for service providers.* New York, UNFPA, 2005. <http://www.unfpa.org/public/global/pid/1291>
- *Comprehensive condom programming: a guide for resource mobilization and country programming.* New York, UNFPA, 2010. <http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2011/CCP.pdf>
- WHO, UNFPA, UNAIDS, NSWP, World Bank. *Implementing comprehensive HIV/STI programmes with sex workers: practical approaches from collaborative interventions. (Chapter 4).* Geneva, WHO, 2013. http://www.who.int/hiv/pub/sti/sex_worker_implementation/en/
- *Male latex condom specification, prequalification and guidelines for procurement.* Geneva, WHO, 2010. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9789241599900/en/
- WHO, UNFPA, FHI360. *Use and procurement of additional lubricants with male and female condoms — advisory note.* Geneva, WHO, 2012. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/76580/1/WHO_RHR_12.33_eng.pdf

4.1.2 Снижение вреда среди людей, употребляющих инъекционные наркотики (ЛУИН)

Исходные данные и обоснование

Люди, употребляющие инъекционные наркотики, подвергаются риску заражения ВИЧ и другими вирусными инфекциями, передающимися через кровь (например, гепатит В и С), в результате совместного использования нестерильного инъекционного оборудования. В некоторых местах уровни употребления наркотиков среди людей из ключевых групп могут быть более высокими, чем среди населения в целом.

Комплексный пакет мер. Комплексный пакет научно обоснованных мер по снижению вреда, связанного с употреблением инъекционных наркотиков, кратко изложен в подготовленном ВОЗ, ЮНЭЙДС и УНП ООН техническом руководстве для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией для людей, употребляющих инъекционные наркотики (8). Эта публикация и пакет мер были широко одобрены Организацией Объединенных Наций (20, 21, 22, 23, 24) и крупными международными донорами, включая Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией и Чрезвычайный план Президента США для оказания помощи в связи со СПИДом (ПЕПФАР).

Комплексный пакет мер по снижению вреда включает следующие элементы:

1. Проведение программ распространения игл и шприцев (ПИШ) среди людей, употребляющих инъекционные наркотики
2. Опиоидная заместительная терапии (ОЗТ) и другие научно обоснованные виды лечения наркотической зависимости
3. Консультирование и тестирование на ВИЧ
4. Анतिретровирусная терапия
5. Профилактика и лечение ИППП
6. Программы распространения презервативов среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, и их половых партнеров
7. Информационно-просветительская работа среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, и их половых партнеров
8. Профилактика (в том числе с помощью вакцинации), диагностика и лечение вирусных гепатитов
9. Профилактика, диагностика и лечение туберкулеза (ТБ).

К употреблению наркотиков относятся только первые два пункта из всех вышеуказанных и именно они и обсуждаются в данной главе.

Аутрич-работа среди ключевых групп. Аутрич-работа среди уязвимых групп не отображается в виде отдельного направления деятельности в вышеуказанном пакете мер, но она является эффективным методом установления контактов с уязвимыми лицами, особенно теми, кто сталкивается с препятствиями при получении доступа к основным медицинским услугам, как это часто происходит с людьми из ключевых групп населения. Аутрич-работа является высокоэффективной платформой для ряда мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции (ПИШ, программы расширения использования презервативов, целевая коммуникация и т.д.). Кроме того, она дает хорошую возможность для направления пациентов в службы, где они могут получить

ОЗТ и АРТ. Таким образом, аутрич-работа – это неотъемлемый компонент всех программ по борьбе с ВИЧ-инфекцией (25).

Ряд других мероприятий не включен в комплексный пакет по снижению вреда из-за недостатка доказательств об их эффективности для профилактики и лечения ВИЧ-инфекции. Тем не менее, одна новая рекомендация о распределении налоксона вне медицинских учреждений была включена в список рекомендаций и подробно описана в конце этой главы.

Снижение вреда, связанного с инъекционным введением лекарственных средств для коррекции пола. В отличие от ситуации с инъекционными наркотиками, как это было описано выше, ситуация с инъекционным введением гормонов для коррекции пола является иной. При применении этого вида терапии очень важно обеспечить надлежащее медицинское обслуживание с целью подбора адекватных лекарственных препаратов, предотвращения нарушений дозировки, своевременной коррекции любых неблагоприятных побочных эффектов, а также сокращения практики совместного использования инъекционного оборудования. Руководство ВОЗ по гормональной терапии с целью коррекции пола пока что не разработано.

Инъекции гормонов отличаются от инъекций немедицинских силиконовых препаратов и других наполнителей для прямой модификации тела (26, 27). Данные показывают, что инъекции рыхлого силикона и других наполнителей могут быть связаны с такими видами вреда для здоровья, как инфекции, обезображивание, миграция введенного вещества в организме и системные заболевания (28, 29, 30). Очень важно, чтобы трансгендеры были проинформированы о рисках этих инъекций для здоровья и имели доступ к службам здравоохранения, использующим более безопасные методы коррекции пола.

Подростки, употребляющие инъекционные наркотики¹. Подростки, употребляющие инъекционные наркотики, сталкиваются с дополнительными рисками и барьерами в отношении получения услуг из-за ряда юридических и средовых факторов, а также факторов, связанных с особенностями развития человека на этом этапе жизни. Подростки часто имеют меньше знаний о безопасных инъекционных практиках и возможностях получения необходимых услуг. Во многих странах подростки не могут принимать участие в программах ПИШ и ОЗТ из-за возрастных ограничений и/или из-за необходимости получения согласия родителей. Для того, чтобы подростки и молодые люди могли шире использовать имеющиеся услуги, могут потребоваться более целенаправленные и творческие стратегии. Вовлечение в программы снижения вреда родителей подростков, употребляющих инъекционные наркотики, может помочь обеспечить адекватную поддержку таких подростков. Однако прежде чем привлекать родителей, очень важно получить соответствующее согласие подростка.

4.1.2.1 Программы распространения игл и шприцев, также известные, как программы игл и шприцев (ПИШ)

Исходные данные и обоснование

ПИШ позволяют добиться существенного и экономически эффективного снижения передачи ВИЧ среди людей, употребляющих инъекционные наркотики.

Как только ВИЧ попадает в группу людей, употребляющих инъекционные наркотики и использующих общие шприцы и инъекционное оборудование, показатели распространенности ВИЧ-инфекции очень быстро могут достичь масштабов эпидемии (31). Распространение стерильного инъекционного инструментария (бесплатно или по низкой стоимости)

среди людей, употребляющих инъекционные наркотики (ЛУИН), способствует использованию стерильных игл и шприцев и следовательно уменьшению количества инъекций нестерильными иглами и шприцами (8, 32, 33, 34, 35, 36, 37).

ПИШ позволяют добиться существенного и экономически эффективного снижения передачи ВИЧ среди людей, употребляющих инъекционные наркотики (36). ПИШ также способствуют снижению передачи среди ЛУИН других передающихся через кровь (гемотрансмиссивных) заболеваний, таких как вирусный гепатит В и С (35, 36, 38, 39, 40). Здесь также следует отметить, что программы распространения игл и шприцев не являются под-

¹ Смотрите также веб-приложение 6 (ВИЧ-инфекция и молодые люди).

ходом, способствующим росту употребления наркотиков. Не имеется никаких данных о каких-либо крупных непредвиденных негативных последствиях ПИШ, например, таких как рост употребления инъекционных наркотиков среди людей, которые ранее их не употребляли, или повышение уровня употребления инъекционных наркотиков на индивидуальном или популяционном уровне (41, 42, 43, 44).

ПИШ могут также выполнять функции важного звена, содействующего обращению их клиентов к другим службам медицинской помощи. Деятельность программ игл и шприцев нацелена на то, чтобы их клиенты обращались к ним на регулярной основе. Таким образом, у таких программ имеется множество возможностей для облегчения доступа пациентов к другим видам медицинской помощи, включая ОЗТ и другие методы лечения наркозависимости, ДКТ, а также лечение ВИЧ-инфекции, туберкулеза и вирусных гепатитов (45). Кроме того, ПИШ могут оказывать базовую медицинскую помощь и помогать устранять другие проблемы, с которыми часто сталкиваются люди, употребляющие инъекционные наркотики, такие как уход за ранами и профилактика передозировки. В рамках ПИШ могут быть использованы различные модели распространения игл и шприцев и предоставления соответствующих услуг, включая следующие: распространение игл и шприцев через стационарные пункты, такие как аптеки, раздаточные или торговые автоматы, а также мобильные службы помощи и аутрич-службы (8, 36). Кроме того, учитывая высокие показатели лишения свободы среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, обеспечение доступа к стерильному инъекционному инструментарию и ПИШ должно быть важным компонентом медицинского обслуживания в пенитенциарных учреждениях (4).

Для предупреждения передачи ВИЧ среди лиц, употребляющих инъекционные наркотики, крайне важно обеспечивать их не только информацией о том, как это можно сделать с помощью более безопасных методов инъекционирования и отказа от совместного использования инъекционного инструментария, но и соответствующими средствами путем распространения стерильных инъекционных принадлежностей (бесплатно или по низкой стоимости). Программы игл и шприцев также дают возможность направлять ЛУИН в другие медицинские и сопутствующие службы, включая службы, проводящие ДКТ и лечение наркозависимости.

Рекомендации и руководящие принципы

ВСЕ КЛЮЧЕВЫЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ

Все люди из ключевых групп населения, употребляющие инъекционные наркотики, должны иметь доступ к стерильному инъекционному инструментарию через программы игл и шприцев (*сильная рекомендация, низкое качество доказательств*) (8, 32, 36, 46).

Дополнительные замечания

- Предлагается, чтобы ПИШ также распространяли шприцы с малым мертвым пространством – вместе с информацией об их профилактическом преимуществе по сравнению с обычными шприцами (39).
- Распространяемый инъекционный инструментарий должен соответствовать местным условиям, что обеспечивается за счет учета таких факторов, как тип препаратов, которые обычно используются, и методы их приготовления (8, 27).

Дополнительные рекомендации для отдельных ключевых групп и вопросы их реализации в конкретных условиях

ЛЮДИ, НАХОДЯЩИЕСЯ В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ И ЗАКРЫТЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

- Важно, чтобы люди, находящиеся в пенитенциарных и закрытых учреждениях, были обеспечены не только информацией по снижению риска, но и соответствующими профилактическими средствами, такими как презервативы и стерильный инъекционный инструментарий. Люди, находящиеся в пенитенциарных и закрытых учреждениях, должны иметь легкий, конфиденциальный доступ к ПИШ (9).
- Тюремные системы должны проводить пилотные исследования и оценку инициатив по пропаганде более безопасных методов нанесения татуировок, чтобы определить, снижают ли они уровни обмена и повторного использования оборудования для нанесения татуировок, тем самым, способствуя снижению уровней инфицирования (9, 11).

ТРАНСГЕНДЕРЫ

Трансгендерные люди, употребляющие инъекционные средства для коррекции пола, должны использовать стерильный инъекционный инструментарий и безопасные методы инъекирования, чтобы снизить риск заражения передающимися с кровью патогенами, такими как ВИЧ и вирусы гепатита В и С (3).

ПОДРОСТКИ ИЗ КЛЮЧЕВЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

В Руководстве ВОЗ не указаны какие-либо возрастные ограничения для людей, пользующихся услугами программ распространения игл и шприцев.

Вопросы реализации рекомендаций

Структурные изменения необходимы для создания благоприятных политических, правовых и социальных условий, способствующих обеспечению справедливого доступа к профилактике и лечению ВИЧ-инфекции для всех людей, одним из которых является проведение ПИШ для людей, употребляющих инъекционные наркотики (8).

Пропаганда, основанная на данных общественного здравоохранения, часто является необходимой в ходе сотрудничества с различными секторами, особенно правоохранительными органами и местными сообществами, в целях создания условий, в которых ПИШ могут эффективно функционировать (8, 36, 45, 47).

Криминализация тех или иных действий, относящихся к иглам и шприцам – это контрпродуктивный подход. Если ношение использованных игл и шприцев является правонарушением или может быть использовано в качестве доказательства употребления наркотиков, лица, употребляющие инъекционные наркотики, вряд ли захотят отнести использованные иглы и шприцы в пункт программы ПИШ для их безопасной утилизации (27, 36, 45).

Обслуживание ключевых групп населения. Важно, чтобы сотрудники ПИШ были осведомлены о медико-санитарных потребностях каждой из ключевых групп населения. Организации ключевых групп населения могут либо сами оказывать соответствующие услуги, либо иметь эффективные каналы для направления людей в те службы, которые могут оказать такие услуги (32).

Другие принадлежности для инъекций. Помимо стерильных игл и шприцев в рамках ПИШ также может предусматриваться предоставление ряда других инъекционных принадлежностей, включая спиртовые тампоны, ампулы стерильной воды, фильтры, турникеты, смесительные емкости (например, специальные ложки) и окислители (например, порошки аскорбиновой или лимонной кислоты) (8, 27).

Безопасная утилизация. В рамках ПИШ должны быть созданы системы безопасной утилизации инъекционного инструментария и приниматься меры для содействия их использованию (8, 27). Существуют различные модели таких систем, включая распространение одноразовых непрокальваемых контейнеров. Эффективная и безопасная утилизация игл и шприцев уменьшает количество загрязненного инструментария в рамках местного сообщества, что снижает риск его повторного использования или непреднамеренных уколов зараженной иглой, а также содействует ослаблению негативного отношения к ЛУИН среди населения в целом. Предоставляемая информация также может охватывать возможности для сокращения употребления наркотиков в более долгосрочной перспективе.

Информационно-образовательная работа в пенитенциарных и других закрытых учреждениях. Заключенные и тюремный персонал должны получать информацию о соответствующих программах и участвовать в их разработке и реализации. Тщательно оцененные пилотные программы ПИШ в местах лишения свободы могут сыграть важную роль в создании фундамента для текущих широкомасштабных программ. Однако масштабы ПИШ следует расширять, не дожидаясь результатов пилотных программ, особенно в тех пенитенциарных учреждениях, где инъекционное употребление наркотиков является широко распространенным явлением (9).

Дополнительная литература

- ВОЗ, ЮНОДК (УНП ООН), ЮНЭЙДС. *Техническое руководство для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков – обновление 2012 года.* Женева, ВОЗ, 2013 г. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77969/7/9789244504376_rus.pdf?ua=1
- ВОЗ, ЮНЭЙДС, ЮНОДК. *Руководство по осуществлению программ игл и шприцев.* Женева, ВОЗ, 2009 г. http://www.who.int/hiv/pub/idu/guide_nsp_050809_ru.pdf?ua=1
- *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users.* Geneva, WHO, 2004. <http://www.who.int/hiv/pub/idu/needleprogram/en/>
- *Best practices for injections and related procedures toolkit.* Geneva, WHO, 2010. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599252_eng.pdf

4.1.2.2 Опиоидная заместительная терапия (ОЗТ)

Исходные данные и обоснование

Эффективные методы лечения наркотической зависимости помогают снизить уровни незаконного употребления наркотиков и, следовательно, частоту инъекций, а

Для людей, зависимых от опиоидов, **ОЗТ** – это очень эффективное средство снижения употребления инъекционных наркотиков, которое связано с риском заражения ВИЧ.

также улучшить здоровье и социальное функционирование людей, получающих такое лечение (8). Для людей, зависимых от опиоидов, опиоидная заместительная терапия (ОЗТ) является очень эффективным средством снижения показателей употребления инъекционных наркотиков, которое связано с

риском заражения ВИЧ (33, 34, 48, 49, 50). ОЗТ может уменьшить уровень употребления опиоидов и улучшить показатели удержания пациентов в программах лечения ВИЧ-инфекции (51, 52, 53). Доступность и соблюдение ОЗТ может улучшить результаты в отношении здоровья (4), уменьшить частоту передозировок и связанных с ними летальных исходов (54), уменьшить преступную деятельность (55), улучшить психосоциальное поведение (56) и снизить риск для страдающих наркозависимостью беременных женщин и их грудных детей (57).

Метадон и бупренорфин, которые включены в список основных лекарственных средств ВОЗ, являются наиболее часто используемыми опиоидными агонистами при проведении ОЗТ (58). Метадон – это синтетический опиоид, который используется для лечения зависимости от героина и других наркотиков. Использование метадона уменьшает опиоидный абстинентный синдром и эйфорический эффект от употребления опиоидов. Метадон принимается перорально ежедневно. При этом важно обеспечить, чтобы доза препарата была достаточной (60–120 мг) и чтобы он принимался достаточно длительный период времени (8, 50). Бупренорфин является частичным агонистом; его эффективность в лечении опиоидной зависимости сопоставима с эффективностью метадона. Этот препарат в основном принимают подъязычно (8–24 мг/сутки). Программы ОЗТ должны создавать благоприятные средовые условия и отношения для облегчения скоординированного лечения сопутствующих проблем, связанных с психическим и физическим здоровьем пациентов, и для целенаправленного воздействия на соответствующие психосоциальные факторы (50).

- Для оптимизации охвата и результатов лечения, опиоидная заместительная терапия должна проводиться бесплатно или за счет общественного медицинского страхования и она должна быть доступна для всех, кто в ней нуждается, в том числе для людей, находящихся в пенитенциарных и закрытых учреждениях (50)
- ОЗТ не должна быть принудительной; пациенты должны дать информированное согласие на лечение (8, 50).
- Для обеспечения наибольшей эффективности, ОЗТ должна проводиться как достаточно длительное поддерживающее лечение с обеспечением своевременного принятия адекватных доз препарата (8, 50).

ВСЕ КЛЮЧЕВЫЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ

В соответствии с руководством ВОЗ всем членам ключевых групп населения, которые страдают опиоидной зависимостью, включая людей, находящихся в пенитенциарных и закрытых учреждениях, (9) должно быть предложено пройти курс опиоидной заместительной терапии (*сильная рекомендация, низкое качество доказательств*) (8, 32, 50).

Дополнительные замечания.

- Чтобы увеличить безопасность и эффективность программ ОЗТ, соответствующие стратегии, положения и нормативы должны поощрять гибкие структуры дозирования, не ограничивая уровни дозировок или продолжительность лечения (50). Обычные поддерживающие дозы метадона должны быть в диапазоне 60–120 мг в сутки, а средние поддерживающие дозы бупренорфина должны быть не менее 8 мг в сутки (50). Выдача доз препарата для приема на дому может быть рассмотрена, когда достигнута стабильность и дозировки, и социальной ситуации пациента, и когда риск использования препарата в незаконных целях является минимальным (50). ОЗТ является наиболее эффективной в виде поддерживающей терапии в течение достаточно длительного времени (до нескольких лет). Схемы лечения, основанные на опиоидной детоксикации или отмене опиоидов, (а не на поддерживающей терапии) приводят к худшим результатам в долгосрочной перспективе. Тем не менее, тем пациентам, которые сознательно выбирают метод отмены опиоидов, нужно оказать соответствующую помощь (50).
- Во время беременности для лечения опиоидной зависимости следует использовать ОЗТ, а не метод опиоидной детоксикации (50, 59).

- В ходе фармакологического лечения опиоидной зависимости все пациенты должны иметь доступ к соответствующей социально-психологической поддержке. Как минимум эта поддержка должна включать следующие элементы: оценка психосоциальных потребностей, поддерживающее консультирование и содействие тому, чтобы пациенты могли получить соответствующую помощь от служб поддержки и охраны здоровья семей и местного населения (50).
- ОЗТ лиц с туберкулезом, вирусным гепатитом В или С или ВИЧ-инфекцией должна проводиться в сочетании с лечением соответствующего заболевания. Лечение таких пациентов можно и нужно начинать, не дожидаясь момента воздержания от опиоидов (50).
- Лечебные службы должны предложить вакцинацию против гепатита В всем пациентам с опиоидной зависимостью (независимо от того, принимают они участие в программах ОЗТ или нет) (50).
- Службы по уходу, которые проводят ОЗТ, должны инициировать и поддерживать АРТ среди тех людей, живущих с ВИЧ, которые соответствуют установленным критериям (4).

Рекомендации и руководящие принципы

Дополнительные рекомендации для отдельных ключевых групп и вопросы их реализации в конкретных условиях

ЛЮДИ, НАХОДЯЩИЕСЯ В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ И ЗАКРЫТЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

- Администрация пенитенциарных учреждений в странах, где ОЗТ доступна в сообществе, должны срочно внедрить программы ОЗТ и расширить их до нужного масштаба как можно скорее (9).
- Страны должны подтвердить и укрепить принцип предоставления лечения, обучения и реабилитации в качестве альтернативы осуждению и наказанию за правонарушения, связанные с наркотиками (8).
- Следует принять меры к тому, чтобы люди, получающие ОЗТ до поступления в пенитенциарные или другие закрытые учреждения, могли продолжать ОЗТ без перерыва, в том числе при переходе от одной системы медицинского обслуживания к другой (9, 50), и чтобы они были направлены в соответствующую службу для продолжения ОЗТ и после освобождения (60).
- Предоставление ОЗТ во время заключения может помочь уменьшить количество смертей, связанных с передозировкой после освобождения (61).

ТРАНСГЕНДЕРЫ

Данных, свидетельствующих о лекарственных взаимодействиях между опиоидной заместительной терапией и лекарствами, используемыми для коррекции пола, не имеется; однако, объем исследований в этой области очень ограничен.

ПОДРОСТКИ ИЗ КЛЮЧЕВЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

В Руководстве ВОЗ не указаны какие-либо возрастные ограничения для проведения опиоидной заместительной терапии.

Вопросы реализации рекомендаций

Для обеспечения безопасной и легальной практики закупок, хранения, распространения и дозирования лекарств, особенно метадона и бупренорфина, следует использовать **документально оформленные процессы** (50).

Надзор и контроль. На ранней стадии лечения необходимо осуществлять непосредственный контроль за приемом доз метадона и бупренорфина (50).

Выдача доз препарата для приема на дому может быть рассмотрена только тогда, когда достигнута стабильность как дозировки препарата, так и социальной ситуации пациента и когда риск использования препарата в незаконных целях является минимальным (50).

Вынужденное отстранение пациента от лечения является оправданным в случаях, когда это необходимо для обеспечения безопасности персонала и других пациентов, однако, то или иное нарушение или отклонение от правил программы обычно не должно быть причиной для принятия такой меры. Прежде чем отстранять пациента от лечения, нужно принять все разумные меры по улучшению ситуации, включая повторную оценку тактики лечения (50).

Дополнительная литература

- *Guidelines for psychosocially assisted pharmacotherapy for the management of opioid dependence.* Geneva, WHO, 2009. <http://www.who.int/hiv/pub/idu/opioid/en/index.html>
- *Техническое руководство для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков – обновление 2012 года.* Женева, ВОЗ, 2013 г. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77969/7/9789244504376_rus.pdf?ua=1
- *Operational guidelines for the management of opioid dependence in the South-East Asia Region.* New Delhi, WHO Regional Office for South-East Asia, 2008. http://www.who.int/hiv/pub/idu/op_guide_opioid_depend/en/index.html
- *Guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy.* Geneva, WHO, 2014. http://www.who.int/substance_abuse/publications/pregnancy_guidelines/en/

4.1.2.3 Другие виды лечения наркозависимости

Исходные данные и обоснование

Имеющиеся данные о влиянии других профилактических мер на заболеваемость ВИЧ-инфекцией являются менее убедительными по сравнению с данными об эффективности ПИИШ и ОЗТ. Тем не менее, использование других форм профилактики и лечения в связи с наркозависимостью настоятельно рекомендуется там, где широко используются неопиоидные препараты, а также там, где ОЗТ остается недоступной.

Цели лечения наркотической зависимости включают достижение и поддержание физического, психологического и социального благополучия пациента за счет сокращения рисков, связанных с употреблением наркотиков, а также либо снижение уровня употребления наркотиков, либо полное воздержание от приема наркотиков. В связи с хроническим, рецидивирующим характером наркотической зависимости и необходимостью решения целого ряда социальных и психологических вопросов, достижение цели полного воздержания от употребления

наркотиков, если она ставится – это длительный и сложный процесс. Постановка более краткосрочных и более достижимых целей (так называемая стратегия малых шагов) помогает четче определить нужный прогресс и методы его достижения. Это также помогает уменьшить вред, связанный с наркотиками, одним из аспектов которого является передача гемотрансмиссивных вирусов, таких как ВИЧ и вирусы гепатита В и С (62).

Имеющиеся данные о влиянии других форм лечения наркозависимости на заболеваемость ВИЧ-инфекцией являются менее убедительными по сравнению с данными об эффективности ОЗТ (8, 63). Тем не менее, использование других форм профилактики и лечения в связи с наркозависимостью настоятельно рекомендуется там, где широко используются неопиоидные препараты, такие как стимуляторы амфетаминового ряда, кокаин и седативные и снотворные препараты, а также там, где ОЗТ остается недоступной (8). Лечение наркозависимости помогает предотвратить ВИЧ-инфицирование за счет снижения употребления инъекционных наркотиков, снижения совместного использования инъекционного оборудования, снижения рискованного сексуального поведения и создания возможностей для повышения информированности в вопросах ВИЧ-инфекции и получения соответствующей медицинской помощи (64).

Лечение наркозависимости обычно включает различные методы и подходы, но их можно подразделить на две категории: психосоциальные методы (вмешательства, направленные на отказ от наркотиков, также известные как поведенческие вмешательства) и фармакологические методы. Фармакологические методы могут быть дополнительно подразделены на такие категории, как детоксикация, предотвращение рецидивов и методы лечения для снижения тяги к наркотикам и употребления наркотиков (62).

Заключение наркозависимых людей под стражу не является лечением. В ряде стран, люди, которые употребляют инъекционные или иные наркотики, задерживаются и содержатся в учреждениях принудительного содержания – якобы с целью лечения наркозависимости и реабилитации, но без суда и без клинической оценки наркотической зависимости. При этом клинические результаты лечения редко используются для определения продолжительности содержания в таких учреждениях. Как правило, в таких учреждениях не осуществляется медицинский контроль за течением абстинентного синдрома и не предлагаются виды лечения, основанные на фактических данных. Людей, находящихся в таких учреждениях, могут заставлять заниматься неоплачиваемым трудом или упражнениями по типу армейской муштры и они могут подвергаться физическим наказаниям. После выхода из таких учреждений часто наблюдаются рецидивы употребления наркотиков, а риск передозировки может даже увеличиться (65).

Эти подходы ущемляют права человека. Кроме того, нет никаких доказательств того, что они позволяют эффективно лечить наркотическую зависимость или снизить риск передачи ВИЧ. Следовательно, их нельзя рассматривать в качестве одной из форм лечения наркотической зависимости (8). В силу вышеуказанных причин ВОЗ и другие партнеры ООН не поддерживают такие формы лишения свободы и призывают государства-члены закрыть центры принудительного лечения и реабилитации наркозависимых и оказывать таким лицам соответствующую медико-социальную помощь в рамках местных сообществ с соблюдением следующих принципов: добровольность, научная обоснованность и уважение прав человека (66).

Меры по сдерживанию распространения ВИЧ являются более успешными там, где используется всеобъемлющий и разнообразный ассортимент научно-обоснованных методов лечения наркозависимости (62).

Рекомендации и руководящие принципы

ВСЕ КЛЮЧЕВЫЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ

Все люди из ключевых групп, которые злоупотребляют алкоголем или употребляют другие психоактивные вещества, должны иметь доступ к научно-обоснованным профилактическим услугам, в частности, к кратковременным психосоциальным вмешательствам, включающим такие аспекты, как оценка психосоциального статуса и уровня употребления, качественное информирование и предоставление соответствующих рекомендаций (*условная рекомендация, очень низкое качество доказательств*) (3, 46).

Дополнительные рекомендации для отдельных ключевых групп и вопросы их реализации в конкретных условиях

ЛЮДИ, НАХОДЯЩИЕСЯ В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ И ЗАКРЫТЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

- Заключенные должны иметь доступ к таким же научно-обоснованным методам лечения зависимости от психоактивных веществ, как и остальное население (9, 60).
- Для снижения чрезмерно высоких показателей лишения свободы и такой проблемы, как переполненность тюрем, что увеличивает риск заражения ВИЧ, важно, чтобы страны пересмотрели свои законы и политику, предусматривающие криминализацию употребления алкоголя или наркотиков (9, 60).

ПОДРОСТКИ ИЗ КЛЮЧЕВЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

Лечение таких подростков должно проводиться в их собственных интересах и в консультации с ними.

Вопросы реализации рекомендаций

Психосоциальные вмешательства должны быть частью комплексного лечения наркотической зависимости (39, 50).

Альтернативы подходу, основанному на криминализации некоторых форм поведения. Страны должны подтвердить и укрепить принцип вовлечения лиц, употребляющих наркотики, в программы лечения, просвещения и реабилитации в качестве альтернативы осуждению и наказанию в виде лишения свободы за правонарушения, связанные с наркотиками. В настоящее время многие страны несут крупные расходы, связанные с тем, что значительное число наркозависимых людей попадают в пенитенциарные учреждения за такие правонарушения. Следует отметить, что эта практика ассоциирована с очень высокой частотой рецидивов вскоре после освобождения таких людей. На данный момент не имеется никаких доказательств того, что такой подход является эффективным с медицинской или экономической точки зрения (8).

Дополнительная литература

- *mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings.* Geneva, WHO, 2011. http://www.who.int/mental_health/publications/mhGAP_intervention_guide/en/index.htm
- *Technical briefs on amphetamine-type substances.* Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 2011. http://www.who.int/hiv/pub/du/ats_tech_brief/en/index.html
- *Basic principles for treatment and psychosocial support of drug dependent people living with HIV/ AIDS.* Geneva, WHO, 2006. http://www.who.int/substance_abuse/publications/basic_principles_drug_hiv.pdf

4.1.2.4 Профилактика и лечение передозировки опиоидами

Исходные данные и обоснование

Во всем мире, передозировка наркотиков является основной причиной смерти среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, а также распространенной причиной не связанных с ВИЧ-инфекцией смертей среди людей, живущих с ВИЧ. Согласно оценкам, около 69 000 человек ежегодно умирают от передозировки (67).

Передозировку опиоидов

можно и предупредить, и успешно лечить (если она замечена).

Передозировку опиоидов можно и предупредить, и успешно лечить (если она замечена). ОЗТ является наиболее эффективным методом защиты от передозировки. Лечение передозировки опиоидов включает респираторную поддержку и использование быстрогодействующего опиоидного антагониста налоксона. Налоксон уже давно и успешно применяется при лечении передозировки опиоидов.

В отсутствие опиоидов в организме человека налоксон не вызывает какого-либо эффекта, что устраняет опасность потенциального злоупотребления этим препаратом. Налоксон включен в Примерный перечень ВОЗ основных лекарственных средств (68).

Налоксон уже давно широко используется медицинскими работниками как в лечебно-профилактических учреждениях, так и за их пределами. Кроме того, в ряде стран в различных регионах в последнее время начали использовать практику распространения этого препарата на уровне местных сообществ. Иначе говоря, в этих странах допускается использование налоксона людьми с опиоидной зависимостью, людьми из ближайшего окружения, членами семьи, а также работниками служб экстренного реагирования (полицейскими, работниками скорой помощи и т.д.). Расширение доступа к налоксону через его распределение на уровне местных сообществ может помочь уменьшить высокие показатели передозировки опиоидов, особенно в местах, где доступ ЛУИН к основным медицинским услугам является ограниченным.

Рекомендации и руководящие принципы

ВСЕ КЛЮЧЕВЫЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ

- Люди, в ближайшем окружении которых могут наблюдаться случаи передозировки опиоидов, должны иметь доступ к налоксону и быть проинструктированы о том, как его следует использовать для купирования передозировки опиоидов (*сильная рекомендация, очень низкое качество доказательств*) (69).

Дополнительные замечания.

- Налоксон эффективен при его введении внутримышечно, интраназально, внутривенно и подкожно. Лица, вводящие налоксон, должны выбирать конкретный способ введения с учетом таких факторов, как доступная форма препарата, навыки введения лекарств, окружающие условия и местный контекст (69).
- При оказании помощи пациентам с подозреваемой передозировкой опиоидов, действия работников экстренных служб должны быть направлены на поддержание проходимости дыхательных путей, искусственную вентиляцию легких и введение налоксона (69).
- После успешной реанимации благодаря введению налоксона, следует осуществлять тщательный мониторинг уровня сознания пациента и его дыхательной функции – когда это возможно до тех пор, пока человек не пришел в норму полностью (69).

Дополнительные рекомендации для отдельных ключевых групп и вопросы их реализации в конкретных условиях

ПОДРОСТКИ ИЗ КЛЮЧЕВЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

В Руководстве ВОЗ не указаны какие-либо возрастные ограничения для оказания помощи в случае передозировки.

Вопросы реализации рекомендаций

Вопросы политики и правового регулирования. В странах могут иметься и правовые, и политические барьеры, ограничивающие доступность и использование налоксона людьми, которые не являются медицинскими работниками, но могут быть свидетелями передозировки. Для реализации данной рекомендации, возможно, потребуется пересмотреть и изменить некоторые подходы, законы и нормативные акты.

Подбор дозы. Для предотвращения абстинентного синдрома доза препарата по возможности должна быть тщательно подобрана. Выбор начальной дозы будет в основном зависеть от формы препарата и условий его использования. Однако следует помнить, что дозы выше 0,8 мг внутримышечно, внутривенно или подкожно чаще ассоциируются с выраженными симптомами отмены.

Дополнительная литература

- *Community management of opioid overdose.* Geneva, WHO, forthcoming.
- *WHO model list of essential medicines, 18th list.* Geneva, WHO, 2013.
http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/18th_EML_Final_web_8Jul13.pdf
- ЮНОДК/ВОЗ. Дискуссионный документ. *Передозировка опиоидов: предупреждение и снижение смертности, вызванной передозировкой опиоидов.* Вена, ООН, 2013 г.
<http://www.un.org/ru/events/drugabuseday/publications.shtml>

4.1.3 Поведенческие вмешательства

Поведенческие вмешательства

помогают людям снизить рискованное поведение и вести более здоровый образ жизни.

Исходные данные и обоснование

Чтобы уменьшить риск заражения ИППП или ВИЧ, люди должны понимать уровень риска, которому они подвергаются, и иметь знания, навыки и умения, необходимые для снижения этого риска. Цель поведенческих вмешательств заключается в том, чтобы содействовать повышению уровня информированности, мотивации, знаний, умений и навыков, помогающих людям снизить рискованное поведение и вести более здоровый образ жизни.

Поведенческие вмешательства могут быть направлены и на отдельных лиц, и на группы населения. При индивидуальном консультировании можно сделать упор на таких вопросах, как осознание того риска, которому подвергается конкретный индивид, и способы снижения этого риска. Так, например, консультанты или общественные работники могут обсудить с этим человеком виды рискованного поведения, указать на риск ВИЧ-инфицирования, связанный с его (ее) поведением, и рассмотреть способы снижения этого риска. Напротив, в ходе вмешательств по модели «равный-равному» и групповых занятий можно сосредоточиться на

вопросах осознания риска в целом. Кроме того, групповые занятия имеют дополнительное преимущество, заключающееся в совместном поиске действенных способов и путей снижения риска. Социальные маркетинговые кампании также могут внести полезный вклад за счет пропаганды пользы тестирования на ВИЧ, лечения и других видов медицинской помощи.

Поведенческие вмешательства могут проводиться в рамках других мероприятий, входящих в пакет медицинских услуг. Такие вмешательства могут иметь различные формы: индивидуальные консультации, информационные сообщения через СМИ, а также использование цифровых средств массовой информации, таких как Интернет. Выбор характера вмешательств и используемого подхода осуществляется на основе тщательного анализа местных условий.

Хотя поведенческие вмешательства и ориентированы, главным образом, на то, чтобы улучшить осознание рисков и содействовать их сокращению на уровне индивидов, такие вмешательства также могут срабатывать и на уровне местных сообществ. В частности, они могут включать подготовку лидеров общественного мнения по вопросам эффективного общения с другими людьми, тем самым изменяя восприятие социальных норм, относящихся к рискам и их предотвращению.

Подростки заслуживают особого внимания, поскольку в подростковом возрасте желание экспериментировать и исследовать что-то новое обычно опережает развитие способностей принимать обоснованные решения (70). Учет развивающихся познавательных способностей подростков является важным фактором в процессе выбора конкретных поведенческих вмешательств, предназначенных для этой группы населения.

Рекомендации и руководящие принципы

ВСЕ КЛЮЧЕВЫЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ

С помощью целого ряда поведенческих вмешательств можно предоставить информацию и сформировать навыки, которые будут содействовать снижению риска, профилактике передачи ВИЧ и увеличению использования соответствующих медицинских услуг среди всех ключевых групп населения. Мы не располагаем достаточным объемом данных, чтобы давать общие рекомендации для всех ключевых групп населения. Тем не менее, конкретные поведенческие подходы, предназначенные для конкретных ключевых групп, уже были подвергнуты оценке и могут быть рекомендованы.

Дополнительные рекомендации для отдельных ключевых групп и вопросы их реализации в конкретных условиях

МУЖЧИНЫ, ИМЕЮЩИЕ СЕКС С МУЖЧИНАМИ (МСМ)

- Для увеличения показателей более безопасного сексуального поведения и консультирования и тестирования на ВИЧ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, рекомендуются следующие подходы:
 - адресное информирование через Интернет
 - стратегии социального маркетинга
 - аутрич-работа в местах, где люди встречаются с целью секса (3, 32).
- Предлагается использование комплекса поведенческих вмешательств, направленных как на отдельных людей, так и на местные сообщества (3, 32).

ЛЮДИ, НАХОДЯЩИЕСЯ В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ И ЗАКРЫТЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

- Использование комплексного подхода и методов обучения по модели «равный-равному» повышает эффективность проводимой в пенитенциарных учреждениях информационно-разъяснительной работы по профилактике и противодействию ВИЧ-инфекции (9).
- Информационно-просветительские программы, посвященные ВИЧ-инфекции и другим инфекционным заболеваниям, имеют большую важность как для заключенных, так и для тюремного персонала. Особое внимание следует уделять потребностям заключенных после их выхода на свободу.

ЛЮДИ, УПОТРЕБЛЯЮЩИЕ ИНЪЕКЦИОННЫЕ НАРКОТИКИ

- Люди, употребляющие инъекционные наркотики, и соответствующие сети в рамках местных сообществ должны принимать участие в разработке и распространении информационных сообщений.
- В ходе поведенческих вмешательств, проводимых среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, внимание нужно уделять как рискам, связанным с употреблением наркотиков, так и рискам, связанным с некоторыми формами сексуального поведения (27).
- Для людей, употребляющих инъекционные наркотики, обмен опытом по модели «равный-равному» особенно эффективен для профилактики ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов (39).
- Большое значение также имеет информация и просвещение о безопасном проведении инъекций и о методах профилактики передозировок.

СЕКС-РАБОТНИКИ

Программы пропаганды презервативов, в том числе под эгидой местных сообществ, могут увеличить показатели использования презервативов секс-работниками и их клиентами. Через вмешательства, проводимые с участием членов ближайшего окружения и местных сообществ, эти программы могут предоставить информацию и способствовать формированию умений, способствующих использованию презервативов, и повышению показателей тестирования на ВИЧ, скрининга на ИППП, а также лечения и ухода при ВИЧ-инфекции (71).

ТРАНСГЕНДЕРЫ

Для увеличения показателей более безопасного сексуального поведения и консультирования и тестирования на ВИЧ среди трансгендерных лиц рекомендуются следующие подходы:

- адресное информирование через Интернет
- стратегии социального маркетинга
- аутрич-работа в местах, где люди встречаются с целью секса (3, 32)

Эффективным подходом является использование комплекса поведенческих вмешательств, направленных как на отдельных людей, так и на местные сообщества (3, 32).

ПОДРОСТКИ ИЗ КЛЮЧЕВЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

В работе с подростками из ключевых групп населения приемлемыми оказались такие интерактивные и партисипативные подходы, направленные на повышение навыков, как оказание услуг через интернет, мобильное здравоохранение, поддержка по модели «равный-равному» и аутрич-работа. В некоторых местах и условиях эти подходы уже показали свою перспективность (72, 73).

Дополнительная литература

- Kennedy CE et al. Behavioural interventions for HIV positive prevention in developing countries: a systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 2010, 88(8):615–623. <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/8/09-068213/en/>
- *Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men and transgender people*. Geneva, WHO, 2011. http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/msm_guidelines2011/en/

4.1.4 Профилактика передачи ВИЧ в медицинских учреждениях

Основные составляющие стратегии профилактики передачи ВИЧ в медицинских учреждениях включают следующие:

Элементы первичной профилактики

- безопасность переливания крови (см. <http://www.who.int/bloodsafety/publications/ru/>);
- предотвращение небезопасных инъекций;
- использование таких форм экстренной и основной хирургической помощи, которые ограничивают потребность в переливании крови;
- стандартные меры предосторожности, чтобы свести к минимуму распространение инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, включая избежание прямого и косвенного контакта с кровью, биологическими жидкостями, выделениями и поврежденными кожными покровами. Основные меры инфекционного контроля в медицинских учреждениях включают гигиену рук, использование индивидуальных средств защиты для предотвращения экспозиции, безопасную утилизацию острых предметов и отходов, а также безопасную очистку и дезинфекцию помещений и оборудования;
- выявление, устранение и контроль воздействия опасных факторов на рабочем месте и принятие мер по предотвращению уколов иглами.

Вторичная профилактика, т.е. постконтактная профилактика ВИЧ-инфекции (ПКП), применяется в медицинских учреждениях, когда меры первичной профилактики оказались недостаточными и медицинский работник или пациент имел контакт с ВИЧ – в результате несчастного случая или из-за использования небезопасной процедуры (см раздел 4.1.5.2).

Дополнительная литература

- *Blood donor selection. Guidelines on assessing donor suitability for blood donation*. Geneva, WHO, 2012. http://www.who.int/bloodsafety/publications/bts_guideline_donor_suitability/en

4.1.5 Профилактика ВИЧ-инфекции с помощью АРВ-препаратов

4.1.5.1 Доконтактная профилактика ВИЧ-инфекции (ДКП)

ВОЗ разработала новое руководство по доконтактной профилактике ВИЧ-инфекции (ДКП) для включения в данную публикацию. Подробное обсуждение этого руководства и его обоснование представлены ниже.

Исходные данные и обоснование

Пероральная доконтактная профилактика ВИЧ-инфекции означает ежедневный прием АРВ-препаратов ВИЧ-отрицательными лицами для предотвращения заражения ВИЧ. Исследования показали эффективность ДКП в плане снижения риска передачи ВИЧ-инфекции среди серодискордантных гетеросексуальных пар, мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, трансгендерных женщин, гетеросексуальных пар высокого риска, и людей, употребляющих инъекционные наркотики (4, 7).

ВОЗ рекомендует странам проводить демонстрационные проекты, чтобы приобрести опыт в безопасной и эффективной реализации программ ДКП (74).

Рекомендации и руководящие принципы

ВСЕ КЛЮЧЕВЫЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ

Когда серодискордантные пары идентифицированы, для предотвращения заражения ВИЧ-отрицательного партнера, помимо других профилактических мер, можно назначить ежедневный прием таких оральных препаратов, как тенофовир или комбинация тенофовира и эмтрицитабина, используемых как средство ДКП (*условная рекомендация, высокое качество доказательств*) (74).

Дополнительные рекомендации для отдельных ключевых групп и вопросы их реализации в конкретных условиях

МУЖЧИНЫ, ИМЕЮЩИЕ СЕКС С МУЖЧИНАМИ (МСМ)

Новое

Во всеобъемлющий пакет мер по предотвращению передачи ВИЧ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, в качестве дополнительного профилактического средства рекомендуется включить доконтактную профилактику ВИЧ-инфекции (*сильная рекомендация, высокое качество доказательств*).

Исходные данные

Условные рекомендации 2012 г. о том, чтобы предлагать ДКП мужчинам, имеющим секс с мужчинами (МСМ), трансгендерным лицам и ВИЧ-отрицательным партнерам в серодискордантных парах в контексте демонстрационных проектов (74), были пересмотрены в 2014 г. в связи с появлением новых фактических данных. Кроме того, из всех регионов все чаще сообщается о сохраняющихся высоких темпах ВИЧ-инфицирования среди МСМ, несмотря на проведение текущих профилактических мероприятий, что указывает на важность принятия дополнительных профилактических мер.

Систематический обзор, который послужил доказательной базой для рекомендаций ВОЗ по ДКП 2012 года (74), был обновлен в январе 2014 г. В ходе этого повторного обзора был рассмотрен следующий вопрос PICO: «Сле-

дует ли использовать для профилактики ВИЧ-инфекции среди МСМ оральные препараты, содержащие тенофовир, используемые как средство ДКП?»

Обзор ценностей и предпочтений мужчин, имеющих секс с мужчинами, относительно ДКП также был обновлен в январе 2014 г. – через обзор опубликованной литературы по данному вопросу (полный отчет приведен в веб-приложении 1). Кроме того, дополнительные исследования ценностей и предпочтений МСМ были проведены в рамках Глобального форума по вопросам МСМ (MSMGF) (см. веб-приложение 3).

Результаты

Объединение результатов поиска систематических обзоров в 2012 и 2014 гг. позволило выявить 764 цитаты и 139 статей научных конференций. После того, как был проведен скрининг и анализ, пригодными для включения в обзор были признаны четыре исследования, представленные в пяти статьях. Одним из этих исследований было испытание эффективности (исследование фазы III), в то время как остальные три исследования были более мелкими пилотными исследованиями осуществимости/приемлемости или расширенными исследованиями безопасности. Ввиду различий в целях этих исследований, схем лекарственного лечения/дозировок и размеров групп/статистической мощности (и, таким образом, различий в точности и качестве исследований в соответствии с критериями системы GRADE), в таблицы GRADE были включены только результаты исследования фазы III. Результаты проведенного анализа представлены ниже. Для получения дополнительной информации о других четырех исследованиях, смотрите веб-приложение 1.

Основным исследованием эффективности фазы III, отвечающим всем критериям включения, было исследование iPrEx (75). Это было рандомизированное контролируемое исследование для оценки безопасности и эффективности приема раз в день орального препарата тенофовир-эмтрицитабин (FTC-TDF) по сравнению с плацебо для профилактики передачи ВИЧ среди МСМ и среди трансгендерных женщин. Это исследование охватило 2499 участников в шести странах: Бразилия, Эквадор, Перу, Южная Африка, Таиланд и Соединенные Штаты Америки. Все участники исследования родились мужчинами; 29 из них (1%) сообщили о том, что сейчас они относят себя к женщинам. В исследовании были измерены все пять видов основных конечных результатов для этого обзора: (1) ВИЧ-инфекция, (2) любой неблагоприятный побочный эффект, (3) любой неблагоприятный побочный эффект 3 или 4 степени тяжести, (4) использование презервативов и (5) количество сексуальных партнеров.

ВИЧ-инфекция. По результатам как традиционного, так и модифицированного ITT-анализа пероральная ДКП была ассоциирована с уменьшенным риском ВИЧ-инфицирования – соответственно, отношение рисков (ОР): 0,53, 95% ДИ 0,36-0,78, $p = 0,001$ и ОР: 0,56, 95% ДИ 0,37-0,85, $p = 0,005$.

Неблагоприятные побочные эффекты. Не было выявлено никаких существенных различий в частоте сообщений о побочных эффектах между группой пациентов, получающих эмтрицитабин-тенофовир, и контрольной группой пациентов применительно как ко всем неблагоприятным побочным эффектам (ОР: 0,99, 95% ДИ 0,94-1,04), так и к побочным эффектам 3 и 4 степени тяжести (ОР: 0,92, 95% ДИ 0,75-1,13).

Качество доказательств. Качество доказательств было высоким для всех видов результатов – без каких-либо серьезных ограничений.

Ценности и предпочтения. В последнее время было опубликовано большое количество статей и других материалов по данному вопросу. Однако ценности и предпочтения, относящиеся к использованию ДКП среди мужчин, имеющих секс с мужчинами, и трансгендерных людей в целом согласуются с выводами систематического обзора, проведенного в 2011 г.

Во всем мире знания об использовании ДКП среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, по-прежнему ограничены, хотя некоторые исследования показывают, что их уровень возрос в период после публикации результатов исследования iPrEx (Iniciativa Profilaxis Pre-Exposición). Готовность МСМ использовать ДКП варьируется в разных исследованиях, но результаты большинства из них показывают, что от 40% до 70% респондентов готовы использовать ДКП.

Основные факторы, которые будут влиять на распространенность использования ДКП, включают эффективность, побочные эффекты и стоимость. Респонденты также выразили свою озабоченность по поводу таких факторов, как доступность ДКП, недоверие к медицинским работникам, стигматизация и компенсационный

эффект применительно к риску (описание термина «компенсационный эффект» приведено в терминологическом глоссарии). Во всех исследованиях, в которых была проведена оценка компенсационного эффекта применительно к риску, было выявлено, что по крайней мере некоторые участники считали, что их сексуальное поведение может измениться в результате ДКП. Медицинские работники в целом осведомлены о ДКП и поддерживают ее, но лишь немногие из них назначают ее. Опасения медицинских работников включали следующие: лекарственная устойчивость, компенсационный эффект применительно к риску, наличие доступа к АРВ-препаратам (в Перу), недостаточная приверженность ДКП, отсутствие местных руководящих принципов и беспокойство относительно того, что ДКП не очень хорошо вписывается в нынешние модели оказания помощи (США), которые не включают частое, регулярное посещение ЛПУ.

Осуществимость. Пероральная доконтактная профилактика среди мужчин, имеющих секс с мужчинами (МСМ), оказалась приемлемой и возможной в различных условиях исследования (в том числе среди молодых МСМ). Реализация этого подхода может, однако, оказаться сложной задачей там, где доступ к услугам и возможности предоставления альтернативных средств профилактики ограничены или отсутствуют. Вопросы криминализации, стигматизации, дискриминации и насилия следует рассматривать в ходе реализации программ ДКП, особенно в странах, где однополый секс является незаконным.

Дополнительные замечания

Формулируя новую рекомендацию, группа по разработке руководства приняла во внимание общее высокое качество доказательной базы, согласно которой преимущества ДКП явно перевешивают недостатки (см. веб-приложение 1). Кроме того, несколько новых исследований указывают на отсутствие какой-либо существенной изменчивости ценностей и предпочтений, так как мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами, в целом поддерживают ДКП.

Данные об экономической эффективности ДКП широко варьируются в зависимости от цены соответствующих препаратов. Группа отметила, что в странах с низкими доходами ДКП значительно дешевле, чем во многих странах со средним и высоким уровнем доходов.

Все мужчины, имеющие секс с мужчинами, должны иметь возможность использовать ДКП, если они считают, что это отвечает их потребностям в отношении профилактики ВИЧ-инфицирования. Тем не менее, решение об использовании ДКП они должны принимать сами. Мужчинам, имеющим секс с мужчинами, следует предложить полный набор средств профилактики ВИЧ-инфекции, основанных на фактических данных. Решение об использовании ДКП (и других вариантов профилактики) будет приниматься на индивидуальной основе с учетом таких факторов, как образ жизни, предпочтения, сексуальное поведение, опыт использования других средств профилактики, окружающая среда и т.д. Во всех случаях такое решение всегда следует принимать только после обсуждения всех аспектов профилактики с высококвалифицированным медицинским работником, прошедшим специальное обучение. Решение об использовании ДКП вероятно будет иметь временный характер. Как правило, ДКП не применяют на протяжении всей жизни, а только в тот период, когда человек считает, что он подвергается повышенному риску ВИЧ-инфицирования.

ДКП лучше предлагать в качестве одного из компонентов комплексного набора мер по профилактике ВИЧ-инфекции. Комплексные программы профилактики ВИЧ-инфекции должны включать следующие элементы: беспрепятственная доступность презервативов и лубрикантов, регулярное тестирование на ВИЧ, консультирование по вопросам снижения риска и коучинг по вопросам приверженности терапии среди людей, которым была предложена ДКП. При внедрении ДКП важно провести оценку препятствующих и способствующих факторов применительно к существующим стратегиям профилактики ВИЧ-инфекции в конкретном сообществе людей и в конкретном контексте. Эта оценка должна осуществляться в сотрудничестве с местными общественными организациями, возглавляемыми представителями ключевых групп населения, активистами, поставщиками услуг и исследователями, которые пользуются доверием мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, и имеют необходимые знания и культурную чувствительность. Этот процесс должен включать в себя оценку местной ситуации в отношении таких явлений и аспектов, как:

- стигма, связанная с определенными видами сексуального поведения и ВИЧ-позитивным статусом
- стигма, связанная с некоторыми профилактическими мерами
- отношения и знания поставщиков услуг, относящиеся к вопросам охраны сексуального здоровья мужчин, имеющих секс с мужчинами
- наличие, доступность, качество и использование основных услуг, связанных с ВИЧ-инфекцией
- знания о стратегиях профилактики ВИЧ-инфекции на основе АРТ и приемлемость таких стратегий
- законы, криминализирующие секс между мужчинами
- личная безопасность и защита
- защита конфиденциальности и частной жизни
- правовая грамотность среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами (МСМ), и поставщиков услуг для МСМ, а также правовая защита и правовые услуги для обеих этих групп
- участие местного сообщества
- другие проблемы, специфические для конкретной территории (они должны быть определены персоналом местных общественных организаций и получателями услуг).

На основе оценки и в сотрудничестве с местными общественными организациями полезно разработать план работы в следующих направлениях:

- устранение выявленных барьеров
- снижение рисков в таких областях, как защита конфиденциальности и частной жизни, а также личная безопасность и защита
- поддержка и расширение системы задействованных помощников и способствующих факторов с учетом конкретных потребностей
- оценка динамики изменений.

ЛЮДИ, УПОТРЕБЛЯЮЩИЕ ИНЪЕКЦИОННЫЕ НАРКОТИКИ

- Какой-либо новой рекомендации относительно использования пероральной ДКП для людей, употребляющих инъекционные наркотики, принято не было.
- Существующая рекомендация о предложении пероральной ДКП в качестве дополнительного метода профилактики ВИЧ-инфекции для ВИЧ-отрицательного партнера в серодискордантных парах остается актуальной и для ЛУИН, которые находятся в серодискордантных отношениях (*условная рекомендация, высокое качество доказательств*) (74).

Исходные данные

В обзорном заседании в октябре 2013 г. внешняя руководящая группа приняла решение, что вопрос об использовании ДКП для людей, употребляющих инъекционные наркотики, должен быть пересмотрен.

В проведенный для этой цели систематический обзор были включены все работы, опубликованные в рецензируемых журналах или представленные в виде докладов на научных конференциях в период с 1 января 1990 г. по 1 января 2014 г. В рамках этого систематического обзора был рассмотрен и проанализирован следующий вопрос РИСО: «Целесообразно ли использование пероральной ДКП (содержащей тенофовир (TDF)) среди людей, употребляющих инъекционные наркотики?» (описание термина «РИСО» приведено в терминологическом глоссарии) Более подробная информация о систематическом обзоре приведена в веб-приложении 2.

Результаты

В ходе обзора было найдено 183 цитаты и 243 доклада на конференциях. Однако после проведенного скрининга и анализа только одно исследование (с данными о результатах по модели PICO, приведенными в одной статье и в одном докладе на конференции) было определено как соответствующее критериям включения в обзор – Бангкокское исследование по использованию тенофовира (76, 77). Бангкокское исследование было проведено как рандомизированное контролируемое исследование для оценки того, помогает ли ежедневное пероральное применение тенофовира (тенофовира дизопроксил фумарат) снизить передачу ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков по сравнению с контрольной группой, получающей плацебо. Это исследование в Бангкоке (Таиланд) исследовало охватило 2413 участников из 17 наркологических диспансеров. Возраст участников исследования варьировался от 20 до 59 лет (среднее = 32,4 года); 80% из них были мужчинами и 63% сообщили об употреблении инъекционных наркотиков в течение последних 12 недель. В исследовании были измерены все семь видов основных результатов, рассматриваемых в этом обзоре: (1) ВИЧ-инфекция, (2) любой побочный эффект, (3) любой побочный эффект 3 и 4 степени тяжести, (4) использование презервативов, (5) количество сексуальных партнеров, (6) частота инъекций и (7) совместное использование игл и шприцев.

ВИЧ-инфекция. По результатам как традиционного, так и модифицированного ITT-анализа пероральная ДКП была ассоциирована с уменьшенным риском ВИЧ-инфицирования, соответственно, ОР: 0,53, 95% ДИ 0,36-0,78, $p = 0,001$ и ОР: 0,56, 95% ДИ 0,37-0,85, $p = 0,005$.

Неблагоприятные побочные эффекты. Не было выявлено никаких существенных различий в представленных сведениях о неблагоприятных побочных эффектах между группой на тенофавире и группой на плацебо как применительно к любым неблагоприятным эффектам (91% против 90%, $p = 0,46$), так и применительно к побочным эффектам 3 и 4 степени тяжести (13% против 13%, $p = 0,89$).

Частота инъекций и случаев совместного использования игл и шприцев. И в основной, и в контрольной группе было отмечено снижение числа инъекций и случаев совместного использования игл и шприцев в течение исследования. Не было выявлено никаких существенных различий между основной и контрольной группой ни в ходе исследования, ни через 12 месяцев после его завершения ($p = 0,520$ для частоты инъекций и $p = 0,874$ для совместного использования игл и шприцев).

Использование презервативов и количество сексуальных партнеров. Обе группы (на тенофавире и на плацебо) сообщили об увеличении использования презервативов при половых контактах с постоянным партнером и о сокращении числа половых партнеров в течение исследования. Не было выявлено никаких существенных различий между основной и контрольной группой ни в ходе исследования, ни через 12 месяцев после его завершения.

Качество доказательств. Качество доказательств было средним для всех результатов на основе одного рандомизированного контролируемого испытания, оценка качества которого была понижена из-за риска систематической ошибки, обусловленной высоким показателем выпадения участников из-под наблюдения.

Ценности и предпочтения. В вышеуказанном систематическом обзоре было идентифицировано одно опубликованное исследование, посвященное приемлемости ДКП и факторам, которые могут повлиять на уровень принятия и использования ДКП среди людей, употребляющих инъекционные наркотики. Это количественное исследование, проведенное в Украине, охватило 128 человек. Большинство участников заявили, что они определенно (53%) или возможно (32%) станут пользоваться ДКП, если она станет доступной. Эти результаты мало изменились даже тогда, когда участникам было указано на потенциальные побочные эффекты, необходимость продолжения использования презервативов во время приема оральных АРВ-препаратов и необходимость регулярного тестирования на ВИЧ. Респонденты считали, что путь введения является самым важным фактором, влияющим на уровень использования ДКП; они предпочитали инъекции по сравнению с таблетками.

Кроме того, ВОЗ заказала проведение качественного углубленного опроса, посвященного изучению ценностей и предпочтений. В ходе опроса были проведены интервью с людьми, употребляющими инъекционные наркотики (21 человек), а также с экспертами, поставщиками услуг и активистами из всех регионов об их ценностях

и предпочтениях применительно к ДКП. Опрошенные поддержали ДКП на основе ее потенциальной полезности для некоторых людей, употребляющих инъекционные наркотики, в странах, где отсутствуют другие возможности для снижения вреда и где имеется хороший доступ к АРТ. Сдержанные оценки относительно ДКП как полезного варианта профилактики ВИЧ-инфекции среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, были основаны на том, что респонденты считали: что инвестиции следует сконцентрировать на других проверенных вмешательствах, которые уже имеются (например, таких как ПИШ, ОЗТ и скрининг-диагностика и лечение гепатита С); что эффективность ДКП для людей, употребляющих инъекционные наркотики, «не доказана»; что неэтично давать АРВ-препараты ВИЧ-негативным людям, когда не все люди, живущие с ВИЧ, могут получить такие препараты для лечения; и что возможно существуют «скрытые повестки дня». Группа по разработке руководства сделала следующие выводы: «Рекомендация для использования ДКП в качестве меры снижения вреда для потребителей инъекционных наркотиков на данный момент обществом не поддерживается.»

Осуществимость. Группы людей, употребляющих инъекционные наркотики, (78) и некоторые члены группы по разработке руководства выразили обеспокоенность по поводу практической осуществимости Бангкокского исследования, посвященного тенофовиру, и того, могут ли его результаты быть воспроизведены в стандартных условиях предоставления медицинских услуг. Кроме того, члены группы по разработке руководства отметили, что ДКП не следует рассматривать в качестве замены ПИШ и других профилактических программ, уже показавших свою эффективность в плане снижения риска передачи ВИЧ среди людей, употребляющих инъекционные наркотики. Группа по разработке руководства также заявила что в ходе реализации программ ДКП, особенно в странах, где употребление инъекционных наркотиков является незаконным, следует рассмотреть те меры, которые могут быть приняты для решения вопросов, связанных с криминализацией, стигматизацией, дискриминацией и насилием.

Дополнительные замечания

После рассмотрения всех имеющихся доказательств, группа по разработке руководства пришла к выводу, что по вопросу использования ДКП среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, **не следует делать какой-либо рекомендации.** Существует неопределенность относительно соотношения преимуществ и вреда, а также относительно эффективности использования имеющихся ресурсов и осуществимости ДКП в этой группе населения.

Группа по разработке руководства отметила, что во многих местах все еще не осуществляются существующие приемлемые и экономически эффективные методы профилактики ВИЧ-инфекции среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, например, такие как ПИШ и ОЗТ. Группа признала, что дальнейшие исследования эффективности и безопасности вряд ли будут проводиться в будущем ввиду эффективности, показанной в Бангкокском исследовании. Однако Группа отметила необходимость дальнейших исследований для определения ценностей и предпочтений лиц, употребляющих инъекционные наркотики, и осуществимости ДКП в условиях проведения уже проверенных стратегий профилактики. Таким образом, Группа пришла к выводу, что на данный момент преждевременно делать какую-либо рекомендацию, но что по мере поступления дополнительной информации необходимость в выработке такой рекомендации может быть вновь рассмотрена.

СЕКС-РАБОТНИКИ

Существующая рекомендация о предложении пероральной ДКП в качестве дополнительного метода профилактики ВИЧ-инфекции для ВИЧ-отрицательного партнера в серодискордантных парах остается актуальной и для секс-работников, которые находятся в серодискордантных отношениях (*условная рекомендация, высокое качество доказательств*) (74).

Резюме обсуждений группы по разработке руководства и другие замечания

В обзорном заседании в октябре 2013 г., внешняя руководящая группа приняла решение, что использование ДКП для секс-работников не должно рассматриваться в процессе подготовки данного руководства из-за того, что пока что не было проведено ни одного исследования использования ДКП среди секс-работников, а результаты демонстрационных проектов все еще не получены. Кроме того, исследования, касающиеся ценностей и предпочтений секс-работников относительно ДКП, не закончены и следовательно их результаты пока что не известны. Это решение было подтверждено на совещании, посвященном рассмотрению руководства. Группа по разработке руководства постановила, что этот вопрос может быть рассмотрен в качестве вопроса PICO с последующим систематическим обзором и оценкой по системе GRADE и что при его рассмотрении следует поставить акцент на территориях с высокой распространенностью ВИЧ и с хорошим доступом к АРТ. Кроме того, была выражена обеспокоенность по поводу того, что рекомендация использовать ДКП может подорвать текущие комплексные усилия по реализации программ пропаганды и распространения презервативов, которые характеризуются высоким уровнем приемлемости и участия во многих территориях с различными условиями.

ТРАНСГЕНДЕРЫ

Что касается такой группы населения, как трансгендерные женщины, практикующие секс с мужчинами, то при необходимости принятия дополнительных мер по предотвращению передачи ВИЧ, можно рассмотреть целесообразность назначения им курса ежедневной пероральной ДКП (например, комбинации тенофовира и эмтрицитабина) как дополнительной профилактической меры (*условная рекомендация, высокое качество доказательств*) (74).

Резюме обсуждений группы по разработке руководства и другие замечания

На обзорном совещании в октябре 2013 г. внешняя руководящая группа решила, что условную рекомендацию 2012 г. пересматривать не следует, так как каких-либо новых фактических данных, касающихся трансгендерных женщин не имеется, и на сегодняшний день лишь очень небольшое количество трансгендерных женщин было включено в исследования, посвященные ДКП. Это было подтверждено на совещании, посвященном рассмотрению руководства, которое не одобрило никаких изменений в рекомендациях ВОЗ 2012 г. относительно использования ДКП для трансгендерных лиц в рамках демонстрационных проектов. Группа по разработке руководства признала, что систематический обзор ценностей и предпочтений, а также использования ресурсов и осуществимости не был проведен в специфической популяции трансгендерных женщин. По этой причине рекомендация 2012 г. изменена не будет. По мнению группы по разработке руководства при разработке будущих рекомендаций этот вопрос может быть рассмотрен как вопрос PICO – с последующим систематическим обзором и оценкой по системе GRADE. Кроме того, была выражена озабоченность относительно потенциальных лекарственных взаимодействий между регулярным использованием ДКП и заместительной гормональной терапией (см раздел 4.4.3). Поэтому при проведении любой будущей оценки пользы использования ДКП среди трансгендерных женщин нужно будет рассмотреть и этот вопрос.

Вопросы реализации рекомендаций

В ходе реализации рекомендаций следует также рассмотреть **вопросы** криминализации, стигматизации, дискриминации и насилия.

Организация и оказание услуг. На данный момент невозможно дать четкие рекомендации о наиболее эффективных путях проведения ежедневной пероральной ДКП. Во многих местах для этого необходимо разрабатывать и осуществлять демонстрационные проекты (74).

Демонстрационные проекты. Странам, которые начинают внедрять ДКП на основе пероральных препаратов, следует провести демонстрационные проекты, чтобы установить наиболее подходящие группы пользователей и наилучшие методы ДКП в конкретных условиях (74).

Дополнительная литература

- Веб-приложения 1, 2 и 3.
- *Guidance on oral pre-exposure prophylaxis (PrEP) for serodiscordant couples, men and transgender women who have sex with men at high risk of HIV: recommendations for use in the context of demonstration projects.* Geneva, WHO, 2012. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75188/1/9789241503884_eng.pdf

4.1.5.2 Постконтактная профилактика ВИЧ-инфекции (ПКП)

Исходные данные и обоснование

ПКП является единственным способом снизить риск ВИЧ-инфицирования человека, который имел контакт с ВИЧ.

Постконтактная профилактика представляет собой короткий курс АРТ для снижения вероятности ВИЧ-инфицирования после потенциального контакта с вирусом. Практика назначения антиретровирусных препаратов для ПКП в случае профессионального контакта с ВИЧ существует с начала 1990-х годов. Затем эта практика была распространена и теперь ее используют и в непрофессиональных ситуациях, в том числе при оказании помощи жертвам сексуального насилия.

Прочие непрофессиональные риски экспозиции включают случаи совместного использования инъекционного оборудования среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, и возможная экспозиция во время секса по согласию (79). В настоящее время постконтактная профилактика (ПКП) является единственным способом снизить риск ВИЧ-инфицирования человека, который имел контакт с ВИЧ. Таким образом, широко распространено мнение о том, что ПКП является неотъемлемой частью общей стратегии профилактики ВИЧ-инфекции (79).

Руководство ВОЗ по постконтактной профилактике профессионального заражения ВИЧ-инфекцией будет обновлено в конце 2014 г. для всех групп населения.

Рекомендуемый в настоящее время период проведения постконтактной профилактики ВИЧ-инфекции составляет 28 дней. Первую дозу препарата следует принимать как можно скорее в первые 72 часа после экспозиции. Выбор препаратов для ПКП должен основываться на принятой в стране схеме АРТ первой линии в связи с ВИЧ-инфекцией (4) а также на соображениях безопасности и переносимости соответствующих препаратов.

Согласно сообщениям, показатели завершения курса ПКП являются низкими, несмотря на его короткую продолжительность. Поэтому очень целесообразно использовать соответствующие методы консультирования и другие меры, повышающие уровень приверженности назначенному лечению. ПКП не следует рассматривать как лечение со стопроцентной эффективностью. Поэтому, очень важно, чтобы при реализации политики постконтактной профилактики ВИЧ-инфекции подчеркивалась важность консультирования по вопросам первичной профилактики и предотвращения риска во всех ситуациях, потенциально связанных с передачей ВИЧ (79).

В стадии разработки

Для всех людей из ключевых групп населения, которые отвечают соответствующим критериям и которые могли иметь контакт с ВИЧ, должна быть обеспечена возможность добровольного прохождения курса постконтактной профилактики ВИЧ-инфекции (ПКП).

Рекомендации и руководящие принципы

ВСЕ КЛЮЧЕВЫЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ

Рассмотрите целесообразность проведения постконтактной профилактики ВИЧ-инфекции у всех людей, обратившихся за медицинской помощью в первые 72 часа после изнасилования. Решение о целесообразности курса постконтактной профилактики ВИЧ-инфицирования следует принимать совместно с людьми, которые пережили акт сексуального насилия (*сильная рекомендация, очень низкое качество доказательств*) (80).

Дополнительные рекомендации для отдельных ключевых групп и вопросы их реализации в конкретных условиях

ЛЮДИ, НАХОДЯЩИЕСЯ В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ И ЗАКРЫТЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Во всех пенитенциарных и закрытых учреждениях ПКП должна быть доступна для всех людей, которые, возможно, имели контакт с ВИЧ – так же, как и среди населения в целом. Четкие инструкции по этому вопросу должны быть разработаны и доведены до сведения заключенных, медицинского персонала и других тюремных работников (9, 11).

Вопросы реализации рекомендаций

Неотъемлемой частью программ ПКП должна быть оценка риска ВИЧ-инфицирования и консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции и ПКП (79).

В рамках программ ПКП следует предусмотреть предоставление комплексных и непрерывных услуг для людей, прошедших курс ПКП, включая лечение и уход для тех людей, которые стали ВИЧ-инфицированными несмотря на ПКП (79).

Дополнительная литература

- *Guidelines on post-exposure prophylaxis (PEP) to prevent HIV infection.* Geneva, WHO and ILO, 2007. http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596374_eng.pdf
- *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines.* Geneva, WHO, 2013. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf

4.1.5.3 Раннее начало АРТ и проведение АРТ независимо от количества клеток CD4

Согласно имеющимся данным, для профилактики передачи ВИЧ **антиретровирусную терапию у ЛЖВ следует начинать на ранних сроках** – независимо от количества лимфоцитов CD4.

Исходные данные и обоснование

Вирусная нагрузка является самым важным фактором, определяющим риск передачи ВИЧ. При достижении вирусной супрессии (что означает, что вирусная нагрузка не обнаруживается) риск передачи ВИЧ значительно

уменьшается. Все большее количество данных свидетельствует об эффективности АРТ в снижении передачи ВИЧ за счет снижения вирусной нагрузки. Эти данные указывают на то, что для профилактики передачи ВИЧ антиретровирусную терапию у ЛЖВ следует начинать на ранних сроках – независимо от количества лимфоцитов CD4 (4).

Согласно текущему руководству ВОЗ по АРВ-препаратам, АРТ целесообразно назначать независимо от числа лимфоцитов CD4 всем ВИЧ-положительным партнерам в серодискордантных парах для профилактики передачи ВИЧ и всем беременным и кормящим женщинам, живущим с ВИЧ (Вариант В+) (4). Ранее начало АРТ рекомендуется также по клиническим соображениям для людей, инфицированных ВИЧ и гепатитом В и страдающих тяжелой болезнью печени и/или активным ТБ.

В сводном руководстве ВОЗ по АРВ-препаратам 2013 года начинать АРТ рекомендуется при числе CD4 ≤ 500 клеток/мм³ во всех популяциях, в том числе среди людей из ключевых групп населения. ВОЗ будет периодически обновлять это руководство и пересмотрит эту рекомендацию в 2015 г. В это время группа по разработке руководства не стала повторно анализировать имеющиеся данные или рассматривать возможность более раннего или немедленного назначения АРТ среди ключевых групп населения. Однако в некоторых странах уже рассматривается такая возможность или даже уже назначается немедленная или ранняя АРТ для профилактики ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения.

Основанием для начала АРТ независимо от числа лимфоцитов CD4 среди членов ключевых групп, живущих с ВИЧ, являются как оперативные преимущества (расширение доступа к АРТ в популяциях, которые в настоящее время характеризуются ограниченным доступом к АРТ, низким охватом соответствующими службами и высокими показателями выпадения из-под наблюдения после постановки диагноза), так и преимущества для общественного здоровья за счет уменьшения передачи ВИЧ. Для оценки предполагаемых долгосрочных преимуществ этого подхода для здоровья отдельных граждан требуются дополнительные исследования и новые фактические данные о его осуществлении. При обновлении руководства в 2015 г. ВОЗ будет опираться на результаты пилотных исследований и на данные об эффективности программ, реализуемых в настоящее время.

Хотя АРТ и является важным методом профилактики ВИЧ-инфекции, ее следует использовать в сочетании с другими биомедицинскими мерами, которые уменьшают рискованное поведение и/или снижают вероятность инфицирования в случае контакта с ВИЧ. В число таких мер входят следующие: использование мужских и женских презервативов, программы распространения игл и шприцев, опиоидная заместительная терапия метадонотом или бупренорфином и добровольное мужское обрезание, осуществляемое медицинским персоналом (4).

ВСЕ КЛЮЧЕВЫЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ

АРТ следует назначать всем ВИЧ-инфицированным лицам, независимо от клинической стадии заболевания по классификации ВОЗ или от количества лимфоцитов CD4, в следующих случаях:

- Лицам с ВИЧ и активной формой ТБ (*сильная рекомендация, низкое качество доказательств*).
- Лицам, коинфицированным ВИЧ и вирусом гепатита В (ВГВ), с признаками тяжелого хронического заболевания печени (*сильная рекомендация, низкое качество доказательств*).
- По программным и операционным соображениям (особенно при генерализованной эпидемии) всем беременным и кормящим грудью женщинам с ВИЧ следует назначать АРТ в качестве пожизненного лечения (*условная рекомендация, низкое качество доказательств*) (4).
- ВИЧ-инфицированным партнерам в серодискордантных парах следует предлагать АРТ для снижения риска передачи вируса неинфицированным партнерам (*сильная рекомендация, высокое качество доказательств*) (4).

Рекомендации и руководящие принципы

4.1.6 Добровольное мужское обрезание для профилактики ВИЧ-инфекции, осуществляемое медицинским персоналом (ДМОМ)

Добровольное медицинское мужское обрезание, осуществляемое медицинским персоналом, снижает риск передачи ВИЧ от женщины мужчине половым путем на примерно 60%.

Исходные данные и обоснование

Существуют убедительные данные трех рандомизированных контролируемых испытаний, проведенных в Африке, о том, что мужское обрезание, осуществляемое медицинским персоналом, снижает риск половой передачи ВИЧ от женщин к мужчинам примерно на 60% (81, 82, 83).

Поэтому ВОЗ и ЮНЭЙДС рекомендуют добровольное мужское обрезание, осуществляемое медицинским персоналом (ДМОМ), в качестве дополнительного вмешательства для предотвращения гетеросексуальной передачи ВИЧ — особенно в странах и регионах с генерализованной эпидемией ВИЧ-инфекции (84). Самые последние данные из Уганды показывают, что в течение пяти лет после завершения пилотного исследования в этой стране высокая эффективность ДМОМ сохранялась среди мужчин, прошедших эту процедуру. При этом эффективность защиты от ВИЧ-инфекции была равна 73% (85).

ДМОМ является безопасным, когда оно проводится хорошо подготовленными медицинскими работниками, которые имеют необходимый инструментарий и оборудование. Сообщения по вопросам здоровья должны быть тщательно подготовлены с учетом потребностей конкретных групп населения, а также их культурных особенностей, образовательного уровня и степени понимания проблемы. В таких сообщениях следует использовать местный язык и привычные символы. Сообщения по вопросам здоровья должны быть направлены и на мужчин, и на женщин (84).

Рекомендации и руководящие принципы

ВСЕ КЛЮЧЕВЫЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ

- Добровольное медицинское мужское обрезание, осуществляемое медицинским персоналом (ДМОМ), рекомендуется в качестве дополнительной важной стратегии профилактики гетеросексуальной передачи ВИЧ-инфекции среди мужчин, особенно в тех странах и территориях с низкими показателями мужского обрезания, где ВИЧ-инфекция является очень распространенной или имеет характер генерализованной эпидемии (84).
- Любые программы и инициативы, связанные с ДМОМ, следует также использовать для удовлетворения общих потребностей мужчин в сфере сексуального здоровья, в частности, посредством пропаганды и консультирования по вопросам более безопасного сексуального поведения (84).

Дополнительные рекомендации для отдельных ключевых групп и вопросы их реализации в конкретных условиях

МУЖЧИНЫ, ИМЕЮЩИЕ СЕКС С МУЖЧИНАМИ (МСМ)

- ДМОМ не рекомендуется для профилактики передачи ВИЧ среди МСМ из-за отсутствия доказательств о том, что ДМОМ обеспечивает защиту при принимающем анальном сексе (3).
- Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами, могут однако, получить пользу от использования ДМОМ в случаях, когда они также занимаются вагинальным сексом. В странах Восточной и Южной Африки, где ДМОМ предлагается для профилактики ВИЧ-инфекции, мужчинам, имеющим половые контакты с мужчинами, нельзя отказывать в просьбе провести ДМОМ.

ЛЮДИ, НАХОДЯЩИЕСЯ В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ И ЗАКРЫТЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

ДМОМ **не** является одной из рекомендуемых мер профилактики ВИЧ-инфекции в местах лишения свободы. Если в пенитенциарных учреждениях приоритетных стран Восточной и Южной Африки с генерализованной эпидемией ВИЧ-инфекции и низкими показателями мужского обрезания ДМОМ предлагается заключенным, очень важно, чтобы такие вмешательства проводились с соблюдением всех правил медицинской этики и принципов прав человека. Работа в этом направлении должна проводиться на основе таких принципов как информированное согласие, конфиденциальность и отсутствие принуждения.

СЕКС-РАБОТНИКИ (И ИХ КЛИЕНТЫ)

- В сообщениях по вопросам здоровья и в ходе консультирования следует подчеркивать, что возобновление сексуальных отношений до полного заживления раны после обрезания крайней плоти может увеличить риск заражения ВИЧ среди ВИЧ-отрицательных мужчин, а также может повысить риск передачи ВИЧ женщинам – партнерам ВИЧ-позитивных мужчин (84).
- Создание «служб, оказывающих мужские медицинские услуги», где клиенты секс-работников или другие мужчины из групп более высокого риска (например, мужчины в серодискордантных отношениях) могут провести ДМОМ, может быть перспективным подходом в приоритетных странах Восточной и Южной Африки с точки зрения охвата мужчин, которые подвергаются большему риску ВИЧ-инфицирования. Однако этот подход пока что не был подвергнут систематическому анализу и оценке.

ТРАНСГЕНДЕРЫ

ДМОМ не рекомендуется для профилактики ВИЧ-инфекции среди трансгендерных женщин (3).

ПОДРОСТКИ ИЗ КЛЮЧЕВЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

В странах с низкими показателями мужского обрезания, где ВИЧ-инфекция является очень распространенной или имеет характер генерализованной эпидемии, следует увеличить доступ к услугам по обрезанию мужчин, отдавая приоритет подросткам и молодым мужчинам (84).

Вопросы реализации рекомендаций

Частичная защита. Мужское обрезание обеспечивает лишь частичную защиту от передачи ВИЧ-инфекции от женщины к мужчине. Поэтому, услуги по мужскому обрезанию должны оказываться не изолированно, а как часть рекомендуемого минимального пакета, который также включает информирование о рисках и пользе этой процедуры, консультирование о безопасных сексуальных практиках, содействие доступу к тестированию на ВИЧ, пропаганду использования презервативов и их распространение, а также профилактику и лечение ИППП (84).

Возможность расширить масштабы охвата услугами. Введение и расширение услуг добровольного мужского обрезания, осуществляемого медицинским персоналом, в приоритетных странах Восточной и Южной Африки также следует рассматривать как хорошую возможность для общего расширения услуг в связи с ВИЧ-инфекцией, оказываемых всем мужчинам.

Дополнительная литература

- *Male circumcision for HIV prevention.* Geneva, WHO, 2014. <http://www.who.int/hiv/topics/malecircumcision/en/>
- *Clearinghouse on male circumcision for HIV prevention.* Research Triangle Park NC, USA, FHI360, 2014. <http://www.malecircumcision.org/>
- *New data on male circumcision and HIV prevention: policy and programme implications.* Geneva, WHO, 2007. http://libdoc.who.int/publications/2007/9789241595988_eng.pdf

4.2 Добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ (ДКТ)

Исходные данные и обоснование

Добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ является важным первым шагом в процессе, направленном на то, чтобы ВИЧ-инфицированные люди знали свой ВИЧ-статус и чтобы они могли получать услуги по уходу и лечению при ВИЧ-инфекции и по профилактике передачи ВИЧ. Когда результаты тестирования оказались отрицательными, ДКТ является хорошей возможностью для того, чтобы люди, подвергающиеся риску ВИЧ-инфицирования, могли быть охвачены программами первичной профилактики, включая предложение пройти через некоторое время повторное тестирование на ВИЧ (4).

Среди некоторых ключевых групп населения, особенно среди людей, поведение которых криминализировано, услуги консультирования и тестирования на ВИЧ иногда осуществляются в принудительном порядке или в виде наказания. Наоборот, консультирование и тестирование на ВИЧ всегда должно быть добровольным и свободным от принуждения — особенно со стороны медицинских работников, партнеров, членов семьи, клиентов работников секс-бизнеса или в рамках пенитенциарного или другого закрытого учреждения (4, 8, 9, 10, 86). Как и во всех других случаях консультирования и тестирования пациентов, консультирование и тестирование на ВИЧ среди ключевых групп населения должно быть добровольным и основываться на следующих пяти принципах: информированное согласие пациента, конфиденциальность, консультирование, обеспечение правильности результатов тестирования, а также сотрудничество со службами профилактики, лечения и ухода (87) — с уделением особого внимания вопросам согласия и конфиденциальности.

ДКТ — это важнейший первый шаг в борьбе с ВИЧ-инфекцией, но примерно половина людей, живущих с ВИЧ, не знают о том, что они инфицированы..

Кроме того, ДКТ должно быть частью комплексной программы профилактики, лечения и ухода в связи с ВИЧ-инфекцией (4). Очень важно обеспечить четкие и надежные связи между службами тестирования и службами лечения и ухода при ВИЧ-инфекции для пациентов с положительным результатом тестирования и профилактическими службами для пациентов с отрицательным ре-

зультатом тестирования, так как в отсутствие таких связей людям труднее предпринять правильные действия при любом результате тестирования. Тестирование на ВИЧ в ключевых группах населения должно осуществляться в соответствии с принятыми национальными алгоритмами и стратегиями ВОЗ по тестированию и с внедрением на местах механизмов обеспечения надлежащего качества (88).

Незнание своего ВИЧ-статуса. По имеющимся на сегодняшний день ориентировочным общемировым данным, примерно половина людей, живущих с ВИЧ, не знают о том, что они инфицированы (88). Что касается людей из ключевых групп населения, то среди них доступ к службам ДКТ и следовательно, знание своего ВИЧ-статуса, как правило, гораздо ниже. Люди из ключевых групп населения часто проходят тестирование на ВИЧ на позднем этапе, а после ДКТ они часто не обращаются в службы, которые занимаются оказанием помощи при ВИЧ-инфекции и обследованием пациентов с целью возможного назначения АРТ (88). Таким образом, многие из них начинают лечение на этапе, когда их иммунитет уже значительно ослаблен. А в случае беременных женщин это часто происходит тогда, когда они обращаются за дородовой помощью либо на поздних этапах беременности, либо при начале родовых схваток, то есть тогда, когда риск неблагоприятных клинических исходов и вертикальной передачи ВИЧ является более высоким (4).

Консультирование является важным элементом тестирования на ВИЧ. В ходе дотестового консультирования пациенты должны получить точную информацию о тестировании и о последствиях положительного или отрицательного результата, с тем чтобы они могли сделать осознанный (информированный) выбор. В ходе послетестового консультирования пациенту следует предложить (помимо многого прочего) поддержку относительно раскрытия его/ее ВИЧ-статуса своему партнеру (партнерам) или близким. Кроме того, ДКТ дает хорошую возможность предоставить точную информацию о более безопасных сексуальных практиках и методах снижения вреда – с учетом особенностей конкретного пациента и результата теста. Также полезным может быть консультирование по вопросам изменения поведения и снижения риска.

Работа в различных условиях. Благодаря использованию экспресс-тестов на ВИЧ медицинские работники могут сообщить пациенту результаты теста в тот же день. Таким образом, услуги ДКТ могут быть оказаны в различных условиях, в том числе в медицинских учреждениях первичного звена (например, в женских консультациях, местных центрах охраны здоровья матери и ребенка и т.д.) и многими поставщиками медицинской помощи, включая аутрич-работников.

Тестирование на ВИЧ вне медицинских учреждений (например, в местах частого пребывания людей, подвергающихся повышенному риску) может обеспечить охват большего числа людей, чем тестирование в ЛПУ – особенно, когда речь идет о людях, которые вряд ли посетят ЛПУ для тестирования и о людях, не имеющих никаких симптомов. При этом следует обеспечить, чтобы службы консультирования и тестирования на ВИЧ тесно сотрудничали со службами профилактики, лечения и ухода в связи с ВИЧ-инфекцией (89). Для подтверждения положительных результатов тестирования на ВИЧ и направления пациентов в службы лечения и ухода при ВИЧ-инфекции, также важно внедрить и использовать четкие процедуры, основанные на национальных стратегиях и алгоритмах тестирования на ВИЧ (9).

Консультирование и тестирование на ВИЧ в ЛПУ по инициативе медицинских работников рекомендуется при условии, что оно не является ни обязательным, ни принудительным и что оно проводится в сотрудничестве со службами лечения и ухода при ВИЧ-инфекции и в соответствии с руководящими принципами ВОЗ. Особое внимание следует уделить предоставлению точной информации; информированное согласие должно быть получено во всех случаях; и результаты тестирования должны оставаться конфиденциальными.

Все виды консультирования и тестирования на ВИЧ должны быть добровольными и основываться на следующих пяти принципах: информированное согласие пациента, конфиденциальность, консультирование, обеспечение правильности результатов тестирования, а также сотрудничество со службами профилактики, лечения и ухода. При любых подходах к консультированию и тестированию на ВИЧ необходимо принять меры для обеспечения их надлежащего качества (4, 90).

Рекомендации и руководящие принципы

ВСЕ КЛЮЧЕВЫЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ

- Добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ (ДКТ) должно предлагаться в обычном порядке всем ключевым группам населения как в рамках медицинских учреждений, так и вне ЛПУ, например, в местах частого пребывания представителей таких групп (3, 4, 8, 10, 86, 91).
- Следует обеспечить, чтобы, помимо консультирования и тестирования на ВИЧ в медицинских учреждениях, ключевые группы населения могли получать такие услуги и в местах их частого пребывания, и при необходимости направлялись в службы профилактики, лечения и ухода (*сильная рекомендация, низкое качество доказательств*) (4).

Дополнительное замечание

Супружеским парам и партнерам следует предлагать добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ, а также оказывать им поддержку, способствующую взаимному раскрытию информации о ВИЧ-статусе (92).

Дополнительные рекомендации для отдельных ключевых групп и вопросы их реализации в конкретных условиях

ЛЮДИ, НАХОДЯЩИЕСЯ В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ И ЗАКРЫТЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Важными направлениями работы в пенитенциарных учреждениях являются предотвращение негативных последствий тестирования на ВИЧ (например, таких как раздельное содержание ВИЧ-инфицированных заключенных) и обеспечение соблюдения правил конфиденциальности. Также важно, чтобы люди, результаты тестирования которых оказались положительными, были направлены в соответствующие службы лечения и ухода при ВИЧ-инфекции (9, 93).

- Консультирование и тестирование на ВИЧ должно быть добровольным (93).
- Благодаря использованию методов экспресс-тестирования на ВИЧ заключенные смогут быстрее получать результаты теста (93).
- Тестирование в сочетании с другими услугами по снижению риска, такими как распространение презервативов и лубрикантов и скрининг на ИППП, может увеличить преимущества консультирования и тестирования на ВИЧ (93).

ПОДРОСТКИ ИЗ КЛЮЧЕВЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

На любой стадии эпидемии доступные и приемлемые услуги ДКТ должны быть доступны для подростков и оказываться таким образом, чтобы не подвергать их риску (86). Странам предлагается проанализировать их нынешние нормы и положения относительно необходимости согласия родителей и рассмотреть вопрос об их пересмотре, чтобы уменьшить возрастные барьеры для доступа подростков к услугам ДКТ, для использования таких услуг, а также для направления подростков в службы профилактики, лечения и ухода после тестирования (86). Молодые люди должны иметь возможность получить услуги ДКТ без обязательного согласия родителей или опекуна или их присутствия.

- В условиях эпидемии ВИЧ-инфекции любого типа (генерализованная, низкого уровня или концентрированная) консультирование и тестирование на ВИЧ, проводимое в тесном сотрудничестве с лечебно-профилактическими и медико-социальными службами, рекомендуется для подростков из всех ключевых групп населения (*сильная рекомендация, очень низкое качество доказательств*) (4, 86).

- Подростков нужно проконсультировать о потенциальной пользе и риске раскрытия своего ВИЧ-статуса. Им также следует оказывать всемерную поддержку в развитии их умения принять правильное решение относительно того, раскрывать ли эту информацию и если да, то когда, как и кому именно (*условная рекомендация, очень низкое качество доказательств*) (86).
- Детей школьного возраста следует информировать об их ВИЧ-позитивном статусе (*сильная рекомендация, низкое качество доказательств*) (86).

Вопросы реализации рекомендаций

Экспресс-тесты. Проведение экспресс-тестов на ВИЧ на месте оказания медицинских услуг позволяет существенно расширить доступ к тестированию, получать результаты тестирования в тот же день и своевременно направлять пациентов в соответствующее медицинское учреждение для лечения и последующего наблюдения (4).

Непрерывная поставка необходимых тест-систем. Следует разработать и внедрить механизмы для обеспечения бесперебойной поставки тест-систем и предотвращения истощения их запасов.

Качество услуг добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ (ДКТ) определяет уровень их использования. Поэтому очень важно создать систему обеспечения качества на национальном, субнациональном, учрежденческом и местном уровнях (95).

Тюремные системы должны стать неотъемлемой частью национальных усилий по расширению доступа к ДКТ. Расширение услуг ДКТ в тюрьмах и иных местах содержания под стражей должно осуществляться не изолированно, а как часть комплексной программы по борьбе с ВИЧ-инфекцией, направленной на улучшение медицинского обслуживания и обеспечение всеобщего доступа к услугам по профилактике ВИЧ-инфекции в пениitenciарных и закрытых учреждениях (93).

Добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ (ДКТ) обоих сексуальных партнеров. Есть много потенциальных преимуществ, относящихся к тому, чтобы сексуальные пары вместе проходили тестирование и взаимно раскрывали свой ВИЧ-статус. В частности, вместе им будет легче принимать обоснованные решения о профилактике ВИЧ-инфекции и оказывать друг другу поддержку применительно к получению АРТ и соблюдению режима лечения. Услуги ДКТ для сексуальных пар или партнеров должны предлагаться всем парам, независимо от того, как именно они характеризуют свои отношения. Основной принцип (и политика) в этой области должны заключаться в том, чтобы поставщики услуг побуждали всех людей, находящихся в сексуальных отношениях, вместе пройти тестирование на ВИЧ – независимо от их сексуальной ориентации и продолжительности или стабильности их отношений.

Самотестирование на ВИЧ (HIVST) представляет собой процесс, с помощью которого человек, желающий узнать свой ВИЧ-статус, собирает образец, проводит тест и интерпретирует результат этого теста в частном порядке. HIVST является скрининг-тестом, который не позволяет поставить диагноз (96). Поэтому в случае положительного результата этого скрининг-теста необходимо проведение подтверждающего теста. Использование HIVST может увеличить количество людей, которые проводят тест на ВИЧ, выясняют свой ВИЧ-статус и обращаются за медицинской помощью при положительном результате теста. Однако на сегодняшний день данные о потенциальной пользе этого метода являются ограниченными.

Хотя тест-системы для самостоятельного тестирования на ВИЧ, возможно, уже одобрены для продажи и использования, во многих странах не имеется каких-либо формальных норм, правил или политики по их использованию. ВОЗ также пока что не издала нормативного глобального руководства по вопросам самотестирования на ВИЧ. Тем не менее, ЮНЭЙДС и ВОЗ опубликовали краткое техническое обновление для информирования заинтересованных сторон, которые рассматривают или уже используют этот подход (97, 98).

Дополнительная литература

- *Руководство по вопросам ВИЧ-тестирования и консультирования по инициативе медицинских работников в лечебно-профилактических учреждениях.* Женева, ВОЗ, 2007 г. http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789244595565_rus.pdf?ua=1
- *UNODC, WHO, UNAIDS. HIV testing and counselling in prisons and other closed settings.* Vienna, UNODC, 2009. http://www.who.int/hiv/pub/idu/tc_prison_tech_paper.pdf
- *Сообщение результатов тестирования на ВИЧ-инфекцию и информация о повторном тестировании и консультировании взрослых.* Женева, ВОЗ, 2011 г. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789244599112_rus.pdf?ua=1
- *Service delivery approaches to HIV testing and counselling: a strategic policy framework.* Geneva, WHO, 2010. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75206/1/9789241593877_eng.pdf
- *Guidance on couples HIV testing and counselling and antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples.* Geneva, WHO, 2012. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44646/1/9789241501972_eng.pdf
- *Report on the first International Symposium on Self-testing for HIV: the legal, ethical, gender, human rights and public health implications of HIV self-testing scale-up.* Geneva, WHO, 2013. www.who.int/iris/bitstream/10665/85267/1/9789241505628_eng.pdf
- *HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV: recommendations for a public health approach and considerations for policy-makers and managers.* Geneva, WHO, 2013. http://www.who.int/iris/bitstream/10665/94334/1/9789241506168_eng.pdf

4.3 Вовлечение в систему помощи при ВИЧ-инфекции

ДКТ является лишь первым звеном в системе непрерывной помощи при ВИЧ-инфекции; подтверждение диагноза ВИЧ-инфекции без вовлечения ВИЧ-инфицированных в систему помощи при ВИЧ-инфекции и профилактики дальнейшей передачи вируса имеет лишь ограниченную пользу. Обеспечение того, чтобы ВИЧ-инфицированные люди были вовлечены в систему медицинской помощи, является необходимым условием полной реализации преимуществ АРТ в плане поддержания здоровья и профилактики дальнейшей передачи вируса. К сожалению, в каждом звене континуума оказания помощи и ухода при ВИЧ-инфекции происходят значительные потери. Эти потери могут быть особенно велики среди людей из ключевых групп населения.

Психологические и социальные барьеры. Ряд психологических и социальных барьеров препятствует вовлечению людей с впервые поставленным диагнозом ВИЧ-инфекции в систему оказания помощи. Воспринимаемая стигма, связанная с посещениями центров по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции, остается препятствием для раннего вовлечения ВИЧ-инфицированных в систему помощи при ВИЧ-инфекции. Отсутствие поддержки со стороны семьи и страх раскрытия своего ВИЧ-статуса также относится к числу таких барьеров. Кроме того, субъективная оценка людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), состояния своего здоровья и эффективности АРТ может повлиять на их готовность обращаться за медицинской помощью. ЛЖВ, которые верят в то, что альтернативные методы лечения будут эффективными, боятся побочных эффектов АРТ или считают, что их здоровье является хорошим, как правило, реже обращаются за медицинской помощью по поводу ВИЧ-инфекции по сравнению с другими ЛЖВ (99). Кроме того, употребление инъекционных наркотиков ассоциируется с низкими показателями вовлечения ЛЖВ в программы лечения и их удержания в таких программах (100, 101).

Была проведена оценка ряда мероприятий по устранению этих психосоциальных барьеров. Активизация посттестового консультирования в сочетании с дальнейшим консультированием общественными работниками здравоохранения значительно увеличивает долю ВИЧ-инфицированных, которые обращаются за медицинской помощью (102). Люди, употребляющие инъекционные наркотики, чаще начинают и продолжают лечение по поводу ВИЧ-инфекции, если они участвуют в программах ОЗТ (103).

Экономические ограничения. Такие факторы, как трудовая миграция (104) и отсутствие возможности пропустить рабочий день для посещения ЛПУ (105, 106), также могут отрицательно повлиять на показатели обращаемости за медицинской помощью в связи с ВИЧ-инфекцией.

Факторы системы здравоохранения, влияющие на вовлечение ВИЧ-инфицированных лиц в систему помощи при ВИЧ-инфекции, включают следующие: отсутствие активных механизмов вовлечения ЛЖВ, дефицит персонала, большие сроки ожидания получения медицинской помощи, плохое обслуживание в центрах профилактики и лечения ВИЧ-инфекции, плохое отношение медицинского персонала к ЛЖВ.

Для улучшения системы вовлечения ЛЖВ в систему помощи нужно проанализировать и решить ключевые оперативные вопросы, относящиеся к способам налаживания и улучшения партнерских отношений между местным сообществом и медицинскими работниками, а также к наращиванию усилий по повышению качества услуг (см. главу 6).

4.4 Лечение и помощь при ВИЧ-инфекции

4.4.1 Антитретовирусная терапия

Исходные данные и обоснование

Использование АРТ для лечения ВИЧ-инфекции среди ключевых групп должно основываться на общих принципах и рекомендациях, которые используются при лечении всех взрослых (4). Эти группы должны иметь такой же доступ к соответствующим услугам, как и население в целом. Люди из ключевых групп населения могут подвергаться дискриминации и маргинализации, что может затруднять их доступ к медицинской помощи, включая лечение ВИЧ-инфекции. Важно обеспечить, чтобы люди из ключевых групп населения имели равный доступ к лечению и уходу при ВИЧ-инфекции.

Обновленное руководство. Сводное руководство ВОЗ 2013 г. по использованию антитретовирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции содержит новые рекомендации о том, когда нужно начинать АРТ, какие препараты следует использовать для схем лечения первой, второй и третьей линии, и как нужно осуществлять мониторинг хода АРТ. Для получения более подробной информации об АРТ следует ознакомиться с этим руководством.

ЛЖВ из ключевых групп населения должны иметь такой же доступ к антитретовирусной терапии (АРТ) и связанным с АРТ услугам, как и другие группы населения.

Рекомендации и руководящие принципы

ВСЕ КЛЮЧЕВЫЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ

Назначение АРТ

- АРТ следует назначать в приоритетном порядке всем пациентам с тяжелым течением или с поздней стадией заболевания, вызванного ВИЧ (клинические стадии 3 или 4 по классификации ВОЗ), и пациентам с количеством CD4 ≤ 350 клеток/мм³ (*сильная рекомендация, среднее качество доказательств*) (4).
- АРТ следует назначать всем ВИЧ-инфицированным людям с количеством CD4 от 350 до 500 клеток/мм³, независимо от клинической стадии по классификации ВОЗ (*сильная рекомендация, среднее качество доказательств*) (4).

- АРТ следует назначать всем ВИЧ-инфицированным людям, независимо от клинической стадии заболевания по классификации ВОЗ или от количества клеток CD4, в тех случаях, когда они относятся к следующим категориям (4):
 - люди с ВИЧ и активной формой ТБ (*сильная рекомендация, низкое качество доказательств*);
 - люди, коинфицированные ВИЧ и вирусом гепатита В (ВГВ), с признаками тяжелого хронического заболевания печени (*сильная рекомендация, низкое качество доказательств*);
 - ВИЧ-инфицированные партнеры в серодискордантных парах – в этом случае АРТ помогает снизить риск передачи ВИЧ неинфицированным партнерам (*сильная рекомендация, высокое качество доказательств*);
 - беременные и кормящие грудью женщины с ВИЧ (*сильная рекомендация, среднее качество доказательств*).

Дополнительное замечание

На данный момент не существует специальных клинических рекомендаций по проведению АРТ среди каких-либо конкретных ключевых групп населения. Однако следует отметить, что из-за стигмы, дискриминации и маргинализации они часто обращаются за медицинской помощью с большим запозданием.

Дополнительные рекомендации для отдельных ключевых групп и вопросы их реализации в конкретных условиях

ЛЮДИ, НАХОДЯЩИЕСЯ В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ И ЗАКРЫТЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

- Уровень приверженности лечению ВИЧ-инфекции может быть увеличен путем устранения стигмы и дискриминации по отношению к ВИЧ-инфицированным, обеспечения конфиденциальности ВИЧ-статуса заключенного, а также обеспечения для людей, находящихся в пенитенциарных и закрытых учреждениях, доступа к уходу и лечению без дискриминации со стороны персонала.
- При перемещении таких людей в другое учреждение или при их освобождении или выписке их нужно обеспечить таким запасом АРВ-препаратов, чтобы их хватило до момента установления прочного контакта с соответствующими службами здравоохранения на новом месте (60, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114).

ЛЮДИ, УПОТРЕБЛЯЮЩИЕ ИНЪЕКЦИОННЫЕ НАРКОТИКИ

- Действующее руководство ВОЗ по использованию АРТ для лечения ВИЧ-инфекции у взрослых и подростков относится и к ЛЖВ, употребляющим инъекционные наркотики (4).
- Когда АРТ проводится в благоприятной среде, результаты лечения людей, употребляющих инъекционные наркотики, соответствуют результатам лечения, наблюдаемым в других группах населения (115).

ПОДРОСТКИ ИЗ КЛЮЧЕВЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

Организация лечебно-профилактической работы вне медицинских учреждений может улучшить показатели приверженности лечению и удержания в системе помощи среди подростков, живущих с ВИЧ (86).

Соответствующее обучение работников здравоохранения также может способствовать повышению этих показателей (86).

Медицинские работники могут содействовать улучшению приверженности лечению среди подростков:

- помогая им проанализировать все факторы, которые влияют на приверженность лечению
- способствуя повышению уровня понимания подростками таких понятий, как ВИЧ-инфекция, АРТ и приверженность лечению
- признавая потребности, связанные с развитием подростков, и поддерживая их растущее стремление к независимости
- оказывая им помощь в интеграции АРТ в повседневную жизнь
- предлагая использование упрощенных схем АРТ
- поощряя их участие как в группах взаимоподдержки, так и в организуемых на местном уровне мероприятиях, относящихся к АРТ (116, 117, 118).

Вопросы реализации рекомендаций

Организация антиретровирусной терапии. В сводном руководстве ВОЗ по использованию антиретровирусных препаратов 2013 г. (4) дается целый ряд рекомендаций по организации антиретровирусной терапии (АРТ), включая следующие: децентрализация служб АРТ и интеграция услуг по АРТ в работу других медицинских служб, например, служб, работающих в таких областях, как борьба с ТБ, оказание дородовой помощи и проведение ОЗТ.

Подходы, способствующие проведению АРТ, приверженности лечению и удержанию пациентов в системе помощи. Люди из ключевых групп населения часто испытывают более значительные проблемы, чем население в целом, в плане как получения соответствующих медицинских услуг, так и удержания в системе помощи. Они часто ведут мобильный образ жизни, с ними трудно установить контакт, они имеют меньший доступ к услугам здравоохранения, реже пользуются такими услугами и могут сталкиваться со стигмой и дискриминацией в рамках системы медицинского обслуживания. В главе 6 рассматривается целый ряд подходов в поддержку наилучших моделей обеспечения доступа к АРТ, приверженности лечению и удержанию пациентов в системе помощи.

АРТ в пенитенциарных и закрытых учреждениях. Лечение ВИЧ-инфекции (включая АРТ, уход и соответствующую поддержку) в таких учреждениях должно быть эквивалентно лечению, которое доступно ЛЖВ, живущим на свободе, и оно должно соответствовать национальным рекомендациям и нормативам.

Люди, которые находятся в заключении, подвергаются дополнительному риску заражения ТБ. С другой стороны, в условиях тюрьмы или других пенитенциарных учреждениях – при наличии надлежащей поддержки и структурированных программ лечения – могут быть достигнуты отличные результаты (4, 9). Учитывая высокие показатели лишения свободы среди людей из ключевых групп населения, следует предпринять усилия для обеспечения того, чтобы АРТ (и противотуберкулезное лечение) были доступны как часть услуг здравоохранения во всех пенитенциарных и закрытых учреждениях (4, 9).

Дополнительная литература

- *Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции. Рекомендации с позиции общественного здравоохранения. Обновленный перевод, апрель 2014 г.* Женева, ВОЗ, 2013 г. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/248298/Consolidated-Guidelines-Rus.pdf

4.4.2 Профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку

Исходные данные и обоснование

Прямые меры по профилактике вертикальной передачи ВИЧ состоят из каскада услуг.

Профилактика передачи ВИЧ от матери к ребенку (ППМР), также известная как профилактика вертикальной передачи ВИЧ, относится к мероприятиям по предупреждению передачи вируса от ВИЧ-инфицированной матери ее ребенку во время беременности и родов или при грудном вскармливании. Другими важными задачами ППМР являются раннее начало АРТ у матери и поддержание здоровья матери.

ВОЗ рекомендует использовать такую комплексную стратегию ППМР, которая включает четыре элемента:

1. Первичная профилактика ВИЧ-инфекции среди женщин детородного возраста
2. Предотвращение нежелательной беременности среди женщин, живущих с ВИЧ
3. Профилактика передачи ВИЧ грудному ребенку от ВИЧ-инфицированной матери
4. Обеспечение надлежащего лечения, ухода и поддержки матерям, живущим с ВИЧ, а также их детям и семьям.

В третьем элементе, который фокусируется на прямых действиях по предотвращению вертикальной передачи, профилактические мероприятия состоят из каскада услуг, включающего следующие составляющие: консультирование и тестирование на ВИЧ, АРТ, безопасные роды, более безопасное вскармливание грудных детей и вмешательство в послеродовом периоде в контексте продолжающейся АРТ, ранняя диагностика ВИЧ-инфекции у младенца и постановка окончательного диагноза у детей, имевших контакт с ВИЧ, что обеспечивается за счет того, что и матери, и дети всегда получают адекватные виды ухода и лечения (элемент стратегии 4).

Все беременные женщины из ключевых групп населения должны иметь такой же доступ к услугам по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР) и выполнять те же рекомендации, как и женщины среди населения в целом.

Рекомендации и руководящие принципы

ВСЕ БЕРЕМЕННЫЕ ЖЕНЩИНЫ² ИЗ КЛЮЧЕВЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

- Всем беременным и кормящим грудью женщинам с ВИЧ следует назначать три АРВ-препарата, которые следует принимать, как минимум, в течение периода, когда имеется риск передачи вируса от матери ребенку. Женщины, соответствующие критериям назначения АРТ, должны получать такое лечение в течение всей жизни ($CD4 < 500$ клеток/ mm^3) (*сильная рекомендация, среднее качество доказательств*) (4).
- По программным и операционным соображениям, особенно при генерализованной эпидемии, всем беременным и кормящим грудью женщинам с ВИЧ следует назначать АРТ в качестве пожизненного лечения (вариант В+) (*условная рекомендация, низкое качество доказательств*) (4).

Дополнительные рекомендации для отдельных ключевых групп и вопросы их реализации в конкретных условиях

ЛЮДИ, НАХОДЯЩИЕСЯ В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ И ЗАКРЫТЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Особое внимание следует уделять обеспечению того, чтобы беременные женщины-заключенные могли иметь доступ к услугам по ППМР, так как женщинам, находящимся в пенитенциарных учреждениях, часто труднее получить услуги по консультированию и тестированию на ВИЧ и уходу и лечению при ВИЧ-инфекции по сравнению с женщинами на свободе.

ЛЮДИ, УПОТРЕБЛЯЮЩИЕ ИНЪЕКЦИОННЫЕ НАРКОТИКИ

Все беременные женщины и их семьи, пострадавшие от расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, должны иметь доступ к недорогим услугам по профилактике и лечению. Такие услуги должны основываться на принципах конфиденциальности, соответствующих национальных законоположениях и международных стандартах в области прав человека. Беременные женщины, употребляющие психоактивные средства, должны иметь такой же доступ к медицинской помощи как и все другие женщины (119).

Вопросы реализации рекомендаций

Социальная справедливость и преодоление препятствий для доступа. В большинстве стран женщины из ключевых групп населения имеют меньший доступ к ППМР, чем женщины в общей популяции. Это особенно касается людей, употребляющих инъекционные наркотики, их партнеров и работников секс-бизнеса. Девочки-подростки в целом и девочки-подростки из ключевых групп населения, в частности, имеют наименьший доступ к ППМР и наихудшие результаты. Необходимо предпринять особые усилия, чтобы изучить, понять и преодолеть барьеры, препятствующие доступу к ППМР, а также обеспечить приемлемые услуги, которые охватывают всех женщин из ключевых групп (как взрослых, так и подростков).

² Это включает беременных трансгендерных мужчин.

Проблема позднего обращения за медицинской помощью. Беременные взрослые женщины и девушки-подростки из ключевых групп населения часто впервые обращаются за медицинской помощью в связи с беременностью (в женские консультации или иные медицинские учреждения) либо на позднем этапе беременности, либо только во время родов и, следовательно, их возможности в плане доступа к ППМР являются очень ограниченными. Кроме того, они часто сталкиваются с особыми трудностями применительно к дальнейшему медицинскому сопровождению и получению оптимальной медицинской помощи в послеродовом периоде. Это имеет негативные последствия для их собственного здоровья и для здоровья их детей, а также снижает общую эффективность мероприятий по ППМР. Необходимо разработать стратегии, направленные на повышение показателей своевременного обращения женщин из ключевых групп населения за медицинской помощью в связи с беременностью.

Поддержка приверженности лечению. Необходимы особые усилия и инициативы по улучшению показателей доступа к медицинской помощи и приверженности лечению среди женщин из ключевых групп населения, а также по развитию эффективных методов вовлечения таких женщин в систему долгосрочной терапии. Это особенно касается периода грудного вскармливания, т.е. периода, когда медицинское сопровождение таких женщин зачастую оставляет желать лучшего.

Дополнительная литература

- *Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции. Рекомендации с позиции общественного здравоохранения. Обновленный перевод, апрель 2014 г.* Женева, ВОЗ, 2013 г. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/248298/Consolidated-Guidelines-Rus.pdf
- *Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy.* Geneva, WHO, 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/107130/1/9789241548731_eng.pdf

4.4.3 Взаимодействия АРВ-препаратов

Исходные данные и обоснование

Возможные лекарственные взаимодействия еще больше усложняют процессы назначения АРВ-препаратов и контроля лечения.

Поставщики медицинских услуг должны быть осведомлены о всех препаратах, принимаемых людьми с ВИЧ на момент начала АРТ, а также о новых препаратах, которые им назначаются дополнительно в ходе АРВ-терапии. Для многих людей из ключевых групп населения это может включать такие препараты, как рекреационные наркотики, средства, используемые для лечения коинфекций и сопутствующих заболеваний,

а также (среди транссексуалов) гормоны для коррекции пола. Возможные лекарственные взаимодействия еще больше усложняют процессы назначения АРВ-препаратов и контроля лечения. Важнейшими компонентами высококачественной медицинской помощи для всех ВИЧ-инфицированных являются консультирование по поводу возможных последствий лекарственных взаимодействий и создание среды, способствующей тому, чтобы пациенты могли информировать медицинских работников о всех препаратах, которые они принимают.

Туберкулез

В руководстве ВОЗ по лечению ТБ рассмотрены основные аспекты ведения больных с сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ (120). Основной противопоказанной комбинацией лекарственных средств является использование рифампицина и ингибитора протеазы (ИП). У пациентов с сочетанной инфекцией ТБ и ВИЧ, получающих усиленный ИП, может потребоваться замена рифампицина на рифабутин. Когда рифабутин отсутствует, пациентам, получающим противотуберкулезную терапию, можно назначать только лопинавир/ритонавир — при условии увеличения дозы усиленного ритонавиrom ИП или удвоения стандартной дозы лопинавира/ритонавира.

Гепатит С

При лечении хронических инфекций, обусловленных вирусом гепатита С (ВГС), часто используются такие препараты, как рибавирин и ПЭГ-интерферон альфа-2а. Прием этих препаратов вместе с зидовудином (AZT) может увеличить риск развития анемии и печеночной декомпенсации. Людей с коинфекцией ВГС/ВИЧ, получающих зидовудин, возможно потребует перевести на тенофовир (TDF) (121).

Гормоны, используемые для контрацепции

АРВ-препараты могут либо снижать, либо усиливать биодоступность стероидных гормонов в гормональных контрацептивах (122). Имеется ограниченный объем данных, указывающих на возможность лекарственных взаимодействий между многими АРВ-препаратами (особенно некоторыми нуклеозидными ингибиторами обратной транскриптазы (ННИОТ) и ИП, усиленными ритонавиром) и гормональными контрацептивами. Эти взаимодействия могут повлиять на безопасность и эффективность как гормональных контрацептивов, так и АРВ-препаратов. Тем не менее, в действующем руководстве ВОЗ по контрацепции сделан вывод о том, что ни одно из лекарственных взаимодействий между рекомендуемыми в настоящее время АРВ-препаратами, используемыми для лечения и ДКП, с одной стороны, и гормональными контрацептивами, с другой стороны, не являются достаточно серьезными, чтобы послужить причиной для отказа от их совместного использования (122). Если женщины, получающие АРТ, принимают решение начать или продолжить использование гормональных контрацептивов, им рекомендуется постоянно использовать презервативы – как для профилактики передачи ВИЧ, так и для компенсации возможного снижения эффективности гормональной контрацепции.

Гормоны, используемые в схемах и протоколах гормональной терапии для коррекции пола

Объем имеющихся данных о взаимодействии АРВ-препаратов и различных препаратов, используемых в схемах и протоколах гормональной терапии для коррекции пола с мужского на женский, является ограниченным, особенно, когда речь идет об антиандрогенах (таких, например, как ципротерона ацетат и флутамид). Вышеуказанное верно и в отношении андрогенов (например, дигидротестостерона), обычно используемых для коррекции пола с женского на мужской. В настоящее время мы не располагаем какими-либо документальными данными о лекарственных взаимодействиях между этими препаратами и АРВ-препаратами. Тем не менее, этот вопрос заслуживает более глубокого изучения в связи с тем, что трансгендерные женщины и мужчины часто используют несколько препаратов в сочетании, а иногда и в более высоких дозах, что может быть связано с разнонаправленными лекарственными взаимодействиями. АРВ-терапия может привести к гормональным колебаниям среди трансгендерных женщин, принимающих гормональные препараты для коррекции пола, что указывает на необходимость тщательного контроля за приемом всех лекарств.

Кроме того, некоторые АРВ-препараты могут усиливать нарушения метаболизма глюкозы и липидов, связанные с изменениями в уровне гормонов, а также увеличивать риск тромбообразования и печеночной токсичности (123). Все эти риски еще больше возрастают из-за частой практики самолечения, когда часто используются препараты и дозировки, являющиеся менее безопасными, чем те, которые обычно назначают медицинские работники. В этих областях также необходимы дополнительные исследования.

Опиоиды

Для лечения опиоидной зависимости ВОЗ рекомендует использовать метадон и бупренорфин (50). Одновременный прием эфавиренза снижает концентрацию метадона в крови. Впоследствии это может привести к развитию синдрома отмены и повысить риск возврата к употреблению опиоидов. Люди, получающие метадон и эфавиренз (EFV), подлежат тщательному мониторингу, а при развитии синдрома отмены опиоидов может потребоваться коррекция дозы метадона (50).

Ограниченные данные указывают на отсутствие каких-либо взаимодействий между АРВ-препаратами и рекреационными наркотиками. Однако сочетанный прием различных рекреационных наркотиков может быть связан с опасными их взаимодействиями. Например, сочетанное употребление амилнитрита и силденафила может вызвать сердечно-сосудистые осложнения.

Таблица 4.1 Основные взаимодействия АРВ-препаратов и предлагаемые варианты их замены

АРВ-препараты	Ключевые взаимодействия	Предлагаемые варианты действий
Зидовудин (AZT)	Рибавирин и пегинтерферон альфа-2а	Первая линия: замените зидовудин на тенофовир Вторая линия: замените зидовудин на ставудин (d4T)
Усиленный ИП (атазанавир/ритоनावир, дарунавир/ритоनावир, лопинавир/ритоनावир)	Рифампицин Гормональные контрацептивы на основе эстрогена Метадон и бупренорфин	Замените рифампицин на рифабутин ³ Дайте совет о дополнительном использовании мужских или женских презервативов Скорректируйте дозы метадона и бупренорфина, когда это необходимо
Эфавиренз	Метадон Гормональные контрацептивы на основе эстрогена	Скорректируйте дозу метадона, когда это необходимо Дайте совет о дополнительном использовании мужских или женских презервативов
Невирепин (NVP)	Рифампицин Гормональные контрацептивы на основе эстрогена	Замените неврипин на эфавиренз Дайте совет о дополнительном использовании мужских или женских презервативов

Дополнительная литература

- *HIV-drug interactions*. The University of Liverpool. <http://www.hiv-druginteractions.org/>

4.5 Профилактика и лечение коинфекций и сопутствующих заболеваний

Важной частью медицинской помощи при ВИЧ-инфекции является лечение оппортунистических инфекций, таких как туберкулез и вирусный гепатит. Эффективная борьба с ВИЧ-инфекцией также включает меры по лечению других сопутствующих заболеваний, таких как различные виды ИППП, гемотрансмиссивные инфекции и психические расстройства. Для обеспечения синергетического эффекта лечебно-профилактических мер целесообразно совмещать услуги тестирования на ВИЧ и лечения и профилактики ВИЧ-инфекции с услугами по профилактике и лечению коинфекций и сопутствующих заболеваний.

4.5.1 Туберкулез

Несмотря на то, что **туберкулез** можно предотвратить и вылечить, на него приходится 20% всех смертей, связанных с ВИЧ-инфекцией.

Исходные данные и обоснование

Несмотря на то, что туберкулез можно предотвратить и вылечить, он является ведущей причиной ВИЧ-ассоциированной смертности, так как на него приходится 20% всех смертей, связанных с ВИЧ-инфекцией. Риск развития ТБ среди ВИЧ-ин-

фицированных в 30 раз выше, чем среди людей без ВИЧ-инфекции (124). В 2012 г. среди 35 миллионов людей, живущих с ВИЧ во всем мире, было зарегистрировано около 1,1 миллиона случаев заболевания ТБ (124). Не-

³ Когда рифабутин отсутствует, пациентам, получающим противотуберкулезную терапию, можно назначать только лопинавир/ритоनावир – при условии увеличения дозы усиленного ритонавиrom ИП или удвоения стандартной дозы лопинавира/ритоновира.

зависимо от их ВИЧ-статуса, ключевые группы населения, особенно люди, употребляющие инъекционные наркотики, и заключенные подвергаются повышенному риску развития ТБ, в том числе ТБ с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) (50, 125, 126, 127, 128). Кроме того, были зарегистрированы вспышки туберкулеза и МЛУ-ТБ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, и транссексуалов, занятых в секс-бизнесе (129, 130). Общие факторы риска и социальные детерминанты, которые подвергают ключевые группы населения повышенному риску развития туберкулеза, включают следующие: ВИЧ-инфекция, бедность, недоедание, стресс, алкоголизм, курение, сахарный диабет, загрязнение воздуха внутри помещений, употребление наркотиков, лишение свободы, а также плохие условия жизни и труда (131).

Пенитенциарные учреждения играют ключевую роль в разжигании и поддержании эпидемии ТБ и МЛУ-ТБ, и туберкулез считается ведущей причиной смерти среди заключенных в местах с высоким бременем этих заболеваний (132, 133). Аналогичным образом, другие места скопления людей, которые часто посещают ЛЖВ и члены маргинальных групп населения, также могут стать фактором повышенного риска развития туберкулеза, если в таких местах не принимаются адекватные меры инфекционного контроля туберкулеза. К таким местам могут относиться следующие: бордели, бары, дроп-ин центры, наркологические диспансеры или центры, медицинские учреждения и приюты (130, 134, 135, 136).

Для борьбы с проблемой туберкулеза среди ЛЖВ, в том числе среди ключевых групп населения, ВОЗ рекомендует использовать состоящий из 12 элементов пакет мероприятий, направленных на борьбу и с ТБ, и с ВИЧ-инфекцией. В этом пакете поставлены следующие цели: создать и укрепить механизмы для интегрированной борьбы с ТБ и ВИЧ, снизить бремя ТБ среди людей, живущих с ВИЧ, и снизить бремя ВИЧ-инфекции среди больных туберкулезом (4, 65, 137, 138, 139).

Следует принять меры для устранения факторов, затрудняющих доступ ключевых групп населения к лечебно-профилактической помощи, чтобы облегчить для них доступ к интегрированным и ориентированным на клиента услугам профилактики и лечения (предпочтительно при первом обращении за медицинской помощью), а также содействовать повышению приверженности лечению (65).

Профилактика туберкулеза. Профилактическое лечение изониазидом (ПЛИ) и АРТ, когда они проводятся вместе, позволяет снизить риск развития туберкулеза среди людей, живущих с ВИЧ, до 97% (140). Как показали исследования, даже когда ПЛИ используется в одиночку, это позволяет уменьшить риск развития туберкулеза среди людей, живущих с ВИЧ, на 68% (137). После исключения диагноза активного туберкулеза людям, живущим с ВИЧ, следует предложить курс ПЛИ (не менее шести месяцев) и оказывать им поддержку для обеспечения соблюдения режима лечения. Кроме того, для сокращения передачи туберкулеза в местах скопления людей следует принимать меры для инфекционного контроля туберкулеза и отслеживания контактов (50, 125).

Скрининг и диагностика туберкулеза. При каждом контакте с медицинским работником всех людей, живущих с ВИЧ, их следует обследовать на туберкулез в соответствии с рекомендуемым ВОЗ алгоритмом, основанном на таких четырех симптомах, как кашель, лихорадка, потеря веса и ночная потливость (137). Такое скрининговое обследование помогает определить наличие показаний к назначению ПЛИ путем исключения вероятности активного туберкулеза, а также выявить тех пациентов, которые могут нуждаться в дополнительном обследовании с целью диагностики и лечения ТБ. ВОЗ рекомендует использовать тест Xpert MTB/RIF в качестве первого диагностического теста на все формы ТБ у всех ЛЖВ и у всех пациентов с подозрением на МЛУ-ТБ (независимо от их ВИЧ-статуса) (141). Организации и учреждения, оказывающие поддержку ключевым группам населения, могут послужить одним из каналов для раннего выявления туберкулеза и принятия своевременных мер по профилактике и лечению ТБ и ВИЧ-инфекции. Поэтому очень важно, чтобы персонал в таких организациях и учреждениях имел хорошие знания о симптомах туберкулеза.

Лечение туберкулеза. Лечение туберкулеза заключается в прохождении стандартного курса антибиотикотерапии в течение не менее шести месяцев, независимо от ВИЧ-статуса. Завершение противотуберкулезного лечения имеет решающее значение для снижения смертности и для предотвращения развития и распространения лекарственно-устойчивых форм туберкулеза. Это имеет жизненно важное значение для обеспечения благоприятного, непредвзятого и недискриминационного климата, который позволяет пациентам из ключевых групп населения завершить лечение, способствует принятию дополнительных мер поддержки приверженности лечению и, следовательно, улучшению его результатов, а также уменьшает риск дальнейшей передачи ТБ (65).

Своевременное начало АРТ позволяет значительно снизить риск смертности от ВИЧ-ассоциированного ТБ. Поскольку туберкулез является одним из наиболее распространенных СПИД-индикаторных заболеваний, всем пациентам с предполагаемым или выявленным ТБ следует предложить как можно скорее пройти консультирование и тестирование на ВИЧ, с тем чтобы пациенты с положительным результатом теста могли начать АРТ как можно скорее – в любом случае не позднее чем через восемь недель после начала противотуберкулезного лечения, независимо от количества CD4.

Программы, направленные на работу с ключевыми группами населения, должны обеспечить для них доступ к интегрированным и ориентированным на клиента услугам (предпочтительно при первом обращении за медицинской помощью), а также содействовать повышению приверженности лечению (65).

Ключевые группы населения должны иметь такой же доступ к услугам профилактики, скрининга и лечения туберкулеза (ТБ) как и другие группы населения, подверженные риску ВИЧ-инфицирования или живущие с ВИЧ (138).

Рекомендации и руководящие принципы

ВСЕ КЛЮЧЕВЫЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ

- Регулярное тестирование на ВИЧ должно предлагаться и быть доступным для всех людей с предполагаемым или выявленным туберкулезом (*сильная рекомендация, низкое качество доказательств*) (138).
- АРТ следует назначать всем ВИЧ-инфицированным людям с активной формой туберкулеза, независимо от клинической стадии по классификации ВОЗ или количества лимфоцитов CD4 (*сильная рекомендация, низкое качество доказательств*) (4).

Дополнительное замечание

- АРТ следует начинать как можно скорее (не позднее чем через 8 недель после начала лечения ТБ) (4).
- Алкогольная зависимость, активное употребление наркотиков и психические расстройства не должны использоваться в качестве причины для отказа в лечении туберкулеза (65).

Дополнительные рекомендации для отдельных ключевых групп и вопросы их реализации в конкретных условиях

ЛЮДИ, НАХОДЯЩИЕСЯ В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ И ЗАКРЫТЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

- В пенитенциарных и закрытых учреждениях следует рассмотреть возможность организации систематического скрининга на активный туберкулез (124). В приоритетном порядке это следует сделать в местах с высокими показателями распространенности туберкулеза среди населения в целом или среди заключенных; в местах с высоким процентом заключенных; в местах с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции или МЛУ-ТБ; или в местах с плохими условиями жизни.
- Медицинскому обследованию, включая скрининг на ТБ, подлежат все заключенные – как при поступлении в пенитенциарное учреждение, так и в любое другое время, когда это представляется целесообразным. Обследование должно проводиться в соответствии с международными стандартами оказания медицинской помощи и конфиденциальности (65).

- Объем и качество медицинской помощи, предоставляемой заключенным, должны быть такими же, как и для населения в целом (65).
- Учитывая высокий риск передачи ТБ и высокие показатели коинфекции ВИЧ-ТБ в закрытых учреждениях, все пенитенциарные учреждения должны принимать участие в работе, направленной на активное выявление случаев заболевания, обеспечение профилактического лечения изониазидом ВИЧ-инфицированных и внедрение эффективных мер по борьбе с туберкулезом (65).
- Необходимым условием профилактики туберкулеза в пенитенциарных учреждениях является улучшение условий жизни за счет снижения количества заключенных в камере, обеспечения адекватной вентиляции и улучшения питания (65).
- Люди в пенитенциарных и закрытых учреждениях с установленным или подозреваемым активным ТБ должны быть отделены (в клинических условиях) от других людей до тех пор, пока они не пройдут адекватное лечение и пока не будет подтверждено, что они перестали представлять опасность как источник инфекции (65).
- Образовательные мероприятия для всех заключенных должны охватывать правила кашлевого этикета и респираторной гигиены (11).
- Непрерывность лечения туберкулеза в пенитенциарных и закрытых учреждениях имеет важное значение для предотвращения развития резистентности и она должна быть обеспечена не только на всех стадиях пребывания людей в пенитенциарном учреждении, в том числе в случае перевода в другое пенитенциарное учреждение, но и после освобождения. Это требует тесного сотрудничества между службами здравоохранения, оказывающими медицинскую помощь населению в целом, и службами здравоохранения, оказывающими помощь всем категориям задержанных и заключенных (11).

ЛЮДИ, УПОТРЕБЛЯЮЩИЕ ИНЪЕКЦИОННЫЕ НАРКОТИКИ

- Люди с ТБ, употребляющие инъекционные наркотики, должны иметь такой же доступ к лечению ТБ, как и население в целом (50).
- Сопутствующие заболевания, в том числе вирусный гепатит, не должны служить противопоказанием для лечения туберкулеза у людей, употребляющих инъекционные наркотики, а лечение таких заболеваний должно соответствовать установленным нормативам качества (65).
- У пациентов с туберкулезом ОЗТ следует сочетать с противотуберкулезным лечением. Как противотуберкулезное лечение, так и АРТ можно начинать, не дожидаясь момента воздержания от употребления опиоидов (50).
- Рифампицин – один из препаратов первого ряда, применяемых для лечения туберкулеза – может значительно снизить концентрацию и эффект как метадона, так и бупренорфина, что может привести к развитию синдрома отмены опиоидов (142, 143, 144). Смотрите раздел 4.4.3.

СЕКС-РАБОТНИКИ

Клинические программы или службы, оказывающие аутрич-услуги секс-работникам, могут выполнять скрининг на ТБ среди секс-работников и оказывать им поддержку на всех этапах медицинской помощи по поводу туберкулеза (профилактика, диагностика, лечение). Они могут помочь секс-работникам научиться распознавать симптомы туберкулеза и понимать пути передачи ТБ и важность соблюдения мер инфекционного контроля и правил кашлевого этикета. Они также могут проинформировать своих клиентов о расположении близлежащих медицинских учреждений, осуществляющих диагностику и лечение ТБ (71).

Вопросы реализации рекомендаций

Сотрудничество. Программы борьбы с ТБ и ВИЧ-инфекцией, службы лечения наркозависимости и тюремные медицинские службы должны установить тесное сотрудничество в такой области, как охват и обслуживание ключевых групп населения, чтобы обеспечить их доступ к комплексным услугам по профилактике, лечению и уходу при туберкулезе и ВИЧ-инфекции, которые должны быть ориентированы на пациента и предоставляться в одном ЛПУ, если это возможно, так как это способствует повышению как доступности лечения, так и уровня приверженности этому лечению (65).

Обучение. Медработники, а также общественные работники здравоохранения, которые обслуживают ключевые группы населения, должны получить специальную подготовку, чтобы обеспечить качественную помощь при лечении ТБ и ВИЧ-инфекции среди людей из ключевых групп населения. Персонал, в том числе персонал пенитенциарных учреждений, также должен знать, как защитить себя от профессионального заражения ВИЧ и ТБ (65).

Инфекционный контроль в отношении ТБ. Во всех медицинских учреждениях и других местах скопления людей должен быть план инфекционного контроля туберкулеза (предпочтительно в виде одного из элементов общего плана инфекционного контроля), поддерживаемый всеми заинтересованными сторонами. Этот план должен включать в себя различные общие и индивидуальные меры защиты, направленные на мониторинг и снижение передачи туберкулеза среди персонала (65).

Основные услуги по лечению ТБ должны быть доступными и предоставляться с учетом конкретных потребностей ключевых групп населения (65).

Дополнительная литература

- WHO, UNODC, UNAIDS. Policy guidelines for collaborative TB and HIV services for injecting and other drug users – an integrated approach. Geneva, WHO, 2008. http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596930_eng.pdf
- Политика ВОЗ в отношении сотрудничества в области ТБ/ВИЧ: руководящие принципы для национальных программ и других заинтересованных сторон. Женева, ВОЗ, 2012 г. http://arvt.ru/sites/default/files/WHO_HIV_TB_2012.pdf
- Руководящие принципы для интенсивного выявления туберкулеза и профилактической терапии изониазидом у людей, живущих с ВИЧ, в условиях нехватки ресурсов. Женева, ВОЗ, 2011 г. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789244500705_rus.pdf?ua=1

4.5.2 Вирусный гепатит

Исходные данные и обоснование

Комплексный подход к борьбе с вирусным гепатитом среди ключевых групп населения включает следующие элементы: профилактика, скрининг, вакцинация против гепатита В, а также организация лечения и ухода.

Вирусные гепатиты В и С чаще поражают людей из ключевых групп населения в результате передачи инфекции половым путем и совместного использования шприцев, игл и вспомогательного инъекционного инструментария. По оценкам, 240 миллионов жителей Земли хронически инфицированы вирусом гепатита В и 150-170 миллионов – вирусом гепатита С. Люди, употребляющие инъекционные наркотики, составляют примерно 1,1 миллионов из числа людей, инфицированных ВГВ, и 10 миллионов из числа людей, инфицированных ВГС⁴.

Согласно оценкам, во всем мире из 35 миллионов человек, живущих с ВИЧ, от хронического гепатита В стра-

⁴ См. Hepatitis B, Fact sheet N° 204 Geneva, WHO, 2014 (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/>) и Hepatitis C, Fact sheet N°164 Geneva, WHO, 2014 (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/en/>)

дает 5-20%, а от хронического гепатита С – 5-15%. Бремя сочетанной инфекции является наибольшим в странах с низким и средним уровнем дохода, особенно в Юго-Восточной Азии, и – применительно к гепатиту – в странах Африки южнее Сахары. У ВИЧ-инфицированных лиц, которые также инфицированы ВГВ или ВГС, заболевания печени прогрессируют быстрее и показатели смертности выше, чем среди ВИЧ-отрицательных лиц, страдающих от гепатита В или С.

В пенитенциарных учреждениях уровень распространенности ВГС является даже более высоким, чем уровень распространенности ВИЧ, и во многих странах наблюдается ассоциация между инфекциями, вызванными ВГС, и пребыванием в местах заключения (146, 147, 148, 149, 150).

Комплексный подход к борьбе с вирусным гепатитом среди ключевых групп населения включает следующие элементы: профилактика, скрининг, вакцинация против гепатита В, а также организация лечения и ухода для людей с коинфекцией ВИЧ и ВГВ и/или ВГС (4).

Профилактика гепатита В и С

Основными путями передачи вирусного гепатита являются нестерильные медицинские инъекции или другие медицинские процедуры, переливание зараженной крови, незащищенные половые контакты и небезопасные инъекции наркотиков (39, 61, 149, 151, 152, 153). Гепатит С редко передается в результате гетеросексуальных контактов. За последнее десятилетие было зарегистрировано несколько вспышек гепатита С (предположительно в результате половых контактов) среди ВИЧ-положительных мужчин, имеющих секс с мужчинами. Кроме того, были зарегистрированы аналогичные случаи передачи гепатита С среди ВИЧ-отрицательных мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами и делающих небезопасные инъекции наркотиков (154).

Поскольку пути передачи вирусного гепатита во многом совпадают с путями передачи ВИЧ, многие меры, которые предотвращают передачу ВИЧ, также предотвращают передачу ВГВ и ВГС. В число таких мер входят следующие: правильное и постоянное использование презервативов; организация программ распространения игл и шприцев и программ ОЗТ; использование стерильных методов нанесения татуировок; вакцинация против гепатита В.

Вакцина против гепатита В

Вакцина против гепатита В является безопасной, эффективной и довольно недорогой. В большинстве стран проводятся программы вакцинации против гепатита В в целевых группах и среди населения в целом, включая программы, направленные на грудных детей, программы дополнительной иммунизации и программы вакцинации людей, относящихся к группам риска. Группы риска включают следующие категории: лица, употребляющие инъекционные наркотики; мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами; сексуальные партнеры людей, живущих с ВИЧ; заключенные; ряд других групп, таких как реципиенты крови и ее компонентов и медицинские работники. К 2012 г. в 181 стране прививки против гепатита В были включены в национальные программы вакцинопрофилактики и стали неотъемлемой частью иммунизации грудных детей на национальном уровне (155). По оценкам, на глобальном уровне 79% из когорты детей, родившихся в 2012 г., получили три дозы вакцины против гепатита В (156). Значение национальной программы вакцинации против гепатита В заключается в том, что такая вакцинация групп высокого риска станет со временем менее важным элементом профилактической работы, так как все большее и большее число людей получают такую прививку в грудном возрасте, что обеспечивает их защиту от этой болезни (39).

Вакцины против гепатита С пока что не существует, что свидетельствует о необходимости активизировать усилия по профилактике передачи вируса гепатита С среди ключевых групп населения (39).

Лечение гепатита В и С

Большое значение имеет правильное ведение пациентов с коинфекцией ВИЧ и ВГВ и/или ВГС. Коинфекция ВИЧ и ВГС ускоряет прогрессирование связанного с ВГС фиброза печени и приводит к росту таких показателей, как частота заболеваний печени в терминальной стадии и летальные исходы (121, 151, 157).

Ключевые группы населения должны иметь такой же доступ к услугам, относящимся к профилактике, скринингу и лечению гепатитов В и С, как и другие группы населения, подверженные риску ВИЧ-инфицирования или живущие с ВИЧ.

Рекомендации и руководящие принципы

ВСЕ КЛЮЧЕВЫЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ

Гепатит В

- В тех местах, где иммунизация грудных детей против гепатита В не является полной, необходимо внедрить стратегии дополнительной иммунизации (3, 10, 32).
- Людям из ключевых групп населения с коинфекцией ВИЧ/ВГВ, страдающим тяжелым хроническим заболеванием печени, следует предложить АРТ на основе тенофовира (ТДФ) и ламивудина (ЗТС) (или эмтрицитабина (ЕТС)), независимо от числа CD4 или клинической стадии болезни по классификации ВОЗ (*сильная рекомендация, низкое качество доказательств*) (4).⁵

Гепатит С

- Серологическое тестирование на ВГС должно быть предложено лицам из групп с высокой распространенностью гепатита С или лицам с отягощенным анамнезом (например, в результате рискованного поведения) (*сильная рекомендация, среднее качество доказательств*) (158).
- Оценку уровня употребления алкоголя рекомендуется проводить у всех лиц с гепатитом С – с последующим предложением поведенческого вмешательства с целью сокращения употребления алкоголя для тех лиц, уровень потребления которых варьируется от умеренного до высокого (*сильная рекомендация, среднее качество доказательств*) (158).
- Оценку целесообразности противовирусного лечения рекомендуется проводить у всех людей с хроническим гепатитом С, в том числе у людей, употребляющих инъекционные наркотики (*сильная рекомендация, среднее качество доказательств*) (158).
- Кроме того, имеется ряд рекомендаций по диагностике и схемам противовирусной терапии гепатита С (158).

Дополнительное замечание

- ВОЗ разрабатывает клиническое руководство по стратегиям лечения гепатита В и стратегиям скрининга гепатита В и С. Это руководство должно быть доступно для пользователей в начале 2015 г.
- В руководстве ВОЗ по гепатиту С приведены подробные рекомендации по лечению и уходу (158).
- Среди определенных групп населения, таких как потребители инъекционных наркотиков, имеется ряд проблем, связанных с диагностикой и лечением активной ВГС-инфекции, особенно в ситуациях с ограниченной доступностью методов анализа на антитела к ВГС и методов определения РНК, средств диагностики для стадирования заболевания печени и возможностей для лечения ВГС-инфекции. За пациентами, получающими АРВ-препараты и препараты для лечения гепатита С, нужно установить тщательный мониторинг с целью своевременного выявления возможных лекарственных взаимодействий с другими препаратами (158, 159).

⁵ Имеющиеся данные о благоприятном соотношении риск/польза применительно к назначению АРТ всем пациентам с коинфекцией ВИЧ/ВГВ с числом клеток CD4 более 500 клеток/мм³ или независимо от числа клеток CD4 или клинической стадии болезни по классификации ВОЗ являются недостаточными. Поэтому проведение АРТ независимо от количества клеток CD4 рекомендуется только для людей с признаками тяжелой хронической болезни печени, которые подвергаются наибольшей опасности прогрессирования заболевания и смерти от болезни печени. Лицам без признаков тяжелой хронической болезни печени АРТ назначается на основе принципов и рекомендаций, предназначенных для других категорий взрослых людей.

Дополнительные рекомендации для отдельных ключевых групп и вопросы их реализации в конкретных условиях

ЛЮДИ, УПОТРЕБЛЯЮЩИЕ ИНЪЕКЦИОННЫЕ НАРКОТИКИ

В дополнение к комплексному пакету мероприятий (9 видов) по снижению вреда среди ЛУИН (8), включающему в первую очередь ПИШ и ОЗТ, другие конкретные рекомендации включают следующие:

- людям, употребляющим инъекционные наркотики, следует предложить пройти вакцинацию против гепатита В по ускоренной схеме (см. дополнение) (39);
- программы распространения игл и шприцев также должны предлагать клиентам шприцы с малым мертвым объемом (39);
- проведение профилактических мероприятий по принципу “равный-равному” для снижения передачи вирусного гепатита среди людей, употребляющих инъекционные наркотики (39).

Важно также учитывать следующее:

- При использовании ускоренной вакцинации дозы вакцины против гепатита В должны быть более высокими.⁶
- В отсутствие возможностей для ускоренной вакцинации, пациентам должна быть предложена стандартная схема вакцинации.
- И при стандартной, и при ускоренной схеме вакцинации введение первой дозы является самым важным моментом.
- Для снижения риска передачи вирусных гепатитов в рамках ПИШ также следует предусмотреть предоставление ряда других инъекционных принадлежностей, включая спиртовые тампоны, ампулы стерильной воды, фильтры, турникеты и смесительные емкости, учитывая при этом местные особенности и потребности.

ЛЮДИ, НАХОДЯЩИЕСЯ В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ И ЗАКРЫТЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

- Очень важно, чтобы всем заключенным были предложены услуги вакцинации против гепатита В (50, 60).
- Очень важно, чтобы вскоре после поступления в пенитенциарное учреждение заключенным было предложено пройти добровольное тестирование на гепатит С и В, с последующей оценкой соответствия критериям назначения лечения гепатита С и предоставления такого лечения в соответствии с существующими рекомендациями ВОЗ. Для ВИЧ-инфицированных заключенных также должны быть предоставлены услуги по лечению и уходу при ВИЧ-инфекции. Меры по снижению вреда также должны быть предложены всем заключенным.

Вопросы реализации рекомендаций

Упущенные возможности. Возможности для вакцинации людей, употребляющих инъекционные наркотики, часто могут быть потеряны по причине плохого доступа к услугам вакцинации или нежелания таких людей пройти вакцинацию (160). Предоставление стимулов для людей, употребляющих инъекционные наркотики, и обеспечение удобного для них доступа может помочь повысить число людей, начинающих и завершающих

⁶ При стандартной схеме вакцинации грудных детей и невакцинированных взрослых прививки делают в нулевой, первый и шестой месяц, а при ускоренной схеме – в первый, седьмой и двадцать первый день (39).

курс вакцинации против гепатита В (87, 152). Однако даже частичная иммунизация обеспечивает некоторую иммунную защиту (89). Решение о том, предлагать ли пациентам те или иные стимулы или нет, зависит от местной приемлемости таких стимулов и наличия ресурсов (161).

Снижение иммунитета. У людей с недостаточно леченной ВИЧ-инфекцией или с хроническим гепатитом С возможно снижен иммунитет. Таким образом, они могут получить больше пользы от стандартной схемы вакцинопрофилактики гепатита В, чем от экспресс-терапии (39).

Дополнительная литература

- *Hepatitis B, Fact sheet N° 204*. Geneva, WHO, 2014. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/>
- *Hepatitis C, Fact sheet N°164*. Geneva, WHO, 2014. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/en/>
- *Guidelines for the screening, care and treatment of persons with hepatitis C infection*. Geneva, WHO, 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/111747/1/9789241548755_eng.pdf
- *Guidance on prevention of viral hepatitis B and C among people who inject drugs*. Geneva, WHO, 2012. http://www.who.int/iris/bitstream/10665/75357/1/9789241504041_eng.pdf

4.5.3 Охрана психического здоровья

Исходные данные и обоснование

Люди, живущие с ВИЧ, в том числе из ключевых групп населения, и их семьи и обслуживающие их работники могут иметь широкий спектр потребностей в области охраны психического здоровья. Наиболее распространенные сопутствующие психические нарушения включают депрессию и беспокойство. Деменция и другие когнитивные расстройства также ассоциируются с длительным течением ВИЧ-инфекции. В учреждениях по оказанию помощи ВИЧ-инфицированным имеются хорошие возможности для выявления и лечения психических расстройств у людей, живущих с ВИЧ, включая ранее существующие проблемы психического здоровья.

Люди из ключевых групп населения

могут столкнуться с двойным бременем, которое включает проблемы психического здоровья, связанные с ВИЧ-инфекцией, а также маргинализацию, дискриминацию и стигматизацию.

Помимо большей подверженности риску ВИЧ-инфицирования, у ключевых групп населения наблюдаются более высокие уровни распространенности депрессии, тревоги, курения, злоупотребления алкоголем и алкогольной зависимости, употребления других психоактивных веществ и самоубийств, что обусловлено такими факторами, как хронический стресс, социальная изоляция, насилие и выпадение из систем медицинского и социального обслуживания (3).

Исследования показывают, что психические расстройства у людей, живущих с ВИЧ, могут стать причиной задержки с началом лечения, слабой приверженности лечению и плохих результатов лечения (162). Наличие у ЛЖВ того или иного психического нарушения часто связано с такими проблемами, как забывчивость, неорганизованность, слабая мотивация и непонимание планов лечения, что может оказать негативное влияние на соблюдение режима лечения. Социально-психологическая поддержка, консультирование, соответствующие лекарственные терапии и другие меры, такие как использование алгоритмов ведения пациентов, могут помочь улучшить показатели приверженности АРТ и удержания пациентов в системе помощи (4). В подготовленном Программой действий ВОЗ по ликвидации пробелов в области охраны психического здоровья (mhGAP) руководстве по оказанию помощи при психических и неврологических нарушениях и нарушениях, обусловленных употреблением психоактивных средств, в рамках неспециализированных медицинских учреждений

Исследования показывают, что психические расстройства у людей, живущих с ВИЧ, могут стать причиной задержки с началом лечения, слабой приверженности лечению и плохих результатов лечения (162). Наличие у ЛЖВ того или иного психического нарушения часто связано с такими проблемами, как забывчивость, неорганизованность, слабая мотивация и непонимание планов лечения, что может оказать негативное влияние на соблюдение режима лечения. Социально-психологическая поддержка, консультирование, соответствующие лекарственные терапии и другие меры, такие как использование алгоритмов ведения пациентов, могут помочь улучшить показатели приверженности АРТ и удержания пациентов в системе помощи (4). В подготовленном Программой действий ВОЗ по ликвидации пробелов в области охраны психического здоровья (mhGAP) руководстве по оказанию помощи при психических и неврологических нарушениях и нарушениях, обусловленных употреблением психоактивных средств, в рамках неспециализированных медицинских учреждений

даны рекомендации, касающиеся общих услуг по охране психического здоровья, которые могут иметь отношение к людям, живущим с ВИЧ, включая людей из ключевых групп населения (4, 46).

Подростки из ключевых групп населения. Сопутствующие психические заболевания среди подростков вызывают особую обеспокоенность. Самоубийство является одной из ведущих причин смерти подростков во всем мире; униполярные депрессивные расстройства и самоповреждения являются основными причинами потерь лет жизни, скорректированных с учетом нетрудоспособности (DALYs), в возрасте 10-19 лет (163). Подростки из ключевых групп населения могут испытывать такие проблемы, как социальная изоляция, преследования и дискриминация, которые могут усилить их подверженность психическим нарушениям, эмоциональному стрессу и самостигматизации.

Рекомендации и руководящие принципы

ВСЕ КЛЮЧЕВЫЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ

ВИЧ-позитивные люди из ключевых групп населения должны быть охвачены услугами скрининга и лечения по поводу психических расстройств (особенно таких, как депрессия и психосоциальный стресс) в целях оптимизации результатов для здоровья и повышения приверженности к АРТ. В зависимости от ситуации предоставляемые услуги могут варьироваться от консультирования по поводу ВИЧ-инфекции и депрессии до соответствующего медикаментозного лечения (4).

Дополнительные рекомендации для отдельных ключевых групп и вопросы их реализации в конкретных условиях

ПОДРОСТКИ ИЗ КЛЮЧЕВЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

Создание групп взаимной поддержки и безопасных пространств может помочь улучшить ситуацию с самооценкой и самостигматизацией. Кроме того, такие услуги, как индивидуальное и семейное консультирование, могут способствовать устранению или сокращению проблем с психическим здоровьем среди подростков из ключевых групп населения. Конструктивное участие родителей или опекунов может быть полезным подходом, особенно для подростков, которые требуют постоянного лечения и ухода. Однако прежде чем привлекать родителей или опекунов, очень важно получить соответствующее согласие подростка (86).

Вопросы реализации рекомендаций

Интегрированные и комплексные услуги обеспечивают возможность для предоставления ориентированных на пациента услуг по профилактике, уходу и лечению для ключевых групп населения, характеризующихся большим числом эмоциональных и психических проблем. Кроме того, организация комплексных услуг способствует улучшению связей между различными поставщиками услуг, работающими с ключевыми группами населения, и, таким образом, способствует улучшению качества предоставляемых услуг (39).

Дополнительная литература

- *mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings.* Geneva, WHO, 2011. http://www.who.int/mental_health/publications/mhGAP_intervention_guide/en/

4.6 Общий уход

4.6.1 Питание

Исходные данные и обоснование

Сотрудничество между программами по ВИЧ-инфекции и существующими национальными программами продовольственной помощи является необходимым и вполне возможным.

Низкокалорийный рацион питания в сочетании с повышенными энергетическими потребностями организма вследствие ВИЧ-инфекции и ВИЧ-ассоциированных инфекций или нарушений может обусловить индуцированную ВИЧ-инфекцией потерю массы тела и истощение организма. Кроме того, нарушение метаболизма, снижение аппетита и рост диарейных заболеваний могут снизить уровни поступления нутриентов и их усвоения, а также стать причиной потерь питательных

веществ (164). Эти эффекты могут быть увеличены в условиях малообеспеченности и отсутствия продовольственной безопасности, которые характерны для многих ключевых групп населения. В свою очередь, плохое питание может ускорить прогрессирование ВИЧ-инфекции; низкий индекс массы тела (ИМТ) у взрослых (ИМТ менее 18,5 кг/м²) является независимым фактором риска прогрессирования ВИЧ-инфекции и смертности (4).

Сотрудничество между программами по ВИЧ-инфекции и существующими национальными программами продовольственной помощи является необходимым (и возможным) для достижения оптимальных результатов в отношении охраны здоровья людей в условиях отсутствия продовольственной безопасности. Следует уделять должное внимание вопросам оказания продовольственной помощи тем ВИЧ-инфицированным людям из ключевых групп населения, которые живут в условиях отсутствия продовольственной безопасности (4). АРТ в сочетании с нутритивной поддержкой могут способствовать более быстрому восстановлению здоровья.

В стадии разработки В настоящее время ВОЗ разрабатывает рекомендации по оказанию нутритивной помощи и поддержки подросткам и взрослым, живущим с ВИЧ.

Дополнительные рекомендации для отдельных ключевых групп и вопросы их реализации в конкретных условиях

ЛЮДИ, НАХОДЯЩИЕСЯ В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ И ЗАКРЫТЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Недостаточное питание является одной из основных проблем для многих заключенных и может оказать существенное влияние на людей, живущих с ВИЧ или туберкулезом, ставя под угрозу и результаты лечения и приверженность лечению. Меры охраны и укрепления здоровья людей в пенитенциарных и закрытых учреждениях должны включать предоставление адекватного питания, включая доступ к безопасной питьевой воде и пищевым добавкам (11).

4.6.2 Охрана сексуального и репродуктивного здоровья

Медицинские работники часто упускают из виду важность вопросов охраны сексуального и репродуктивного здоровья людей, живущих с ВИЧ.

Люди из ключевых групп населения, в том числе люди, живущие с ВИЧ, должны быть в состоянии вести полноценную и приятную половую жизнь и иметь доступ к широкому кругу репродуктивных возможностей. Женщины из ключевых групп населения должны иметь те же права в области репродуктивного здоровья, как и все другие женщины. Очень важно, чтобы они имели доступ к услугам планирования семьи и другим услугам в области охраны репродуктивного здоровья, в том числе в таких областях, как профилактика,

скрининг и лечение рака половых органов (32). Для многих женщин из ключевых групп населения к числу их важнейших проблем, помимо ВИЧ-инфекции и ИППП, также относятся вопросы репродуктивного здоровья. Однако медицинские работники часто упускают из виду важность вопросов охраны сексуального и репродуктивного здоровья людей, живущих с ВИЧ.

4.6.2.1 Профилактика, скрининг и лечение инфекций, передаваемых половым путем

Исходные данные и обоснование

Во всем мире ИППП являются одной из основных причин острых заболеваний, бесплодия, длительной инвалидности и летальных исходов. Ряд ИППП могут способствовать передаче ВИЧ-инфекции половым путем (165). ИППП, особенно когда они связаны с генитальными язвами, повышают восприимчивость мужчин и женщин к ВИЧ-инфекции. Кроме того, острые ИППП являются важным маркером небезопасного сексуального поведения и риска передачи ВИЧ. Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами, секс-работники и трансгендерные лица часто подвергаются повышенному риску ИППП.

Таким образом, предоставление людям из ключевых групп населения лечебных услуг по поводу ИППП на основе существующих рекомендаций ВОЗ имеет очень большое значение (138). В отсутствие возможностей для лабораторных исследований может быть использован подход, основанный на синдромной диагностике. Тестирование и лечение всегда должны проводиться добровольно и без принуждения. Поскольку в большинстве случаев ИППП протекают бессимптомно, особенно у женщин, программы скрининга ИППП должны быть широко доступны для ключевых групп населения.

Полное обновление руководства ВОЗ по ИППП проводится в настоящее время и эта работа должна быть завершена к концу 2014 г.

В стадии
разработки

Услуги в области скрининга, диагностики и лечения ИППП должны предоставляться на постоянной основе в рамках оказания ключевым группам населения комплексной лечебно-профилактической и медико-социальной помощи в связи с ВИЧ-инфекцией (4).

Рекомендации и руководящие принципы

ВСЕ КЛЮЧЕВЫЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ

- Скрининг, диагностика и лечение ИППП являются важнейшими частями комплексной борьбы с ВИЧ-инфекцией и все ключевые группы населения должны иметь широкий доступ к таким услугам (4). Тактика ведения больных ИППП должна соответствовать существующим рекомендациям ВОЗ и быть адаптирована к национальным условиям (166). Кроме того, медицинская помощь по поводу ИППП должна быть конфиденциальной и оказываться без принуждения, а пациенты должны дать информированное согласие на лечение (32, 166).
- Кроме того, рекомендуется периодический скрининг бессимптомных инфекций среди людей из ключевых групп населения (*условная рекомендация, низкое качество доказательств*) (4, 10).
- В отсутствие возможностей для лабораторного исследования при ведении симптоматических пациентов может быть использован подход, основанный на синдромной диагностике – в соответствии с национальными рекомендациями по ведению ИППП (166).

Дополнительные рекомендации для отдельных ключевых групп и вопросы их реализации в конкретных условиях

ЛЮДИ, УПОТРЕБЛЯЮЩИЕ ИНЪЕКЦИОННЫЕ НАРКОТИКИ

Медицинские работники должны не только осознавать, что люди, употребляющие инъекционные наркотики, могут нуждаться в услугах по профилактике и лечению ИППП, но и предлагать такие услуги. Люди, употребляющие инъекционные наркотики, также могут быть секс-работниками, а мужчины, употребляющие инъекционные наркотики, могут заниматься сексом с мужчинами, и, таким образом, подвергаться более высокому риску ИППП (153, 167).

СЕКС-РАБОТНИКИ

- Мы рекомендуем, чтобы в условиях высокой распространенности ИППП и ограниченности клинических услуг работницам секс-бизнеса предлагалось периодически проходить презумптивное лечение ИППП (*условная рекомендация, среднее или высокое качество доказательств*). (Примечание: определение термина «презумптивное лечение» приведено в терминологическом глоссарии)
- Периодическое презумптивное лечение должно осуществляться только в качестве бесплатной, добровольной, конфиденциальной и краткосрочной меры в рамках комплексных услуг по охране сексуального здоровья и в период дальнейшего развития служб по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции и ИППП в районах с высокой распространенностью ИППП, например, когда распространенность инфекций, вызванных *N. gonorrhoea* и/или *C. trachomatis*, превышает 15% (10).

ТРАНСГЕНДЕРЫ

При предоставлении услуг здравоохранения медицинские работники должны хорошо понимать и учитывать особые потребности трансгендеров. В частности, обследование половых органов и сбор образцов могут быть связаны с физическим или психологическим дискомфортом, независимо от того, подвергся ли данный пациент реконструктивной хирургии половых органов или нет (32).

Вопросы реализации рекомендаций

Возможные стратегии для повышения показателей скрининга на ИППП и лечения выявленных заболеваний включают следующие (3):

- Основные услуги по лечению ИППП должны быть доступны для ключевых групп населения и предоставляться с учетом их конкретных потребностей.
- В условиях, когда ключевые группы населения в значительной степени маргинализированы, следует рассмотреть возможность организации ряда конкретных и целенаправленных услуг, включая аутрич-услуги и обучение и поддержку по принципу “равный-равному”, например, в рамках групп взаимной поддержки.
- Следует создать эффективную систему направления пациентов в соответствующие службы здравоохранения, а программы скрининга и тестирования следует интегрировать с другими службами, куда обращаются ключевые группы населения.
- Службы диагностики и лечения ИППП должны быть расположены рядом со службами по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции, используемыми ключевыми группами населения.

Услуги по тестированию на ИППП и лечению ИППП в пенитенциарных и закрытых учреждениях должны быть добровольными и конфиденциальными и предоставляться только при наличии информированного согласия пациента. Если адекватная помощь и уход не могут быть предоставлены в условиях пенитенциарного учреждения, заключенные должны иметь возможность получить соответствующие медицинские услуги в рамках общей системы здравоохранения (11).

Дополнительная литература

- *Guidelines for the management of sexually transmitted infections*. Geneva, WHO, 2004. <http://www.who.int/hiv/pub/sti/pub6/en/>
- *Training modules for the syndromic management of sexually transmitted infections*. Geneva, WHO, 2007. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241593407/en/index.html>
- WHO, UNFPA, UNAIDS, NSWP, World Bank. *Implementing comprehensive HIV/STI programmes with sex workers: practical approaches from collaborative interventions*. Geneva, WHO, 2013. http://www.who.int/hiv/pub/sti/sex_worker_implementation/en/

4.6.2.2 Контрацептивные услуги

Исходные данные и обоснование

Важно, чтобы медицинские работники настоятельно рекомендовали своим пациентам использовать двойную защиту.

Контрацепция является тем видом медицинских услуг, которому часто не уделяется достаточного внимания при оказании помощи ключевым группам населения (32). Важно, чтобы медицинские работники настоятельно рекомендовали всем людям, подвергающимся значительному риску инфицирования, двойную защиту от риска – либо в виде сочетанного использования презервативов и других методов контрацепции, либо путем последовательного и правильного использования только презервативов (122).

Полное обновление руководства ВОЗ по контрацепции проводится в настоящее время и обновленное руководство будет доступно к концу 2014 г.

Люди из ключевых групп населения, в том числе люди, живущие с ВИЧ, должны быть в состоянии вести полноценную и приятную половую жизнь и иметь доступ к ряду репродуктивных возможностей (32, 122).

Рекомендации и руководящие принципы

ВСЕ КЛЮЧЕВЫЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ

Очень важно, чтобы контрацептивные услуги для всех женщин из ключевых групп населения и для трансгендерных мужчин были бесплатными, добровольными и непринудительными.

Дополнительные рекомендации для отдельных ключевых групп и вопросы их реализации в конкретных условиях

СЕКС-РАБОТНИКИ

Женщинам, подвергающимся повышенному риску ВИЧ-инфицирования, в том числе секс-работницам, начинающим или уже использующим гормональную контрацепцию, следует настоятельно рекомендовать всегда пользоваться презервативами (мужскими или женскими) и другими мерами профилактики ВИЧ-инфицирования, так как имеются данные (хотя и не подтвержденные) о том, что женщины, использующие инъекционные гестагенные контрацептивы, возможно подвергаются повышенному риску заражения ВИЧ (4, 168).

Дополнительное замечание

Секс-работницам следует предлагать консультирование по методам контрацепции и рекомендовать постоянно использовать контрацептивные средства, обеспечивающие двойную защиту. В ходе консультирования также нужно выяснить, не планируют ли они завести ребенка, и при необходимости дать им соответствующие рекомендации.

ЛЮДИ, УПОТРЕБЛЯЮЩИЕ ИНЪЕКЦИОННЫЕ НАРКОТИКИ

Важно обеспечить, чтобы медицинские работники, оказывающие помощь женщинам, употребляющим наркотики, предлагали им средства контрацепции, в том числе гормональной, которая должна быть частью стандартного пакета медицинских услуг.

ЛЮДИ, НАХОДЯЩИЕСЯ В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ И ЗАКРЫТЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Важно обеспечить, чтобы тюремные медицинские службы предлагали услуги контрацепции женщинам-заключенным (9, 169, 170, 171, 172).

ТРАНСГЕНДЕРЫ

- **Трансгендерных женщин**, использующих оральные контрацептивы для феминизации организма, следует проинформировать о повышенном риске тромбообразования при использовании этинилэстрадиола (в сравнении с 17-бета-эстрадиолом).
- **Трансгендерным мужчинам**, имеющим половые контакты с мужчинами, следует предлагать методы контрацепции, которые не приводят к нежелательной феминизации.

ПОДРОСТКИ ИЗ КЛЮЧЕВЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

- Рекомендуется, чтобы услуги по охране сексуального и репродуктивного здоровья, включая информацию и услуги по контрацепции, предоставлялись подросткам без необходимости получения разрешения от родителей и опекунов (или их уведомления) в целях более эффективного удовлетворения потребностей подростков в информации и услугах в этой области (173).
- В наилучших интересах подростков медицинским службам, возможно, потребуются сделать упор на удовлетворении насущных потребностей подростков в услугах здравоохранения, одновременно прилагая усилия для своевременного выявления любых признаков уязвимости и эксплуатации подростков или жестокого обращения с ними. Соответствующее и конфиденциальное направление подростков по их просьбе в другие учреждения здравоохранения может стать хорошей возможностью для установления контактов с другими службами и секторами и получения от них соответствующей поддержки (73).

Дополнительная литература

- *Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: guidance and recommendations.* Geneva, WHO, 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102539/1/9789241506748_eng.pdf
- *Medical eligibility criteria for contraceptive use: Fourth edition.* [Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции.] Четвертое издание. (на англ. яз.). Geneva, WHO, 2010. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563888_eng.pdf

В настоящее время ведется работа по подготовке следующего выпуска этой публикации (выпуск 2015 г.).

4.6.2.3 Безопасный аборт и медицинская помощь после аборта

Законы и услуги, относящиеся к прерыванию беременности, должны защищать здоровье и права всех женщин, в том числе женщин из ключевых групп населения.

Дополнительные рекомендации для отдельных ключевых групп и вопросы их реализации в конкретных условиях

ВСЕ ЖЕНЩИНЫ ИЗ КЛЮЧЕВЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

- В странах, где аборт является законным, важно обеспечить легкий доступ к медицинским учреждениям, использующим методы безопасного аборта.
- В странах, где аборты запрещены, небезопасные аборты могут быть широко распространены и представлять серьезную опасность для здоровья женщин. Женщин из ключевых групп населения следует проинформировать об этих рисках (174).
- Важнейшим условием для минимизации заболеваемости и смертности является доступность соответствующей медицинской помощи после аборта.

ПОДРОСТКИ ИЗ КЛЮЧЕВЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

Беременные подростки могут воздерживаться от обращения в медицинское учреждение, если они считают, что для прерывания беременности им нужно будет получить разрешение от родителей или опекунов, а это может увеличить вероятность того, что они обратятся за помощью к людям, которые не способны провести безопасный аборт (174).

Вопросы реализации рекомендаций

Услуги по безопасному прерыванию беременности. В полной мере, разрешенной законом, услуги по безопасному прерыванию беременности должны быть легко доступными для всех. Это означает, такие услуги должны быть доступны на уровне первичной медицинской помощи в сочетании с системами направления пациентов на более высокий уровень оказания помощи, когда это необходимо.

Дополнительная литература

- *Безопасный аборт: рекомендации для систем здравоохранения по вопросам политики и практики.* Женева, ВОЗ, 2013 г. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/19/9789244548431_rus.pdf?ua=1

4.6.2.4 Скрининг и лечение рака шейки матки

Задачи системы скрининга и лечения рака шейки матки включают выявление рака шейки матки или изменений в шейке матки, которые являются предшественниками цервикального рака, и обеспечение адекватного лечения. Женщины, живущие с ВИЧ, подвергаются повышенному риску инфицирования вирусом папилломы человека (ВПЧ) и связанных с этим вирусом опухолей, включая цервикальную интраэпителиальную неоплазию (ЦИН) класса 2 или 3 и инвазивный рак шейки матки (175). Согласно имеющимся данным, распространенность ВПЧ и ЦИН увеличивается при усилении иммуносупрессии (176, 177).

Всем женщинам из ключевых групп населения и, при необходимости, трансгендерным мужчинам нужно предложить пройти цервикальный скрининг, как это указано в руководстве ВОЗ 2013 г. по цервикальному скринингу (178).

Дополнительные рекомендации для отдельных ключевых групп и вопросы их реализации в конкретных условиях

ВСЕ ЖЕНЩИНЫ ИЗ КЛЮЧЕВЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

В районах с высоким уровнем распространения ВИЧ-инфекции сексуально активным девушкам и женщинам следует предлагать услуги скрининга на рак шейки матки, как только был получен положительный результат тестирования на ВИЧ (178).

ТРАНСГЕНДЕРЫ

Конкретные услуги, необходимые для трансгендерных мужчин (178):

- Трансгендерные мужчины, которые сохранили женские гениталии, часто в недостаточной степени охвачены услугами цервикального скрининга и другими услугами по охране сексуального здоровья, так как они могут либо не обращаться за такими услугами, либо не иметь права на их получение. Поэтому они подвергаются повышенному риску развития патологии яичников, матки и шейки матки.
- После тотальной гистерэктомии – если в анамнезе имеется дисплазия шейки матки тяжелой степени и/или рак шейки матки – тест Папаниколау (ПАП-тест) целесообразно проводить ежегодно в течение трех лет (при нормальных результатах теста), а затем каждые два-три года.
- В случаях, когда яичники удалены, а матка и шейка матки сохранены, следует соблюдать общие рекомендации ВОЗ по цервикальному скринингу. В отсутствие генитальной сексуальной активности проведение такого скрининга может быть отложено на более поздний срок. При проведении скринингового обследования следует проинформировать патологоанатома о текущем или предшествующем использовании тестостерона, так как атрофия шейки матки может напоминать дисплазию.

ПОДРОСТКИ ИЗ КЛЮЧЕВЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

- Вакцинация против ВПЧ не заменяет скрининга рака шейки матки.
- В странах, где внедрена вакцина против ВПЧ, программы скрининга возможно, должны быть разработаны или усилены (179).
- Согласно рекомендации ВОЗ целевой группой для вакцинации против ВПЧ являются девочки в возрасте 9–13 лет, которые еще не стали сексуально активными, включая девочек, живущих с ВИЧ (179).

4.6.2.5 Скрининг анального рака

Риск развития анального рака у ЛЖВ по крайней мере в 20 раз выше, чем у ВИЧ-негативных людей (180). Как и рак шейки матки, рак анального канала ассоциируется с вирусом папилломы человека (ВПЧ). Скрининг может быть выполнен с целью выявления анального рака и его предшественников, известных как сквамозные интраэпителиальные поражения (СИП) анального канала высокой степени – особенно для мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, трансгендерных лиц и других людей из ключевых групп населения, которые могут заниматься анальным сексом.

Дополнительная литература

- *WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention*. Geneva, WHO, 2013. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en/

4.6.2.6 Зачатие и беременность

Очень важно, чтобы все женщины из ключевых групп населения имели такой же уровень поддержки и доступа к услугам, относящимся к зачатию и сохранению беременности, как и женщины из других групп, как это указано в соответствующем руководстве ВОЗ.

Дополнительные рекомендации для отдельных ключевых групп и вопросы их реализации в конкретных условиях

ВСЕ ЖЕНЩИНЫ ИЗ КЛЮЧЕВЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

- В случае беременности все ВИЧ-инфицированные женщины из ключевых групп населения (включая девушек-подростков), должны получать надлежащее лечение и уход в связи с ВИЧ-инфекцией для предотвращения передачи ВИЧ от матери ребенку – в соответствии с рекомендациями ВОЗ (4).
- Женщинам, живущим с ВИЧ, и женщинам, поддерживающим серодискордантные отношения и желающим иметь детей, должны быть предоставлены информация и поддержка, чтобы помочь им забеременеть с обеспечением максимально возможной безопасности.
- Многие женщины из ключевых групп населения, особенно девушки-подростки, не имеют адекватного доступа к дородовой помощи, обращаются за медицинской помощью на поздних сроках беременности, а также имеют меньший доступ к услугам по ППМР (смотрите раздел 4.4.2).

ОСНОВНЫЕ СПОСОБСТВУЮЩИЕ ФАКТОРЫ

5

5.1	Законодательство и политика	90
5.1.1	Правовые барьеры	90
5.1.2	Способствующие факторы	90
5.2	Стигматизация и дискриминация	96
5.2.1	Барьеры	96
5.2.2	Способствующие факторы	96
5.3	Расширение прав и возможностей местных сообществ	100
5.3.1	Барьеры	100
5.3.2	Способствующие факторы	101
5.4	Насилие	106
5.4.1	Барьеры	106
5.4.2	Способствующие факторы	107

5 ОСНОВНЫЕ СПОСОБСТВУЮЩИЕ ФАКТОРЫ

Распространению ВИЧ-инфекции среди населения – особенно среди ключевых групп – по-прежнему способствуют такие социально-структурные факторы, как стигма и дискриминация, гендерное неравенство, насилие, недостаточный уровень прав и возможностей местных сообществ, нарушения прав человека, а также законы и стратегии, криминализирующие употребление наркотиков и различные формы гендерной идентичности и сексуальности. Эти факторы ограничивают доступ к услугам по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции, затрудняют предоставление таких услуг и снижают их эффективность.

Таким образом, очень важно понимать те различные политические, географические и социальные условия, в которых живут ключевые группы населения и в которых они получают услуги по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции. Кроме того, нужно учитывать, что ключевые группы населения являются неоднородными и что в эффективных программах борьбы с ВИЧ-инфекцией это разнообразие должно быть в полной мере учтено.

Несмотря на такие проблемы, как маргинализация, криминализация форм поведения некоторых ключевых групп населения и (в некоторых случаях) прямые нарушения прав человека, можно и нужно оказывать услуги по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции, используя при этом такие подходы, которые обеспечивают безопасность и благополучие как людей из ключевых групп населения, так и поставщиков услуг. Медицинские работники имеют этическое обязательство оказывать лечебно-профилактическую помощь всем людям на основе принципов беспристрастности и справедливости. Программы и страны могут обеспечить конфиденциальность услуг, облегчить для людей из ключевых групп населения доступ к основным услугам здравоохранения, улучшить качество медицинской помощи, обеспечить соответствующие подготовку и информирование медицинских работников, а также снизить уровни стигматизации и дискриминации. В той степени, в которой это позволяют соображения безопасности, людей из ключевых групп населения следует поощрять принимать участие в разработке и реализации мер по профилактике и борьбе с ВИЧ-инфекцией. Несмотря на законодательные ограничения люди из ключевых групп населения в большинстве стран продолжают находить способы объединения в рамках ассоциаций, чтобы оказывать поддержку друг другу. Кроме того, связь с ними может быть установлена через Интернет и в рамках региональных сетей.

Включение услуг по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции и других смежных услуг здравоохранения в сферу деятельности служб первичной медико-санитарной помощи может способствовать более широкой и справедливой доступности таких услуг для ключевых групп населения. Для повышения эффективности услуг по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции на уровне первичной медико-санитарной помощи, необходимо, чтобы работники здравоохранения имели более глубокие знания о гендерной идентичности людей и о разнообразии форм сексуального поведения и гендерной идентичности, а также о различных формах употребления наркотиков и наркозависимости, и о том, как адаптировать оказываемые медицинские услуги с учетом конкретных условий и потребностей. Сектор здравоохранения может принять действенные меры к тому, чтобы изменить отношение и поведение медицинских работников с целью снижения стигматизации и дискриминации, особенно, в связи с такими явлениями, как гомофобия, трансфобия, секс-работа и употребление наркотиков. Для эффективного оказания услуг ключевым группам населения, необходимо, чтобы медработники были обеспечены необходимыми ресурсами, программами обучения и механизмами поддержки. В то же время, работники здравоохранения должны привлекаться к ответственности в случаях, когда их действия не отвечают стандартам, основанным на профессиональной этике и на соблюдении принципов прав человека, согласованных на международном уровне (1). Мониторинг и оценка нужны для обеспечения как должного технического качества и результативности услуг, так и доброжелательного отношения к клиентам, от чего во многом зависит приемлемость оказываемых услуг для людей из ключевых групп населения.

В контексте данного документа термин **«основные способствующие факторы»** означает комплекс стратегий, мероприятий и подходов, направленных на повышение доступности, приемлемости, качества, эффективности, результативности и использования услуг по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции, а также на обеспечение справедливого охвата такими услугами. Способствующие факторы действуют на многих уровнях – индивидуальном, общинном, институциональном, социальном, национальном, региональном и глобальном. Эти факторы имеют решающее значение для успешной реализации комплексных программ по противодействию ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения во всех эпидемиологических ситуациях. Обеспечение основных способствующих факторов позволяет преодолеть основные барьеры для повышения использования услуг, включая следующие: социальная изоляция и маргинализация, криминализация, стигматизация и социальная несправедливость. В отсутствие эффективной работы в этой области такие барьеры могут оказать негативное влияние на качество и объем услуг по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции, особенно среди ключевых групп населения (2).

Барьеры и основные способствующие факторы, которые рассматриваются в этой главе, относятся и к взрослым, и к подросткам из ключевых групп населения. Для подростков из ключевых групп населения, эти факторы могут быть еще более усугублены из-за их быстрого физического и умственного развития и сложных психологических и социально-экономических уязвимостей. Кроме того, для подростков из ключевых групп населения получение соответствующих услуг затруднено из-за ряда социально-структурных барьеров, включая структурно-правовые барьеры, такие как возрастные ограничения или возраст согласия (например, на получение определенных услуг). Люди из ближайшего окружения людей из ключевых групп населения, в том числе их партнеры и дети, также могут испытывать стигму и дискриминацию и, следовательно, сталкиваться с теми же трудностями при получении соответствующих услуг. Поэтому очень важно, чтобы такие лица также были охвачены услугами по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции.

Для создания **основных способствующих факторов** требуется сотрудничество целого ряда различных секторов.

Сектор здравоохранения играет важную роль в противодействии ВИЧ-инфекции, но для создания основных способствующих факторов требуется сотрудничество секторов, работающих в таких областях, как здравоохранение, правосудие, жилищное и социальное обеспечение и трудоустройство.

Для этого также необходимо сотрудничество целого ряда партнеров из государственных структур, организаций гражданского общества и частного сектора. Полное вовлечение ключевых групп населения и людей, живущих с ВИЧ, также имеет решающее значение (3, 4).

В этой главе дается описание ряда барьеров, затрудняющих доступ ключевых групп населения к соответствующим и качественным услугам по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции, важнейших факторов, помогающих преодолеть эти барьеры (как показано на рис. 5.1), а также ряда рекомендаций по передовой практике. Эти рекомендации по передовой практике основаны на более ранних документах ВОЗ, посвященных ключевым группам населения. Хотя эти барьеры и способствующие факторы и являются взаимосвязанными, мы сделали попытку обсудить каждый из них в отдельности.

Рис. 5.1 Основные способствующие факторы для ключевых групп населения



5.1 Законодательство и политика

5.1.1 Правовые барьеры

Шестьдесят процентов стран сообщили о наличии законов, нормативов или правил, которые являются барьером для предоставления эффективных услуг по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции ключевым группам населения и уязвимым группам (5). В частности, в более чем 100 странах криминализованы некоторые или все виды секс-работы. По крайней мере, в 76 странах криминализованы сексуальные отношения между людьми одного пола. Более того, в некоторых странах применяется такая мера наказания за нарушение таких законов, как смертная казнь.

Трансгендеры являются юридически непризнанной группой во многих странах (5) и они сталкиваются с ограничительной политикой в вопросах, относящихся к выражению их гендерной идентичности. Во многих странах законы в отношении наркотиков предусматривают суровые наказания за владение небольшим количеством наркотиков для личного использования, а в ряде случаев такие законы предусматривают принудительное содержание под стражей в качестве «лечения» для людей, которые употребляют инъекционные или иные наркотики (5). Во многих пенитенциарных и закрытых учреждениях, услуги по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции либо низкого качества, либо полностью отсутствуют (6).

Хотя законы и варьируются, во многих странах подростки до 18 лет юридически классифицируются как несовершеннолетние, и, следовательно, для оказания им медицинской помощи, в том числе в связи с ВИЧ-инфекцией, требуется согласие родителей. Такие законы и политика могут быть барьерами для доступа к медицинской помощи или служат причиной, из-за которой подростки не обращаются за медицинской помощью (7). Эти ограничения могут создавать сложные дилеммы для поставщиков услуг, которые стремятся действовать в интересах своих клиентов, но которые могут иметь опасения по поводу как собственной правовой ответственности, так и безопасности их молодых клиентов.

5.1.2 Основные способствующие факторы

Обзор законодательства и политики

Законы и политика могут помочь обеспечить защиту прав человека для ключевых групп населения – как для людей, живущих с ВИЧ, так и для людей, подверженных риску ВИЧ-инфицирования. Правовые реформы, такие как декриминализация употребления наркотиков и нестандартных форм сексуального поведения, юридическое признание статуса трансгендеров, и снижение возраста согласия, а также рассмотрение возможности введения исключений в стандартные нормы в отношении возраста согласия (например, в случае зрелых несовершеннолетних), являются важнейшими факторами, с помощью которых враждебная среда для ключевых групп населения может быть превращена в благоприятную среду (8). Особое внимание должно быть уделено включению таких правовых реформ в рамки любого пересмотра стратегий или программ, предназначенных для ключевых групп населения. Например, во многих странах владение, использование и продажа чистых игл и шприцев или презервативов продолжает оставаться достаточным основанием для ареста. Если это верно для вашей страны, то такая практика нуждается в пересмотре.

Декриминализация форм поведения ключевых групп населения

Имеющиеся препятствия для получения основных медицинских услуг нельзя устранить **без защитной политики** и декриминализации форм поведения ключевых групп населения.

Для поддержки здоровья и благополучия ключевых групп населения, чье сексуальное поведение, употребление наркотиков, гендерное самовыражение или предполагаемая сексуальная ориентация в настоящее время криминализованы, возможно, нужно изменить законодательство и принять новые стратегии и защитные законы в соответствии с международными стандартами в области прав че-

ловека. Имеющиеся препятствия для получения основных медицинских услуг нельзя устранить без защитной политики и декриминализации форм поведения ключевых групп населения, так как в противном случае мно-

гие члены ключевых групп населения будут опасаться, что обращение за медицинской помощью повлечет за собой неблагоприятные правовые последствия (9).

Организаторам здравоохранения и государственным деятелям (при конструктивном участии представителей ключевых групп населения) следует рассмотреть и, в случае необходимости, скорректировать законы, правовую политику и практические подходы, с тем чтобы поддержать деятельность по расширению доступа ключевых групп населения к медицинской помощи (10, 11, 13).

Рекомендации по передовой практике применительно к декриминализации

ВСЕ КЛЮЧЕВЫЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ

Страны должны работать в направлении декриминализации таких форм поведения, как употребление наркотиков (в том числе инъекционных), секс-работа, гомосексуальные отношения и нестандартные проявления гендерной идентичности, а также ликвидации несправедливого применения гражданских законов и норм в отношении людей, употребляющих наркотики (в том числе инъекционные), работников коммерческого секса, мужчин, которые имеют секс с мужчинами, и трансгендеров (10, 11, 12, 13, 14).

МУЖЧИНЫ, ИМЕЮЩИЕ СЕКС С МУЖЧИНАМИ (МСМ)

Странам следует разрабатывать стратегии и законы, направленные на декриминализацию гомосексуальных отношений (11).

ЛЮДИ, УПОТРЕБЛЯЮЩИЕ НАРКОТИКИ, В ТОМ ЧИСЛЕ ИНЪЕКЦИОННЫЕ

- Странам следует разрабатывать стратегии и законы, направленные на декриминализацию употребления инъекционных и других наркотиков и, тем самым, уменьшить число людей, осужденных на лишение свободы.
- Странам следует разрабатывать стратегии и законы, направленные на декриминализацию использования чистых игл и шприцев (и на разрешение проведения ПИШ) и на легализацию ОЗТ для людей с опиоидной зависимостью.
- Странам следует запретить принудительное лечение людей, которые употребляют наркотики, в том числе инъекционные (12, 13, 14).

СЕКС-РАБОТНИКИ

- Странам следует разрабатывать стратегии и законы, направленные на декриминализацию секс-работы и устранение несправедливого применения неуголовных законов и положений в отношении секс-работников.
- Правоохранительным органам и полиции следует отказаться от практики, когда владение презервативами используется в качестве доказательства секс-работы и основания для ареста (10).

ТРАНСГЕНДЕРЫ

- Странам следует разрабатывать стратегии и законы, направленные на декриминализацию гомосексуальных отношений и нетрадиционных форм гендерной идентичности.
- Странам следует приложить усилия для того, чтобы обеспечить юридическое признание трансгендеров, как представителей «третьего» пола (11).

Рекомендации по передовой практике применительно к политике и законам в отношении возраста согласия

ПОДРОСТКИ ИЗ КЛЮЧЕВЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

- Странам предлагается рассмотреть нынешнее законодательство относительно возраста согласия и рассмотреть вопрос о его пересмотре в сторону уменьшения возрастных барьеров для получения услуг, относящихся к ВИЧ-инфекции, а также расширить возможности поставщиков услуг действовать в наилучших интересах подростков (7).
- Рекомендуются, чтобы услуги по охране сексуального и репродуктивного здоровья, включая информацию и услуги по контрацепции, предоставлялись подросткам без получения разрешения от родителей и опекунов (или их уведомления) (15).

Пример из практики Португалии: декриминализация употребления наркотиков

Программа: GIRUBarcelos, APDES, Португалия

Веб-сайт: <http://www.apdes.pt/en/>

По состоянию на 2012 г., в 21 стране мира были приняты меры по декриминализации употребления и владения наркотиков (16). Например, Португалия изменила свое законодательство в этой области в 2001 г. В новом законодательстве владение контролируемых наркотиков относится к категории “административных правонарушений”, и теперь людей, которые были задержаны с наркотиками для личного пользования, направляют в “совет по предотвращению наркомании”, а не в органы, где они могут подлежать уголовному преследованию и возможному лишению свободы. В независимом исследовании (17), посвященном изучению результатов изменения законодательства, было выявлено следующее:

- Число потребителей наркотиков, получающих лечение, увеличилось с 23 654 в 1998 г. до 38 532 в 2008 г.
- В период с 2000 по 2008 гг. ежегодное число новых случаев ВИЧ-инфекции среди потребителей наркотиков снизилось (по-видимому, благодаря расширению услуг по снижению вреда) с 907 до 267.
- Вопреки прогнозам, какого-либо значительного повышения потребления наркотиков не произошло; вместо этого, данные указывают на снижение проблемного употребления наркотиков, вреда, связанного с наркотиками, и проблемы переполненности в системе уголовного правосудия.

Общественные организации продолжают иметь важнейшее значение для преодоления стигмы и дискриминации и улучшения доступа уязвимых групп населения к услугам. Организация Agência Piaget para o Desenvolvimento (APDES), основанная в 2004 г., работает с уязвимыми людьми и общинами с целью расширения их доступа к медицинской помощи, трудоустройству и образованию, стремясь расширить возможности этих групп населения и укрепить социальную сплоченность в целом. В ее рамках действует многопрофильная аутрич-команда GIRUBarcelos, которая, главным образом, занимается оказанием помощи секс-работникам и людям, употребляющим героин и кокаин, в северной Португалии, концентрируя свои усилия на снижение вреда. Деятельность этой команды способствовала сокращению дискриминации в отношении людей, употребляющих наркотики – главным образом, благодаря регулярным встречам, усилиям по установлению связей между общинами и поставщиками услуг, дебатам и регулярным радиопередачам местной радиостанции под названием “Беседы GIRU”. Наличие в составе команды неформального учителя по вопросам здоровья и постоянное участие людей, употребляющих инъекционные наркотики, являются важнейшими элементами деятельности аутрич-команды GIRUBarcelos и они считаются необходимым условием ее успеха.

Решение других вопросов политики, относящихся к ключевым группам населения

Наряду с усилиями в области декриминализации, есть и другие изменения в политике, которые могут позволить людям из ключевых групп населения осуществлять свои права человека, включая право на здоровье. Ряд нынешних норм и положений ограничивают доступ людей из ключевых групп населения к системе правосудия и к услугам здравоохранения. Ключевые соображения и рекомендации по этому вопросу включают следующие:

Трансгендеры должны быть признаны законом. Для трансгендерных людей юридическое признание предпочитаемой гендерной идентичности и нового имени может иметь важное значение в плане снижения стигмы, дискриминации и неинформированности относительно разнообразия гендерных идентичностей. Такое признание со стороны медицинских служб может содействовать улучшению показателей доступности, использования и предоставления услуг по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции (17).

Пример из практики Уругвая: национальный диалог поддерживает изменение законодательства

В 2010 г. Программа развития Организации Объединенных Наций (ПРООН) объявила о создании Глобальной комиссии по ВИЧ и законодательству, задача которой заключается в разработке научно-обоснованных и практических рекомендаций по методам борьбы с ВИЧ-инфекцией, которые бы обеспечивали защиту прав людей, живущих с ВИЧ, и людей, подвергающихся повышенному риску ВИЧ-инфицирования (<http://www.hivlawcommission.org>). Работа Комиссии направлена на увеличение количества конструктивных диалогов между гражданским обществом и правительственными структурами по вопросам, связанным с ВИЧ-инфекцией и законодательством, с тем чтобы выйти за рамки выявления проблем и приступить к разработке практических решений и обмену такими решениями.

В Уругвае национальная межотраслевая комиссия по этому вопросу была организована совместно Министерством здравоохранения, Министерством социального развития, профсоюзными организациями, Национальным советом по ВИЧ/СПИДУ (CONASIDA), Федерацией по разнообразию проявлений сексуальности и парламентским комиссаром по пенитенциарным учреждениям. Эта комиссия призвала к национальному диалогу по ВИЧ-инфекции и правам человека с целью гармонизации и совершенствования национального законодательства, касающегося борьбы с ВИЧ-инфекцией. Реализуемая при активной поддержке со стороны Регионального бюро ПРООН, ЮНФПА и ЮНЭЙДС, эта двухмесячная инициатива дала возможность людям, живущим с ВИЧ, и людям, уязвимым к ВИЧ-инфекции, представить фактические данные по вопросам, которые ранее не могли быть обсуждены из-за ограничительных правовых условий. Частные лица и организации гражданского общества представили информацию о примерно 30 случаях нарушения прав человека. Заинтересованные стороны, в частности организации гражданского общества, оказали техническую поддержку в анализе и представлении таких относящихся к ВИЧ вопросов, как: сексуальная ориентация и гендерная идентичность; дискриминация в области предоставления медицинских услуг, занятости и образования; секс-работа; жестокое обращение полицейских; доступ к лечению; интеллектуальная собственность; права людей, живущих с ВИЧ.

Этот национальный диалог способствовал продолжающейся работе по разработке нового всеобъемлющего законодательства по ВИЧ-инфекции. В заключительном докладе о диалоге, который был представлен парламенту в мае 2014 г., показаны пробелы в законодательстве, законы, затрудняющие эффективную борьбу с ВИЧ-инфекцией, и примеры слабой реализации законов, которые могли бы способствовать повышению эффективности такой борьбы. Кроме того, в этом докладе были отмечены передовые подходы и практики и приведены рекомендации по улучшению ситуации с точки зрения соблюдения прав человека. Главной движущей силой этого диалога были организации гражданского общества и организованные группы лесбиянок, геев, бисексуалов и трансгендеров – наряду с совместными усилиями и партнерским сотрудничеством учреждений ООН, государственных органов и научных кругов.

CONASIDA-СММ (Национальный совет по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом, выполняющий функции национального координационного механизма) будет отвечать за реализацию основных рекомендаций, выработанных в ходе диалога, и поддержку работы в рамках проекта, посвященного разработке закона по ВИЧ-инфекции. Кроме того, недавно созданный Национальный институт по правам человека в Уругвае, также принявший участие в диалоге, обязался оказывать поддержку продвижению обновленных законов и осуществлять мониторинг их реализации.

Для ключевых групп населения следует улучшить доступ к правосудию и правовой поддержке.

Законы и положения, криминализирующие и наказывающие формы поведения ключевых групп населения, затрудняют для них возможность получения соответствующих услуг в области правосудия. Необходимо внедрить политику и процедуры для обеспечения того, чтобы люди из ключевых групп населения могли сообщать о нарушениях их прав, например, таких как дискриминация, насилие по признаку пола, притеснения со стороны полицейских, нарушения правил информированного согласия, нарушения врачебной тайны и отказ от предоставления медицинских услуг. Создание механизмов сообщения о случаях нарушения прав человека – помимо сообщения через полицию – будет способствовать более полной регистрации таких случаев. Например, некоторые люди из ключевых групп населения могут быть обучены выполнять функции помощников юристов, а организация, которая работает с ключевыми группами населения, может выполнять функции третьей стороны, подающей жалобу.

Нужно улучшить политику, касающуюся доступа к услугам здравоохранения и к соответствующей информации.

Обеспечение того, чтобы люди из ключевых групп населения были осведомлены о своих юридических правах и правах человека, и, в частности, об их праве на здоровье, может расширить их доступ к медицинским услугам. Поскольку ключевые группы риска часто становятся объектом эксплуатации, маргинализации, криминализации, стигматизации и дискриминации, особенно необходимы программы, которые проинформируют ключевые группы населения об их законных правах и правах человека, в том числе о соответствующих защитных законах, а также о том, где и как можно получить юридические услуги и сообщить о нарушениях прав человека. Повысить уровень осведомленности среди этих групп можно с помощью таких мер, как повышение грамотности в вопросах здоровья, половое (сексуальное) просвещение и проведение программ поддержки (18). Будучи лучше информированными, ключевые группы населения могут стать более организованными для того, чтобы отстаивать свои права и повысить уровень осведомленности о своих правах и потребностях, а также о политике и правовых вопросах, оказывающих большое влияние на степень удовлетворения этих потребностей (10, 19, 20).

Кроме того, страны могут пересмотреть законы, которые наказывают лиц, оказывающих медицинскую помощь ключевым группам населения (например, законы, согласно которым владение аутрич-работниками презервативами или чистыми иглами и шприцами в процессе их распространения среди ключевых групп населения является правонарушением).

Правоохранительные органы могут играть важную роль в обеспечении соблюдения прав человека в отношении людей из ключевых групп населения. Работники полиции должны регулярно проходить обучение о том, как они могут поддерживать – или, по крайней мере, не ограничивать – доступ ключевых групп населения к основным медицинским услугам. В частности, им не следует делать следующее: арестовывать людей, покидающих наркологические диспансеры или центры; конфисковывать лекарства, используемые при лечении наркозависимости; следить за центрами снижения вреда; использовать факт владения чистыми иглами и презервативами в качестве основания для ареста. Внедрение систем, способствующих продвижению передового опыта работы правоохранительных органов и обеспечивающих безопасные пути сообщения о случаях нарушения прав человека, поможет создать условия для того, чтобы полиция могла обеспечивать защиту как общественного здоровья, так и прав человека всех граждан. Обеспечение того, чтобы медицинские карты и записи были всегда конфиденциальными – это одна из тех мер, которые медицинские работники могут предпринять для увеличения доверия между медицинскими учреждениями и ключевыми группами населения.

Рекомендации по передовой практике в отношении других вопросов политики

ВСЕ КЛЮЧЕВЫЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ

- Странам следует приложить усилия для создания альтернативных мер построения отношений с потребителями наркотиков, секс-работниками и людьми, имеющими гомосексуальные контакты, которые не должны быть связаны с лишением свободы (12).
- Рекомендуется отменить требования о необходимости получения разрешения третьей стороны, в том числе требования о необходимости получения разрешения от супруга, применительно к женщинам, получающим контрацептивы и соответствующие услуги, включая информацию и советы (15).

Дополнительное замечание: В странах следует обеспечить политическую приверженность работе в этом направлении, например, в виде адекватного объема инвестиций в информационно-пропагандистскую деятельность и в программы и медицинские службы, оказывающие помощь ключевым группам населения в области профилактики и лечения ВИЧ-инфекции.

ЛЮДИ, НАХОДЯЩИЕСЯ В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ И ЗАКРЫТЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

- В процессе разработки стратегий решения задач и проблем, связанных с ключевыми группами населения, без применения мер лишения свободы, могут быть поставлены цели по сокращению общей проблемы, связанной с переполненностью тюрем и других пенитенциарных учреждений (12).

СЕКС-РАБОТНИКИ

- Правоохранительным органам следует отказаться от практики, когда владение презервативами используется в качестве доказательства секс-работы и может служить основанием для ареста секс-работников (10).
- Необходимо принять меры по устранению практики, когда полиция арестовывает и задерживает секс-работников без уважительной причины, а также случаев вымогательства со стороны полицейских (10).

ТРАНСГЕНДЕРЫ

- Странам следует приложить усилия для того, чтобы обеспечить юридическое признание трансгендеров, как представителей «третьего» пола (11).

Пример из практики Индонезии: поддерживающая терапия метадонном в условиях тюрьмы

Australia Indonesia Partnership for HIV (AIPH) – HIV Cooperation Program for Indonesia (HCPI) [Австралийско-индонезийское партнерство по противодействию ВИЧ-инфекции (AIPH) – Программа сотрудничества по противодействию ВИЧ-инфекции в Индонезии (HCPI)]

Пилотное тестирование поддерживающей терапии метадонном (ПТМ) среди контингента заключенных, употребляющих инъекционные наркотики, было проведено в Керабоканской (Kerobokan) тюрьме, Бали, в 2005 г. после того, как работники этого пенитенциарного учреждения посетили австралийские тюрьмы, в которых реализуются программы ПТМ. Достижения пилотного проекта в Керабоканской тюрьме включают следующие:

- Организация комплексных услуг по снижению вреда (в том числе ПТМ) и высокий уровень участия заключенных с опиоидной зависимостью;
- Расширение масштабов ПТМ, и программ обучения и ухода, поддержки и лечения в 11 других тюрьмах, следственных изоляторах и службах условно-досрочного освобождения. При этом Керабоканская тюрьма обеспечивает непрерывное наставничество для многих из этих объектов;
- Высокий уровень интеграции с другими службами первичного здравоохранения Бали, что способствует плавному переходу пациентов от программ ПТМ в пенитенциарном учреждении к программам ПТМ на уровне первичного здравоохранения (и наоборот), а также их раннему или постоянному доступу к лечению ВИЧ-инфекции.

Кроме того, во многих пенитенциарных учреждениях внедрены эффективные программы ДКТ на ВИЧ и лечения ВИЧ-инфекции.

Более 90% заключенных высокого риска прошли тестирование на ВИЧ, и высокая доля заключенных с положительным результатом теста уже получает АРТ.

В 2013 г. в рамках развертывания этой инициативы Министерство здравоохранения и Генеральный директорат по исполнению наказаний подписали меморандум о взаимопонимании, согласно которому Минздрав будет полностью покрывать затраты пенитенциарных учреждений, связанные с закупкой метадона. HCPI продолжает оказывать учебно-методическую помощь и ограниченную финансовую поддержку этой программе.

5.2 Стигматизация и дискриминация

5.2.1 Барьеры

Люди из ключевых групп населения особенно часто подвергаются стигматизации, дискриминации и негативному отношению, связанному с их поведением, со стороны родственников, общин и работников здравоохранения (в двойной степени, если они также являются ВИЧ-инфицированными). Такие явления широко распространены во многих медицинских учреждениях и правоохранительных органах. Ввиду отсутствия национальных законов и политики по противодействию дискриминации, эта практика является как бы молчаливо одобренной. Последствия такой стигматизации и дискриминации в отношении ключевых групп населения применительно к ВИЧ-инфекции включают следующие: задержки с тестированием на ВИЧ, сокрытие положительного ВИЧ-статуса и низкий уровень использования услуг по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции (27, 22, 23, 24, 25). Это может подорвать усилия национальных программ здравоохранения, направленных на охват людей услугами по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции и на то, чтобы удержать их в системе медицинской помощи как можно дольше (26, 27).

В рамках сектора здравоохранения стигматизация и дискриминация могут принимать различные формы на индивидуальном и на системном уровнях. Отсутствие учебных и образовательных программ, направленных на информирование медицинских работников о потребностях ключевых групп населения (в том числе в сфере здравоохранения), а также о стратегиях и мерах, предназначенных для этих групп, также усугубляет проблему маргинализации. Из-за отсутствия надлежащей подготовки поставщики услуг плохо осведомлены о том,

как нужно удовлетворять медико-санитарные потребности этих групп. Это также увековечивает стигматизирующие и дискриминирующие практики, вплоть до отказа предоставлять услуги таким группам населения.

5.2.2 Способствующие факторы

Усилия по снижению стигмы и дискриминации на национальном уровне, такие как содействие борьбе с дискриминацией и принятие защитных мер для всех ключевых групп населения, могут способствовать созданию благоприятных условий, особенно в системе медико-санитарной помощи и системе правосудия (20). Любые меры и стратегии наиболее эффективны, когда они направлены на одновременное устранение индивидуальных, организационных, общественных и общеполитических факторов, которые прямо или косвенно способствуют стигматизации и дискриминации (28). В рамках программ – как внутри, так и за пределами сектора здравоохранения – следует внедрить политику и кодексы поведения, противодействующие стигматизации и дискриминации. Мониторинг и контроль необходимы для обеспечения того, чтобы соответствующие стандарты были действительно внедрены и чтобы было обеспечено их соблюдение. Кроме того, для ключевых групп населения должны быть доступны механизмы анонимного сообщения о тех случаях, когда при обращении за медицинской помощью они сталкиваются с проявлениями стигматизации и/или дискриминации.

Рекомендации по передовой практике в отношении осуществления и обеспечения соблюдения законов и политики, направленных на борьбу с дискриминацией и стигматизацией и на защиту всех граждан

ВСЕ КЛЮЧЕВЫЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ

- Странам следует прилагать усилия для реализации и обеспечения соблюдения антидискриминационных и защитных законов, основанных на уважении прав человека и направленных на устранение стигматизации, дискриминации и насилия в отношении людей из ключевых групп населения.
- При проведении любых мер, направленных на мониторинг ситуации со стигматизацией, на противодействие дискриминации в отношении ключевых групп населения или на коррекцию карательных правовых и социальных норм, лицам, определяющим политику, парламентариям и руководителям служб общественного здравоохранения следует сотрудничать с организациями гражданского общества (3, 10, 11, 12, 13, 19).

Предоставление услуг, дружелюбных к ключевым группам населения

Медицинские услуги должны иметься в наличии и быть доступными и приемлемыми для ключевых групп населения, а при их оказании нужно учитывать конкретные потребности этих групп (20). При оказании услуг ключевым группам населения, включая подростков, следует основываться на принципах дружелюбного отношения к этим группам, уделяя особое внимание таким аспектам, как доступность услуг и улучшение знаний, навыков и отношений соответствующих медицинских работников (7).

Подходы к созданию услуг, дружелюбных к ключевым группам населения, включают в себя следующие элементы:

- предоставление интегрированных услуг здравоохранения путем объединения различных услуг в одном месте и обучения медицинских работников методам оказания смежных медицинских услуг (например, предоставление АРВ-препаратов в наркологических центрах);
- организация графика работы медицинских учреждений таким образом, чтобы их услуги были регулярными, надежными и удобными (в том числе по времени приема пациентов) для целевых групп населения;
- стратегически правильное размещение пунктов оказания услуг, то есть они должны быть расположены вблизи мест частого или периодического пребывания членов ключевых групп населения;

- вовлечение членов ключевых групп населения в развитие, продвижение и оказание медицинских услуг, а также в процессы мониторинга и оценки;
- обучение персонала методам работы с различными ключевыми группами населения;
- принятие мер для обеспечения того, чтобы деятельность правоохранительных органов не препятствовала доступу клиентов к услугам по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции (11, 12, 13, 20).

Пример из практики Южной Африки: формирование более чуткого отношения к ключевым группам населения среди работников здравоохранения

Программа: Южно-Африканский национальный совет по СПИДу и Южно-Африканский департамент здравоохранения, Южная Африка

Веб-сайты: <http://www.gov.za/> и <http://www.health.gov.za/>

Дискриминация со стороны поставщиков медицинских работников по отношению к людям из ключевых групп населения и “недружественные” медицинские учреждения являются препятствием для обеспечения доступа к медицинским услугам, что оказывает негативное влияние на результаты для здоровья (29). Мультипартнерский проект в Южной Африке разработал и использует комплексный подход к информированию медицинских работников о вопросах, затрагивающих интересы ключевых групп населения, и к улучшению навыков работников общественного здравоохранения правильно взаимодействовать с людьми из ключевых групп населения (как в плане отношения к ним, так и в клиническом плане). Тренинги были проведены в рамках подготовки к внедрению и реализации национального оперативного руководства для программ противодействия ВИЧ-инфекции, ИППП и ТБ среди ключевых групп населения в Южной Африке. Полная программа обучения предусматривает и очное обучение участников, и наставничество со стороны более опытных коллег. Тридцать человек приняли участие в первом семинаре по подготовке инструкторов и затем они были направлены в местные учебные центры и медицинские учреждения. В свою очередь, в течение шести месяцев они провели аналогичные учебные семинары с участием 420 медицинских работников.

Там, где такие семинары были проведены, люди из ключевых групп населения сообщили о положительном изменении отношений работников здравоохранения. Доверие со стороны общин увеличилось, а также увеличилось использование услуг медицинских учреждений, особенно там, где вышеуказанное обучение было связано с такими формами работы, как аутрич-услуги и профилактические мероприятия, проводимые организациями гражданского общества. Намечено проведение дальнейших оценок этого проекта для сбора информации, необходимой для его дальнейшего расширения.

Обучение, информирование и улучшение отношений работников здравоохранения

Для обеспечения всеобъемлющих медицинских услуг нужно принять меры по соответствующему обучению, информированию и улучшению отношений работников в сфере здравоохранения и социальной защиты. Работа в этом направлении может принимать различные формы, включая следующие: додипломное и последипломное обучение; создание соответствующих механизмов поддержки, наставничества и надзора по месту работы; разработка и внедрение организационных норм недискриминации и открытости для всех.

Отношения. Медицинские работники, работающие со взрослыми или подростками из ключевых групп населения, должны соблюдать принципы непредвзятости, поддержки, отзывчивости и уважительного отношения и они должны понимать проблемы, которые испытывают люди из ключевых групп населения (7, 10, 11, 20).

Могут быть разработаны модели обучения персонала (с привлечением представителей ключевых групп населения), направленного на то, чтобы информировать и просвещать работников здравоохранения по вопросам, относящимся исключительно к ключевым группам населения, по недискриминационным подходам и практикам, а также по правам ключевых групп населения на здоровье, конфиденциальность, информированное согласие и медицинскую помощь без принуждения.

Навыки и умения. Важно, чтобы медицинские работники умели реагировать на конкретные потребности ключевых групп населения и предоставлять качественные услуги. Другие необходимые навыки и знания

включают следующие: осведомленность о вмешательствах, инструментах и материалах, помогающих предотвратить соответствующую информацию; умение дать рекомендации о том, как можно снизить риск заражения ВИЧ; знание того, как можно способствовать соблюдению режима лечения и удержанию пациента в системе медицинской помощи (20).

Улучшение и поддержание отношений и навыков поставщиков медицинской помощи является постоянным процессом, состоящим из таких компонентов, как формальные учебные мероприятия, разработка и внедрение должностных инструкций и стандартных операционных процедур, поддерживающий надзор, курсы повышения квалификации, наставничество. Многодисциплинарные тренинги и использование многодисциплинарных подходов могут укрепить связи с поставщиками медицинских услуг вне ЛПУ, что создает лучшие условия для своевременного направления пациентов в ЛПУ и адекватного медицинского сопровождения. Очень важно, особенно в условиях кадрового дефицита, чтобы все поставщики медицинской помощи (в том числе неформальные консультанты) прошли обучение, посвященное особым потребностям подростков, так как это увеличивает возможности перераспределения функций в случае необходимости (7).

Медицинские услуги должны иметься в наличии и быть доступными и приемлемыми для ключевых групп населения, а при их оказании нужно руководствоваться принципами медицинской этики, предотвращения стигматизации и дискриминации и уважительного отношения к правам всех людей на здоровье (3, 7, 10, 11, 12, 13, 15).

Рекомендации по хорошей практике оказания услуг, дружественных к ключевым группам населения

ВСЕ КЛЮЧЕВЫЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ

- Медицинские работники должны регулярно проходить курсы переподготовки, в том числе с целью повышения их чувствительности к потребностям ключевых групп населения, для того, чтобы они обладали навыками и знаниями, необходимыми для эффективного оказания услуг взрослым и подросткам из ключевых групп населения на основе таких принципов, как право всех людей на здоровье, конфиденциальность и недискриминация.
- Рекомендуется, приложить усилия к тому, чтобы контрацептивы были доступными для всех, включая подростков, и чтобы законодательство и политика поддерживали меры по обеспечению доступа к контрацепции для обездоленных и маргинальных групп населения (3, 7, 10, 11, 12, 13, 15).

ПОДРОСТКИ ИЗ КЛЮЧЕВЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

- Услуги для подростков из ключевых групп населения должны включать психологическую поддержку с помощью групп и сетей поддержки, чтобы помочь преодолевать такие проблемы, как самостигматизация и дискриминация. Дополнительное консультирование членов семей, в том числе родителей – в случае необходимости и по просьбе подростка – может иметь важное значение для поддержки и облегчения доступа к услугам, особенно там, где для их получения необходимо согласие родителей (7).
- Медицинские работники должны принять все меры к тому, чтобы подростки из ключевых групп населения знали свои права – на конфиденциальность, на здоровье, на защиту и на самоопределение – так, как это поможет им продвигать свои интересы и получать те виды поддержки, на которые они имеют право (7).

- Медицинские работники должны обеспечить подростков всеобъемлющим пакетом информационных и образовательных услуг, уделяя основное внимание снижению риска на основе приобретенных навыков (7).
- Услуги должны предоставляться в безопасных местах, где подростки защищены от стигматизации и дискриминации и могут свободно выражать свои опасения и где поставщики услуг хорошо осведомлены о тех возможностях и услугах, которые доступны для подростков, принимают решения подростков, а также обладают терпением, необходимым для работы с этой группой населения (7).

Пример из практики Южной Африки: расширение компетенции работников здравоохранения в вопросах медицинского обслуживания мужчин, имеющих секс с мужчинами

Программа: Health4Men, Институт здоровья Anova
Веб-сайт: www.anovahealth.co.za

Проект Health4Men посвящен удовлетворению разнообразных потребностей мужчин в области охраны сексуального здоровья — особенно уязвимых и маргинальных групп, включая мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами. Цель проекта заключается в институционализации в рамках существующих государственных ЛПУ процессов приобретения компетентности в вопросах медицинского обслуживания мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами. Процесс включает в себя следующие элементы:

- повышение чувствительности к потребностям ключевых групп населения, чтобы изменить отношение к этим группам
- медицинское образование с целью расширения знаний в этой области
- наставничество, помогающее претворять знания в умения
- оказание постоянной технической поддержки, включая такие формы, как консультирование, обучение, наставничество и предоставление соответствующих учебных материалов.

Под руководством Института здравоохранения Anova, проект Health4Men создал два центра передового опыта (в Кейптауне и Йоханнесбурге), каждый из которых поддерживается спонсорским ЛПУ. Эти ЛПУ предоставляют услуги для мужчин, имеющих секс с мужчинами, в то время как аутрич-работники побуждают МСМ обращаться в ЛПУ за медицинской помощью.

Проект Health4Men разработал инновационные учебные курсы и материалы, чтобы помочь медсестрам, консультантам и медицинским работникам более эффективно удовлетворять особые потребности МСМ, проявляя большую чувствительность, понимание и сопереживание. В партнерстве с провинциальными управлениями здравоохранения, этот проект создает, по крайней мере, один региональный центр лидерства в каждой провинции, который отвечает за развитие компетенции медицинского персонала и который является базой для деятельности наставников медсестр и аутрич-команд. По состоянию на середину 2014 г. в рамках этого проекта было обучено более 3000 медицинских работников, осуществляется наставничество над 584 клиницистами, а 53 ЛПУ в четырех провинциях повысили свою компетенцию в вопросах медицинского обслуживания мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами. К концу 2014 г. в шести провинциях будет насчитываться более 120 ЛПУ, сотрудники которых прошли такое обучение, а к концу 2015 г. число таких ЛПУ на национальном уровне превысит 160.

5.3 Расширение прав и возможностей местных сообществ

5.3.1 Барьеры

Во многих случаях люди из ключевых групп населения не могут или почти не могут контролировать факторы риска ВИЧ-инфицирования, которые во многом зависят от правовых, политических и социальных условий их жизни. Например, секс-работники часто подвергаются опасности заражения ВИЧ и другими ИППП, но их возможности убедить клиентов постоянно использовать презервативы могут быть очень ограниченными (30,

31). Отсутствие контроля усугубляется, если люди не осведомлены о доступных услугах в сфере профилактики и лечения ВИЧ-инфекции и своих законных гражданских правах, в частности, об их праве на здоровье, и о том, что нужно делать, если эти права нарушаются.

В частности, очень немногие молодые люди из ключевых групп населения получают адекватное информирование и образование по практическим вопросам сексуальной жизни. Вместо этого, они часто получают противоречивую или вводящую в заблуждение информацию о гендере, поле и сексуальности. Поэтому молодые люди подвергаются повышенному риску принуждения, жестокого обращения и эксплуатации, а также нежелательной беременности и ИППП, включая ВИЧ-инфекцию (18). Отсутствие возможностей для расширения прав и возможностей местных сообществ, а также дефицит широкой информированности и знаний ограничивает общую эффективность мер по снижению риска ВИЧ-инфицирования (10, 20).

5.3.2 Способствующие факторы

Опыт показывает, что стратегии и программы здравоохранения являются более эффективными и имеют более позитивное влияние на состояние здоровья населения, когда пострадавшие группы населения также принимают участие в их разработке (32). Расширение возможностей местных сообществ – это основополагающий принцип для всех программ и мероприятий по противодействию ВИЧ-инфекции. Расширение возможностей местных сообществ – это коллективный процесс, который позволяет ключевым группам населения прилагать конструктивные усилия для устранения структурных ограничений в отношении охраны здоровья, прав человека и благополучия, для проведения необходимых социальных, экономических и поведенческих изменений, а также для улучшения доступа к услугам здравоохранения (10). Расширение прав и возможностей местных сообществ может способствовать более широкому охвату и повышению эффективности услуг, предоставляемых ключевым группам населения (10). Усилия по расширению возможностей местных сообществ были приняты в различных условиях и сообществах, в том числе среди секс-работников (рис. 5.2).

Расширение прав и возможностей местных сообществ является одним из важнейших факторов, способствующих улучшению условий жизни ключевых групп населения, разработке стратегий вмешательства по повышению здоровья и прав этих групп и устранению нарушений прав человека в отношении людей из ключевых групп населения. Расширение возможностей местных сообществ может принимать различные формы, такие как конструктивное участие ключевых групп населения в разработке системы услуг, обучение по принципу «равный-равному», реализация программ по повышению уровня правовой грамотности и медицинского обслуживания, содействие созданию групп взаимной поддержки, а также проведение соответствующих программ и мероприятий под руководством ключевых групп населения (10, 20).

Ключевые группы населения неоднородны и мобильны. Поэтому, чтобы быть эффективными, программы должны учитывать все разнообразие правовых, политических, социальных и медицинских условий, в которых живут люди из ключевых групп населения и они должны всегда быть чувствительными к разнообразию культур (20). Гибкость, оперативность и адаптируемость программ имеют важнейшее значение для успеха инициатив по расширению прав и возможностей местных сообществ. Инициативы должны быть в состоянии развиваться и изменяться с течением времени для удовлетворения меняющихся потребностей ключевых групп населения.

Программы, возглавляемые организациями ключевых групп населения

Важно развивать и поддерживать службы, учреждения и исследования, возглавляемые организациями ключевых групп населения. Организации, коллективы и сети, возглавляемые организациями ключевых групп населения, могут играть ключевую роль в подготовке работников здравоохранения, полиции и социальных служб, в облегчении взаимодействий с ключевыми группами населения и в управлении соответствующими службами. Собственно говоря, они могут быть особенно полезными в такой области, как оказание услуг вне медицинских учреждений.

Пример из практики Мексики: повышение грамотности в вопросах здоровья среди молодых людей, употребляющих инъекционные наркотики

Программа: Programa de Política de Drogas (Espolea, A.C), Мексика
Веб-сайт: <http://www.espolea.org/>

Espolea – молодежная организация в Мехико – создала свою программу по наркополитике и снижению вреда в 2008 г. В настоящее время она предоставляет объективную информацию о наркотиках и методах снижения риска для молодых людей в возрасте 15–29 лет, как через Интернет, так и с помощью личных бесед и консультаций.

Организация установила, что информация является наиболее эффективной, когда она распространяется в местах, где молодые люди употребляют наркотики, особенно, таких как фестивали электронной танцевальной музыки, рок-концерты и культурные мероприятия. На этих мероприятиях Espolea устанавливает свой стенд, который является безопасным местом, где молодые люди могут получить информацию о наркотиках, которые они возможно употребляют. Организация также способствует проведению соответствующих семинаров в школах и в общинах с большим числом молодых людей, подвергающихся наибольшему риску.

Espolea имеет активную пропагандистскую стратегию, в частности, используя социальные медиа, включая Facebook и Twitter, а также интернет-блоги. Один из таких блогов – www.universodelasdrogas.org – служит банком данных по наркотикам и он стал основным звеном проводимой данной программой кампании по снижению вреда. Информацию для этого блога готовят сотрудники, коллеги и молодые люди. В печатных материалах излагаются факты и рекомендации, относящиеся к ночной жизни, употреблению алкоголя, рискованному сексуальному поведению, ВИЧ-инфекции, ИППП.

Рис. 5.2 Расширения прав и возможностей секс-работников на местном уровне: ключевые элементы успеха (20)

Хотя этот рисунок и относится к секс-работникам, показанные на рисунке элементы, необходимые для расширения возможностей людей на местном уровне, могут быть адаптированы и для других ключевых групп населения.



Конструктивное участие

Даже если организации ключевых групп и не возглавляют те или иные инициативы, конструктивное участие их представителей в разработке программ имеет решающее значение для обеспечения адекватности и приемлемости услуг для предполагаемых клиентов. Это также важно для построения доверительных отношений между местным сообществом и поставщиками услуг, которые, возможно, привыкли сами устанавливать как правила оказания услуг, так и характер отношений или партнерств между поставщиками услуг и клиентами (20). Конструктивное участие означает, что ключевые группы населения: (1) сами решают, будут ли они участвовать; (2) сами решают, как они будут представлены и кем; (3) сами решают, как они будут вовлечены в процесс; и (4) имеют равный голос в вопросах регулирования партнерских отношений.

Стратегии и программы здравоохранения являются более эффективными, когда пострадавшие группы населения также принимают участие в их разработке.

Конструктивное участие может означать не только получение возможности оказать влияние на процесс принятия решений, но и практическое вовлечение в предоставленные услуги. Так, например, подростки из ключевых групп населения могут быть обучены и уполномочены выполнять функции пропагандистов и неформальных учителей или наставников по вопросам здоровья среди своих свер-

стников (33). Обучение по принципу “равный-равному” является успешной стратегией для улучшения знаний молодежи о ВИЧ, а также для улучшения показателей консультирования и тестирования на ВИЧ среди молодых людей и направления выявленных лиц с ВИЧ-инфекцией в соответствующие медицинские учреждения, так как это скорее приведет к позитивным изменениям поведения, чем многие другие мероприятия. Кроме того, такая форма обучения может помочь мобилизовать местные сообщества и социальные сети (34).

Партнерские отношения имеют решающее значение, но они должны выстраиваться и поддерживаться таким образом, чтобы участвующие в них люди не подвергались никакому риску. Успех мероприятий, которые способствуют расширению участия, измеряется не только по эффективности результатов, но и по степени вовлечения ключевых групп населения и по характеру процессов и механизмов взаимодействия (35).

Группы и организации, возглавляемые ключевыми группами населения, должны играть роль важных партнеров и лидеров в проектировании, планировании, осуществлении и оценке медицинских услуг.

Рекомендации по передовой практике применительно к расширению прав и возможностей местных сообществ

ВСЕ КЛЮЧЕВЫЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ

- Программы должны реализовывать комплекс мер, направленных на расширение общих прав и возможностей ключевых групп населения (10, 11, 12, 15).
- Необходимо внедрить программы по повышению правовой грамотности ключевых групп населения и предоставлению им юридических услуг, чтобы они знали свои права и соответствующие законы, а в случаях нарушения их прав знали, как и где можно получить поддержку от системы правосудия (10, 11, 12, 15).

МУЖЧИНЫ, ИМЕЮЩИЕ СЕКС С МУЖЧИНАМИ (МСМ)

- Группы мужского здоровья и организации мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, являются важными партнерами в обеспечении комплексного обучения по вопросам половой жизни и предоставлении соответствующих услуг и поэтому их нужно активно привлекать к такой работе. Они также могут способствовать взаимодействию с членами групп нестандартной сексуальной ориентации и, тем самым, способствовать формированию более глубокого понимания их эмоциональных и социальных потребностей, а также ущерба, связанного с принятием мер по борьбе с гомофобией (17).

ЛЮДИ, УПОТРЕБЛЯЮЩИЕ НАРКОТИКИ, В ТОМ ЧИСЛЕ ИНЪЕКЦИОННЫЕ

- Расширение прав и возможностей местных сообществ и их мобилизация – это важные элементы решения проблемы, связанной со стигматизацией и маргинализацией людей, употребляющих инъекционные наркотики, в секторе здравоохранения. Вовлечение людей, употребляющих инъекционные наркотики, в процессы планирования и предоставления услуг имеет решающее значение, особенно в области обучения по принципу “равный-равному”, посвященного таким вопросам, как более безопасные инъекционные практики, методы снижения вреда, а также правовая и медицинская грамотность (25, 39).

СЕКС-РАБОТНИКИ

- Следует разработать программы обучения, направленные на то, чтобы информировать и просвещать медицинских работников по вопросам, относящимся к ключевым группам населения, например, таким как использование недискриминационных подходов и практик, а также обеспечение прав секс-работников на конфиденциальность, информированное согласие и высококачественную медицинскую помощь без принуждения (10).
- Программы должны реализовывать комплекс мер, направленных на расширение прав и возможностей секс-работников (*сильная рекомендация, очень низкое качество доказательств*) (10).
- Расширение возможностей местных сообществ является необходимым компонентом профилактической работы, направленной на секс-работников, и усилия в этой области должны быть возглавлены самими секс-работниками.

ТРАНСГЕНДЕРЫ

- Организации трансгендеров являются важными партнерами медицинских служб в такой области, как комплексное обучение по формам человеческой сексуальности и гендерного самовыражения. Они также могут способствовать улучшению взаимодействия медицинских работников с членами местных сообществ с различными формами гендерной идентичности и гендерного самовыражения, тем самым формируя среди медработников более глубокое понимание эмоциональных и социальных потребностей трансгендеров, а также повышая их осведомленность об экономических и иных потерях, связанных с отсутствием мер борьбы с трансфобией (17).

ПОДРОСТКИ ИЗ КЛЮЧЕВЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

Рекомендуется, чтобы программы сексуального образования подростков – как в школе, так и за ее пределами, были научно точными и всеобъемлющими и включали информацию о контрацепции и контрацептивах, в том числе о том, как ими пользоваться и где их можно приобрести (15).

Пример из практики Непала: конструктивное участие людей, употребляющих инъекционные наркотики

Программа: Преодоление разрыва: Программа для ключевых групп населения по вопросам здоровья и прав человека, Naya Goreto, Непал
Веб-сайт: www.nayagoreto.org.np

Учитывая тот факт, что в Непале не имеется ни конкретных законов или политики, направленных на поддержание людей, употребляющих инъекционные наркотики, ни соответствующих служб на уровне местных сообществ, организация Naya Goreto создала программу *“Преодоление разрыва: программа для ключевых групп населения по вопросам здоровья и прав человека”*. Эта программа направлена на то, чтобы в информационно-разъяснительную деятельность, относящуюся к вопросам, волнующим людей, употребляющих инъекционные наркотики, были вовлечены все заинтересованные стороны (парламентарии, сотрудники местных органов самоуправления, организаторы здравоохранения, общественные работники здравоохранения и т.д.).

Naya Goreto уделяет большое значение конструктивному участию людей, употребляющих инъекционные наркотики, на всех уровнях программы. Более 200 человек из местного сообщества были обучены возглавлять различные мероприятия, начиная от анализа ситуации до проведения информационно-разъяснительных кампаний и мониторинга реализации программ. Программа также объединила усилия различных заинтересованных сторон (бывших политиков, сотрудников местных органов самоуправления, работников общественного здравоохранения, общественных организаций и т.д.) посредством создания комитета, отстаивающего интересы здоровья и гражданских прав людей, употребляющих инъекционные наркотики. Деятельность по расширению прав и возможностей включала следующие элементы:

- проведение информационно-разъяснительных мероприятий в рамках небольших групп и инициатив, таких как встречи в местном кафе, во время которых можно в более непринужденной и непродусудительной обстановке провести конструктивное обсуждение актуальных вопросов;
- формирование общественных сетей, возглавляемых членами ключевых групп населения, таких, как сеть Лалитпура по информационно-разъяснительной деятельности, относящейся к потребителям наркотиков;
- установление контактов между людьми, употребляющими инъекционные наркотики, и экспертами и другими заинтересованными сторонами для обеспечения легкого доступа к адекватной информации о программных и бюджетных возможностях;
- стимулирование того, чтобы обученные люди из местных сообществ принимали участие в консультативных совещаниях с органами государственной власти и отстаивали на них интересы здоровья и права людей, употребляющих инъекционные наркотики.

Благодаря деятельности организации Naya Goreto между людьми, употребляющими инъекционные наркотики, были установлены надежные партнерские отношения, что способствовало формированию общего чувства солидарности, что помогает коллективно решать вопросы, непосредственно затрагивающие эту группу населения. Поэтому в настоящее время такие вопросы уже включены в ежегодные планы действий местных органов власти и организаций гражданского общества. Органы местного самоуправления предусмотрели в своих годовых бюджетах средства на просветительские программы, посвященные вопросам употребления наркотиков, которые будут проводиться под эгидой местных сообществ и в их интересах. В настоящее время в Координационном районном комитете по СПИДу выделено место для представителя местного сообщества. На уровне гражданского общества имело место увеличение позитивной осведомленности общественности – например, через национальные средства массовой информации – о вопросах, которые оказывают существенное воздействие на людей, употребляющих инъекционные наркотики.

Пример из практики: информационно-разъяснительная и направляющая деятельность силами молодежи, а также расширение прав и возможностей молодых людей из ключевых групп населения

Программа: Сеть Youth LEAD [Молодежь ВО ГЛАВЕ], программа по развитию лидерства New Gen, Азиатско-Тихоокеанский регион

Веб-сайт: <http://youth-lead.org/>

Youth LEAD представляет собой сеть молодых людей из ключевых групп населения, наиболее подверженных ВИЧ-инфекции, в 20 странах Азии и Тихого океана. В 2011 г. эта сеть организовала пятидневный курс New Gen Asia, предназначенный для молодых людей и посвященный таким вопросам, как информационно-разъяснительная работа, лидерство и расширение прав и возможностей. Курс был апробирован на Филиппинах. После проведения оценки результатов курса его структура была пересмотрена и были подготовлены соответствующие учебные материалы. В следующем году был проведен семидневный тренинг для инструкторов, в котором приняли участие 21 человек из пяти стран. Это привело к реализации программы New Gen и адаптации программы проведения национальных тренингов в Мьянме, Филиппинах и Индонезии.

В рамках программы New Gen используется целый ряд мероприятий, которые помогают молодым людям критически проанализировать то, каким образом социальные, политические и институциональные условия влияют на благополучие представителей ключевых групп населения. Участников обучают формальным навыкам информационно-разъяснительной и коммуникационной деятельности и использования данных с помощью таких методов, как формирование навыков публичных выступлений и навыков участия в мероприятиях в качестве представителей своих общин.

В целом, участники курса очень высоко оценивают программу New Gen. По мнению участников этот тренинг особенно полезен для изучения новых лидерских и пропагандистских навыков. Участникам также очень нравится методология тренинга, предусматривающая их активное и совместное вовлечение в процесс обучения. Благодаря совместному обучению у участников формируется чувство принадлежности к местному сообществу. Выпускники курса помогли создать новые общественные сети молодых людей из ключевых групп населения во многих странах — часто через социальные интернет-сети.

5.4 Насилие в отношении ключевых групп населения

5.4.1 Барьеры

Насилие в отношении людей из ключевых групп населения является одним из факторов риска ВИЧ-инфицирования (36). Такое насилие является распространенным явлением. Оно может принимать формы физического, сексуального и психологического насилия (37). Насилию способствуют такие факторы, как властный дисбаланс между мужчинами и женщинами, а также предрассудки и дискриминация в отношении лиц, которые не соответствуют традиционным представлениям о сексуальности и о гендерных нормах и идентичности. Кроме того, на уязвимость людей к насилию влияют многие структурные факторы, например, дискриминационные или суровые законы, отношения и действия полицейских, а также культурные и социальные нормы, которые как бы узаконивают стигматизацию и дискриминацию.

Женщины, особенно молодые женщины из ключевых групп населения, включая женщин, употребляющих наркотики, секс-работниц и трансгендерных женщин, подвергаются особенно высокому риску физического, сексуального, и психологического насилия (38, 39, 40). Зарегистрированные уровни насилия в отношении секс-работников и трансгендерных женщин являются высокими (41, 42, 43), но они, скорее всего, даже занижены, особенно там, где определенные типы поведения ключевых групп населения отнесены к категории уголовных преступлений.

В некоторых странах тоже возрастает насилие на почве гомофобии — по мере того, все большее число норм и законов запрещают гомосексуальные отношения и включают их в категорию уголовных преступлений (44).

Это, вероятно, увеличивает риск заражения ВИЧ среди таких людей и, следовательно, среди населения в целом (45).

5.4.2 Способствующие факторы

Усилия, направленные на искоренение насилия в отношении людей из ключевых групп населения, должны предприниматься не только сектором здравоохранения, но и другими секторами. Работая вместе, они должны создать благоприятные условия, способствующие физическому, сексуальному и эмоциональному благополучию людей из таких групп и их безопасности. Важнейшие факторы, необходимые для успеха, включают следующие: наличие механизмов для документирования и мониторинга случаев насилия; обучение людей из ключевых групп населения и других заинтересованных сторон по вопросам прав человека; укрепление ответственности работников правоохранительных органов за их действия по предотвращению и противодействию насилию и нарушениям прав человека (46).

Предотвращение насилия в отношении ключевых групп населения

Некоторые виды правоохранительной практики могут увеличить риск насилия, которому подвергаются ключевые группы населения. Более того, иногда сотрудники правоохранительных органов сами могут быть людьми, совершающими такое насилие. Работа по улучшению отношений сотрудников правоохранительных органов может включать их подготовку по вопросам гражданских прав ключевых групп населения, а также принятие мер по повышению подотчетности работников правоохранительных органов за обеспечение соблюдения законов, основанных на соблюдении прав человека (46). Усилиям по предотвращению насилия могут способствовать следующие подходы: пропаганда юридических и политических реформ, направленных на защиту прав и безопасности ключевых групп населения; повышение осведомленности о механизмах отчетности и применение дисциплинарных мер; проведение просветительских семинаров для людей, выполняющих ключевые функции в местных сообществах (должностные лица, полицейские, работники СМИ, работники здравоохранения, религиозные лидеры и т.д.); создание безопасных мест для ключевых групп населения; а также создание систем раннего предупреждения и механизмов быстрого реагирования с привлечением членов ключевых групп населения, медицинских работников и сотрудников правоохранительных органов. Вовлечение представителей местных сообществ в эти усилия также помогает создать каналы связи и сотрудничества между ключевыми группами населения, гражданскими служащими и полицией (47).

Поддержка для лиц, испытывающих насилие

Люди, пережившие сексуальное насилие, должны иметь своевременный доступ к медицинским услугам, предназначенным для жертв изнасилования, в том числе к экстренной контрацепции, постконтактной профилактике заражения ВИЧ-инфекцией и другими ИППП, иммунизации против гепатита В и психологической помощи и поддержке. Таких людей также нужно направить в соответствующие правоохранительные и юридические органы. Профилактика, лечение и уход в связи с ВИЧ-инфекцией должны включать клиническую и психосоциальную помощь и поддержку для жертв насилия – в соответствии с руководящими принципами ВОЗ по противодействию сексуальному насилию (46). Люди, пережившие сексуальное насилие, могут нуждаться в лечебной помощи по поводу телесных повреждений и в более долгосрочной помощи по поводу проблем психического здоровья. Службы здравоохранения также могут документировать судебно-медицинские доказательства, которые могут помочь людям, пострадавшим от насилия, получить доступ к правосудию. Поддерживающие услуги также включают горячие линии, где работают обученные неформальные консультанты, способные оказать психологическую поддержку, а также меры реагирования на кризисные ситуации, осуществляемые мультидисциплинарными командами, которые помогают людям, пережившим насилие, получить доступ к различным услугам и безопасным местам (10).

Другим важным направлением работы является мониторинг и документирование случаев насилия, информация о которых нужна как в качестве доказательств, используемых в ходе информационно-разъяснительной деятельности, так и для разработки и совершенствования соответствующих программ. Документирование уровня насилия, с которым сталкиваются ключевые группы населения, часто является первым шагом в повышении осведомленности людей в этой области.

Рекомендации по передовой практике в отношении сокращения насилия

ВСЕ КЛЮЧЕВЫЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ

- В партнерстве с организациями, представляющими интересы ключевых групп населения, следует принять меры по предотвращению и устранению насилия в отношении людей из ключевых групп населения. Все случаи насилия в отношении людей из ключевых групп населения следует отслеживать и регистрировать, а для обеспечения справедливости должны быть созданы соответствующие механизмы (10, 11, 12, 46).
- Медицинские и другие вспомогательные услуги должны предоставляться всем членам ключевых групп населения, которые подвергаются насилию. В частности, люди, пережившие сексуальное насилие, должны иметь своевременный доступ к всесторонним услугам, предназначенным для жертв изнасилования – в соответствии с руководящими принципами ВОЗ.
- Сотрудников правоохранительных органов и работников служб здравоохранения и социальной помощи следует научить тому, как нужно уважительно относиться к гражданским правам ключевых групп населения и защищать эти права. Кроме того, необходимо создать механизмы, обеспечивающие привлечение таких работников к ответственности, если они сами нарушают права ключевых групп населения, в том числе путем совершения насилия (10, 11, 12, 46).

ЛЮДИ, НАХОДЯЩИЕСЯ В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ И ЗАКРЫТЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

- Тюремные власти должны обеспечить надлежащее кадровое обеспечение, эффективный надзор и действующую систему дисциплинарных взысканий, а также организовать для заключенных программы образования, работы и отдыха.
- Пенитенциарные и закрытые учреждения и их персонал должны приложить усилия к тому, чтобы изменить институциональную культуру, которая допускает изнасилование и другие формы сексуального насилия. Тюремные власти должны использовать комплексные подходы к борьбе с сексуальным насилием, включающие профилактические стратегии и программы (такие, например, как просвещение заключенных и улучшение инфраструктуры в пенитенциарных учреждениях путем улучшения освещения и создания лучших условий для душа и сна), организация обучения персонала, документирование и расследование случаев насилия, дисциплинарные меры, создание системы оказания помощи жертвам насилия (например, в виде медицинских услуг и мер охраны психического здоровья) (12).

Пример из практики Индии: налаживание партнерских отношений для борьбы с насилием и для улучшения правовой грамотности

Программа: Целевой фонд укрепления здоровья в Карнатаке (КНРТ)

Веб-сайт: <http://www.khpt.org/>

Борьба с насилием в отношении секс-работников связана с трудностями и требует партнерства между организациями-единомышленниками. Целевой фонд укрепления здоровья в Карнатаке (КНРТ) занимается вопросами профилактики ВИЧ-инфекции среди секс-работников в штате Карнатака, Индия, в течение последних десяти лет. Секс-работники заявили о неотложной необходимости принятия мер по профилактике и борьбе с насилием. КНРТ провел соответствующую разъяснительную работу среди работников полиции и судебной системы и призвал их к тому, чтобы они не совершали насилие в отношении секс-работников и не оправдывали такое насилие. В партнерстве с КНРТ:

- Департамент штата по охране женщин и детей обеспечил для секс-работниц доступ к службам, оказывающим помощь женщинам, пострадавшим от насилия.
- Общественные организации провели информационно-разъяснительную работу с секс-работниками в 30 районах, чтобы повысить их осведомленность о своих правах.
- Форум альтернативного права и Национальная юридическая школа Индии разработали и провели курсы правового обучения для работников секс-бизнеса.
- Центр по информационно-разъяснительной работе и исследованиям, являющийся неправительственной организацией, провел курс по медиа-пропагандистской деятельности и обучению секс-работников тому, как выполнять функции пресс-секретарей по таким вопросам, как насилие, с которым они сталкиваются, устойчивость секс-работников к негативным воздействиям, а также меры и действия по профилактике и борьбе с насилием.

Дополнительная литература

- *UNAIDS guidance for partnerships with civil society, including people living with HIV and other key populations.* Geneva, UNAIDS, 2011. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2012/JC2236_guidance_partnership_civilsociety_en.pdf
- Chapter 2: Addressing violence against sex workers. In: *Implementing comprehensive HIV/STI programmes with sex workers: practical approaches from collaborative interventions.* Geneva, WHO, 2013. http://www.who.int/hiv/pub/sti/sex_worker_implementation/en/
- *Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: guidance and recommendations.* Geneva, WHO, 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102539/1/9789241506748_eng.pdf?ua
- *Evidence for action technical papers: effectiveness of interventions to address HIV in prisons.* Geneva, WHO, UNODC, 2007. http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596190_eng.pdf?ua=1
- Global Commission on HIV and the Law. *HIV and the law: risks, rights and health.* New York, UNDP, 2012. <http://www.hivlawcommission.org/index.php/report>
- *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines.* Geneva, WHO, 2013. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/index.html>
- *The human rights costing tool (HRCT): a tool to cost programs to reduce stigma and discrimination and increase access to justice.* Geneva, UNAIDS, 2012. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/data-and-analysis/tools/The_Human_Rights_Costing_Tool_v_1_5_May-2012.xlsm
- *The user guide for the HIV-related human rights costing tool: costing programmes to reduce stigma and discrimination and increase access to justice in the context of HIV.* Geneva, UNAIDS, 2012. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/The_HRCT_User_Guide_FINAL_2012-07-09.pdf
- *UNAIDS guidance note: key programmes to reduce stigma and discrimination and increase access to justice in national HIV responses.* Geneva, UNAIDS, 2012. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/Key_Human_Rights_Programmes_en_May2012.pdf
- *Understanding and acting on critical enablers and development synergies for strategic investment.* New York, UNDP, 2011. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2012/201211_UNAIDS_UNDP_Enablers_and_Synergies_en.pdf
- *Guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV.* Geneva, WHO, 2013. <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/adolescents/en/>

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ УСЛУГ

6

6.1	Обзор	112
6.2	Ключевые стратегии в сфере организации медицинского обслуживания	114
6.2.1	Конфликт интересов	114
6.2.2	Децентрализация услуг	116
6.2.3	Перераспределение обязанностей в сфере предоставления медицинских услуг	118
6.2.4	Подходы, ориентированные на оказание услуг вне медицинских учреждений	119
6.3	Ключевые факторы, учитываемые при предоставлении услуг всем ключевым группам населения	122

6 ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ УСЛУГ

6.1 Обзор

Всеобъемлющий пакет мер, изложенных в главах 3 и 4, включает в себя как меры, общие для всех ключевых групп населения, так и дополнительные меры и услуги, предназначенные для определенных групп населения. Большинство из этих мер по профилактике, диагностике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией являются такими же как и для населения в целом (1). Однако, как это описано в главе 5, предоставление ключевым группам населения услуг по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции часто связано с рядом сложных проблем и препятствий. Программы должны обеспечивать устранение или уменьшение этих проблем и препятствий с целью предоставления ключевым группам населения устойчивых услуг в сфере диагностики и лечения ВИЧ-инфекции и медицинского сопровождения пациентов, включая меры по повышению приверженности лечению. Для достижения максимального эффекта такие услуги должны быть: (1) **доступными**, (2) **приемлемыми**, (3) **недорогими** и (4) **справедливыми**.

В этой главе основное внимание уделяется тем элементам предоставления услуг, которые имеют наибольшее значение в рамках комплексного пакета мер здравоохранения, предназначенных для ключевых групп населения. Во вставке 6.1 перечислен ряд инструментов ВОЗ, которые могут способствовать реализации рекомендаций, изложенных в этом документе.

Вставка 6.1 Руководство ВОЗ по моделям и методам предоставления услуг в связи с ВИЧ-инфекцией

Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции (1) содержит общие рекомендации по основным практическим и организационным вопросам медицинского обслуживания в шести следующих областях:

- приверженность АРТ
- удержание пациентов в системе непрерывной медицинской помощи
- организация медицинского обслуживания пациентов, включая интеграцию, взаимодействие и децентрализацию служб помощи и лечения при ВИЧ-инфекции
- развитие кадровых ресурсов, включая перераспределение обязанностей
- лабораторные и диагностические службы
- системы управления закупками и поставками.

Инструменты и методы в поддержку программ по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции, предназначенных для ключевых групп населения

ВОЗ и другие учреждения ООН подготовили нормативные рекомендации по профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди ключевых групп населения, которые

объединены в этой публикации. Для содействия осуществлению программ по борьбе с ВИЧ-инфекцией среди этих групп, эти агентства развивают партнерское сотрудничество с целью разработки инструментов достижения поставленных целей. Первым из таких методических инструментов является документ *Implementing comprehensive HIV/STI programmes with sex workers: practical approaches from collaborative interventions [Проведение комплексных программ по борьбе с ВИЧ-инфекцией и ИППП при участии секс/работников: практические подходы к обеспечению сотрудничества]* (2). В других методических документах будут рассмотрены вопросы разработки и проведения программ по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, лиц, употребляющих инъекционные наркотики, и трансгендеров. Кроме того, ВОЗ и другие учреждения ООН разработали инструменты для поддержки работы по разработке и проведению конкретных мероприятий, таких, как программы распространения игл и шприцев (3).

Руководства по оказанию услуг ключевым группам населения, разработанные на уровне регионов ВОЗ

Региональные бюро ВОЗ разработали ряд инструментов для решения конкретных приоритетных задач и удовлетворения конкретных потребностей в своих регионах, включая следующие:

Региональное бюро для стран Африки:

Preventing HIV in sex work settings in sub-Saharan Africa (4)

Региональное бюро для стран Восточного Средиземноморья:

MENAHRA: The Middle East and North Africa Harm Reduction Association best practices in strengthening civil society's role in delivering harm reduction services (5)

Европейское региональное бюро:

How to improve opioid substitution therapy implementation (6)

Региональное бюро для стран Америки:

Improving access of key populations to comprehensive HIV health services (7)

Blueprint for the provision of comprehensive care to gay men and other men who have sex with men in Latin America and the Caribbean (8)

Региональное бюро для стран Юго-Восточной Азии:

Management of common health problems of drug users (9)

Priority HIV and sexual health interventions in the health sector for men who have sex with men and transgender people in the Asia–Pacific Region (10)

Региональное бюро для стран Юго-Восточной Азии:

Joint technical brief: HIV, sexually transmitted infections and other health needs among transgender people in Asia and the Pacific (11)

The time has come: enhancing HIV, STI and other sexual health services for MSM and transgender people in Asia and the Pacific (12)

Regional assessment of HIV, STI and other health needs of transgender people in Asia and the Pacific (13)

6.2 Ключевые стратегии в сфере организации медицинского обслуживания

На основе фактических данных и опыта ВОЗ рекомендует три основные стратегии, которые могут улучшить медицинское обслуживание населения (1): (1) **интеграция**, (2) **децентрализация** и (3) **перераспределение обязанностей**. Эти стратегии, по отдельности или в комбинации, могут улучшить доступность медицинской помощи. Вовлечение местных сообществ и подходы и инициативы под руководством и при участии местных сообществ являются неотъемлемой частью этих стратегий, особенно, когда речь идет о ключевых группах населения. Учитывая неоднородность ключевых групп населения и социальных и эпидемиологических условий, реализация стратегий должна основываться на оценке конкретной ситуации и на консультациях с ключевыми группами населения и поставщиками услуг.

6.2.1 Интеграция услуг

ВОЗ рекомендует интегрировать услуги по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции в рамки других соответствующих клинических служб, таких как противотуберкулезные службы, службы охраны здоровья матери и ребенка, службы охраны сексуального и репродуктивного здоровья и службы по лечению наркотической зависимости (1).

Интеграция услуг облегчает предоставление всеобъемлющей и последовательной помощи. Это позволяет людям получать услуги, необходимые для удовлетворения их различных потребностей в медицинской помощи, в одно время и в одном месте.

ВОЗ рекомендует принимать активные меры по интеграции услуг по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции в рамках других соответствующих клинических служб, таких как противотуберкулезные службы, службы охраны здоровья матери и ребенка, службы охраны сексуального и репродуктивного здоровья и службы по лечению наркотической зависимости.

Интеграция услуг включает в себя не только предоставление смежных услуг в одном месте, но и развитие систем, способствующих обмену информацией и обеспечению непрерывного медицинского сопровождения пациентов на всех уровнях и в рамках различных учреждений и служб (1). Сотрудничество между программами на всех уровнях системы здравоохранения является важным условием для успешной работы служб по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции и других родственных медицинских и социальных служб.

При этом следует принимать во внимание такие вопросы, как мобилизация и распределение ресурсов; обучение, наставничество и курирование медицинских работников; закупки

и управление поставками лекарственных средств и других медицинских материалов; а также мониторинг и оценка деятельности. Основной целью планирования и реализации соответствующих программ должно быть создание системы медицинского обслуживания, способствующей наиболее легкому доступу пациентов к необходимым услугам.

Рекомендации и руководящие принципы

ВСЕ КЛЮЧЕВЫЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ

Предоставление АРТ службами дородовой помощи и охраны здоровья матери и ребенка

- В условиях генерализованной эпидемии проведение АРТ среди беременных и родивших женщин и грудных детей, отвечающих соответствующим критериям, следует начинать и продолжать в рамках служб охраны здоровья матери и ребенка. При необходимости пациентов направляют в центры по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции для получения АРВ-терапии и непрерывной медицинской помощи (*сильная рекомендация, очень низкое качество доказательств*) (1).

Проведение АРТ в противотуберкулезных учреждениях и противотуберкулезное лечение в учреждениях, оказывающих помощь при ВИЧ-инфекции

- В местах, где среди больных туберкулезом широко распространена ВИЧ-инфекция ($\geq 5\%$), проведение АРТ среди ВИЧ-инфицированных больных туберкулезом следует начинать в противотуберкулезных учреждениях. При необходимости пациентов направляют в центры по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции для получения АРВ-терапии и непрерывной медицинской помощи (*сильная рекомендация, очень низкое качество доказательств*) (1).
- При широкой распространенности ВИЧ и ТБ противотуберкулезное лечение людей с коинфекцией ВИЧ/ТБ следует проводить в специализированных учреждениях, оказывающих помощь ВИЧ-инфицированным людям, где также был поставлен диагноз ТБ (*сильная рекомендация, очень низкое качество доказательств*) (1).

ЛЮДИ, УПОТРЕБЛЯЮЩИЕ ИНЪЕКЦИОННЫЕ НАРКОТИКИ

АРТ в местах проведения опиоидной заместительной терапии

- В местах проведения опиоидной заместительной терапии следует организовать практику назначения и проведения АРТ среди ЛЖВ, отвечающих критериям назначения этой терапии (*сильная рекомендация, очень низкое качество доказательств*) (1).

Пример из практики Зимбабве: комплексная медицинская помощь для работников секс-бизнеса

Программа: CeSHHAR, Зимбабве
 Веб-сайт: <http://www.ceshhar.co.zw>

Неправительственная организация “Центр сексуального здоровья и исследований по ВИЧ/СПИДу (CeSHHAR)” проводит программу Sisters with a Voice, которая предоставляет комплексные медицинские услуги для секс-работников в различных районах Зимбабве. Сотрудничество с ключевыми министерствами и ведомствами, занимающимися вопросами СПИДа, здравоохранения и социального обеспечения, и вовлечение секс-работников в практическую деятельность внесли большой вклад в успехи программы.

При поддержке сети неформальных учителей (инструкторов), подготовленных по вопросам развития и вовлечения местных сообществ и расширения их прав и возможностей, программа “Сестры с голосом” (Sisters with a Voice) оказывает следующие услуги: ДКТ на ВИЧ, синдромное лечение ИППП, распространение контрацептивов и консультирование по вопросам контрацепции, санитарное просвещение и юридические консультации. В настоящее время расширяется программа цервикального скрининга. В частности, медсестры проходят обучение по методам визуального осмотра шейки матки и лечения предраковых поражений с использованием криотерапии.

Неформальные учителя проводят семинары, направленные на более широкое вовлечение местного сообщества. 36 учебных семинаров охватывают следующие аспекты: 1) вопросы, касающиеся самих секс-работников (самоуважение, изменение поведения, контрацепция, ВИЧ-инфекция и рак шейки матки); 2) вопросы, связанные с клиентами и партнерами (коммуникация, уверенность в себе, серодискордантные пары и сети сексуальных партнеров); 3) вопросы, связанных с “сестричеством” (пропаганда, стигматизация, работа по обеспечению прав человека, взаимоподдержка и т.д.).

В период с 2009 г. программа расширилась — от 5 до 36 объектов, представляющих комплексную сеть на национальном уровне. В 2013 г. 6 стационарных и 30 мобильных объектов этой программы предоставили услуги более 13 000 женщин. Более того, в том месте, где были проведены два опроса местного населения, доля ВИЧ-отрицательных женщин, которые недавно прошли тестирование на ВИЧ, увеличилась с 35% в 2011 г. до более чем 70% в 2013 г. За тот же период процент женщин, живущих с ВИЧ, которые получали АРТ увеличился с 28% до 45%.

Возможности интеграции медицинских услуг показаны на примере случая, когда медицинские услуги, специфические для транссексуалов, оказывались в неспециализированном медицинском учреждении.

Пример из практики: предоставление комплексных услуг трансгендерам на базе местных лечебно-профилактических учреждений

Программа оказания помощи трансгендерам на уровне семьи, Сеть местных лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), Соединенные Штаты Америки

Веб-сайт: <http://www.chnny.org/>

Данная программа для трансгендеров была создана в 2004 г. на базе сети местных ЛПУ в Нью-Йорке для улучшения доступа этой группы населения к услугам по профилактике ВИЧ-инфекции и услугам первичной медицинской помощи.

Чтобы выявить наиболее эффективные пути интеграции комплексных услуг для трансгендеров в работу местных ЛПУ, вышеуказанная сеть провела ряд мероприятий, включая составление профиля сообщества, проведение консультаций и форумов, а также изучение опыта аналогичных программ. Важно отметить, что в рамках этой программы пациентам было предложено сформировать консультативный совет клиентов, чтобы помочь руководить процессами интеграции и предоставления услуг для транссексуалов.

Комплексные услуги включают следующие: оказание медицинской помощи трансгендерам, консультирование и тестирование на ВИЧ, разработка и оптимизация клинических протоколов, поддержка приверженности лечению, скрининг и лечение ИППП, профилактические мероприятия, а также услуги в области охраны психического здоровья и питания. Кроме того, в рамках этой программы предусмотрены такие дополнительные услуги, как консультации по вопросам снижения риска, создание групп поддержки, организация двуязычных учебных семинаров и направление клиентов в соответствующие службы для получения юридической и социальной помощи. Стратегии набора сотрудников программы и подготовки лидеров сообществ трансгендеров включают такие элементы, как личные контакты и беседы, организация соответствующих мероприятий на местном уровне, а также онлайн-методы, в том числе методы рекламы и социальных медиа. Клиентам рекомендуется вовлекать членов своей семьи в процесс оказания помощи. Это оказалось важной и полезной стратегией в плане повышения показателей доступности и посещаемости соответствующих служб.

Более 750 человек получили медицинские услуги в рамках этой программы, предназначенной для трансгендеров. Выявленные преимущества интегрированных услуг для трансгендеров включают следующие:

- повышение уровня толерантности к трансгендерам и чувствительности к их потребностям, а также формирование более положительного отношения к трансгендерам в широком сообществе
- повышение доступности медицинской помощи для целевых групп населения благодаря удобному расположению мест оказания медицинских услуг
- гибкий график работы поставщиков медицинской помощи за счет расширения оказываемых услуг и ресурсной базы
- расширение доступа к ряду вспомогательных услуг, предоставляемых на дому.

Кроме того, углубленная оценка показала такие положительные результаты программы, как значительное снижение уровней секс-работы, практики совместного использования игл и нерегулируемого введения инъекционных гормонов, а также повышение вероятности регулярного использования презервативов.

6.2.2 Децентрализация услуг

Основная цель стратегий децентрализации заключается в том, чтобы в максимально возможной степени приблизить все услуги по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции к людям, которые в них нуждаются. Во многих местах такие факторы, как транспортные расходы и длительное время ожидания в центральных больницах, являются значительным препятствием для доступа к услугам и удержания пациентов в системе медицинской помощи. Децентрализация услуг, особенно в сельской местности, может уменьшить трудности и расходы,

связанные с проездом до ЛПУ, и сократить время ожидания. При условии тщательного планирования и осуществления, меры по децентрализации услуг могут способствовать созданию более безопасных, более конфиденциальных и более доступных вариантов медицинского обслуживания, особенно для ключевых групп населения. Однако децентрализация медицинских услуг для ключевых групп населения не всегда бывает уместна или приемлема. В некоторых случаях большая анонимность обслуживания может быть обеспечена общими службами в области противодействия ВИЧ-инфекции.

ВОЗ особенно рекомендует провести децентрализацию услуг в области АРТ. Также может быть рассмотрен вопрос о децентрализации всего спектра услуг по профилактике, диагностике, лечению, уходу и поддержке для ключевых групп населения. Децентрализация помощи и лечения при ВИЧ-инфекции может способствовать более активному участию местного сообщества, обеспечивая взаимосвязь мероприятий, осуществляемых на местном уровне, с учреждениями здравоохранения, а также может помочь улучшить показатели доступности соответствующих служб, обращаемости за медицинской помощью и удержания пациентов в программе лечения (1).

Рекомендации и руководящие принципы

ВСЕ КЛЮЧЕВЫЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ

- Необходимо рассмотреть следующие возможные модели децентрализации процесса назначения и непрерывного проведения АРТ:
 - Назначение АРТ в больницах при дальнейшем проведении АРТ в периферийных медицинских учреждениях (*сильная рекомендация, низкое качество доказательств*).
 - Назначение и проведение АРТ в периферийных медицинских учреждениях (*сильная рекомендация, низкое качество доказательств*).
 - Назначение АРТ в периферийных медицинских учреждениях при дальнейшем проведении терапии вне ЛПУ (например, с помощью выездных бригад, медицинских пунктов на местном уровне, служб помощи на дому или местных общественных организаций) в период между регулярными посещениями соответствующего ЛПУ (*сильная рекомендация, среднее качество доказательств*) (1).

Пример из практики Южной Африки: предоставление аутрич-услуг работникам коммерческого сектора

Программа: Re-Action Consulting, Южная Африка
Веб-сайт: <http://www.re-action.co.za>

В сотрудничестве с Департаментом здравоохранения организация Re-Action Consulting проводит пятилетнюю программу по снижению частоты новых случаев ВИЧ-инфекции среди секс-работников и их клиентов в двух сельских районах в провинции Мпумаланга в Южной Африке. В настоящее время программа предоставляет услуги около 4100 секс-работницам.

Мобильные медицинские бригады, состоящие из медсестер, предлагают различные виды бесплатных услуг, включая скрининг рисков для здоровья, консультирование и тестирование на ВИЧ, а также направление клиентов в соответствующие медицинские и социальные службы. По крайней мере два раза в неделю такая бригада посещает местные населенные пункты в удобное для своих клиентов время. С помощью 28-дневного календаря секс-работники знают, где они могут получить необходимые услуги в случае возникновения чрезвычайных ситуаций. При необходимости, медсестра может предоставлять услуги, включая АРТ, на рабочем месте женщин.

Медсестры, получившие специальную подготовку по вопросам назначения и ведения АРТ, имеют знания

и навыки, необходимые для диагностики и стадирования заболевания ВИЧ-инфекцией и направления пациентов в соответствующие службы АРТ. Медсестры обеспечивают пациентов лекарствами, полученными от Департамента здравоохранения, а также периодически посещают своих пациентов, что позволяет им отслеживать ситуацию и обучать пациентов тому, как нужно правильно лечиться. В случае нарушений режима лечения или отрыва от лечения аутрич-работники оказывают женщинам соответствующую помощь, чтобы возобновить правильное лечение. Программа имеет очень низкий показатель отрыва от лечения (2,3%). Чаще всего такой отрыв происходит в связи с переездом женщин в другой населенный пункт.

6.2.3 Перераспределение обязанностей в сфере предоставления медицинских услуг

Благодаря перераспределению обязанностей имеющийся персонал может обслуживать большее количество людей.

Перераспределение обязанностей предусматривает рациональное перераспределение должностных функций в группе медицинских работников. Там, где это целесообразно, осуществляют передачу должностных функций от высококвалифицированных медицинских работников медицин-

ским работникам с более коротким периодом обучения и меньшим количеством дополнительных квалификаций (1). Многие страны сталкиваются с проблемой нехватки медицинских работников. Поэтому рациональное перераспределение обязанностей может повысить эффективность и результативность работы имеющегося персонала, благодаря чему он сможет обслуживать большее количество людей. Общественные организации также могут играть важную роль в таких областях, как охват ключевых групп населения, улучшение контактов и взаимодействия с ними, направления их в соответствующие службы и обеспечение постоянного ухода и поддержки.

Вспомогательные работники, такие как неформальные учителя и инструктора групп взаимной поддержки, могут предоставлять ценные услуги в сфере охраны здоровья и они могут стать хорошим связующим звеном между местным сообществом и службами здравоохранения. Как и другие работники здравоохранения, они нуждаются в регулярном обучении, наставничестве и надзоре (1). Они должны получать адекватную зарплату и/или другие соответствующие стимулы (14).

Пример из практики Индии: распространение налоксона для использования вне медицинских учреждений

Программа: Организация по повышению уровня социального сознания (SASO), Манипур, Индия
Веб-сайт: <http://sasoimphal.org/>

В штате Манипур, Индия, с 2000 г. Организация Social Awareness Service (SASO) [Организация по повышению уровня социального сознания] – помимо прочих услуг – распространяет налоксон для устранения передозировки опиоидами среди ЛУИН в рамках оказания аутрич-услуг, например в “наркопригонах” и дроп-ин центрах. Кроме того, в рамках небольших встреч, контактов один-на-один и консультаций программа SASO предоставляет всем людям, употребляющим инъекционные наркотики, и членам их семей информационно-образовательные услуги по вопросам передозировки наркотиков и устранению передозировки.

В 2008–09 гг. эта программа была расширена и укреплена путем вовлечения ключевых заинтересованных сторон в инициативу по использованию налоксона непосредственно на месте передозировки с целью обеспечения более широкого охвата пострадавших людей. Этические опасения, касающиеся того, что немедицинский персонал использует лекарственные препараты для лечения передозировки среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, были преодолены через демонстрацию жизнеспасающего характера этого подхода. В период с 2004 по 2012 гг. в пяти центрах эта процедура была выполнена в свыше 450 случаях передозировки, и более 90% из этих жизней были спасены. Кроме того, более одной трети клиентов, переживших передозировку, получили другие виды медицинской помощи (тестирование на ВИЧ и ВГС, АРТ и т.д.)

Рекомендации и руководящие принципы

ВСЕ КЛЮЧЕВЫЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ

- Квалифицированные средние медицинские работники (медсестры, фельдшера, акушерки и т.д.) могут назначать АРТ первого ряда (*сильная рекомендация, среднее качество доказательств*).
- Квалифицированные средние медицинские работники (медсестры, фельдшера, акушерки и т.д.) могут продолжать проведение АРТ (*сильная рекомендация, среднее качество доказательств*).
- Квалифицированные и работающие под контролем общественные работники здравоохранения могут отпускать пациентам препараты для АРТ в период между их регулярными посещениями ЛПУ (*сильная рекомендация, среднее качество доказательств*) (1).

6.2.4 Подходы, ориентированные на оказание услуг вне медицинских учреждений

Подходы, ориентированные на оказание услуг вне медицинских учреждений, могут увеличить доступность и приемлемость услуг для ключевых групп населения. Такие подходы, например, в форме аутрич-услуг, услуг, оказываемых мобильными медицинскими бригадами, и услуг в дроп-ин центрах, помогают охватить людей, которые имеют лишь ограниченный доступ к формальным медицинским учреждениям или не могут получить там необходимую помощь. Эти подходы способствуют как установлению жизненно важного сотрудничества между местными сообществами и медицинскими учреждениями, так и процессу децентрализации соответствующих служб (см раздел 6.2.2). Понятие «программы, ориентированные на оказание услуг вне медицинских учреждений» может также относиться к программам, которые возглавляются и проводятся членами ключевых групп населения. Сотрудникам программы, в том числе неформальным коллегам, предоставляющим услуги на местах, следует оказывать должную поддержку, например, в виде обучения, надзора, наставничества, методического контроля, вознаграждения за труд и использования стимулов.

Местные сообщества играют важную роль в борьбе с ВИЧ-инфекцией.

Модель предоставления услуг под руководством и при участии местных сообществ, когда члены сообщества берут на себя инициативу в обеспечении охвата клиентов и проведении программы по профилактике ВИЧ-инфекции, продемонстрировала значительные преимущества с точки зрения достигнутых результатов.

Она также позволяет членам сообщества устранить структурные барьеры в осуществлении своих прав и дает им возможность изменить социальные нормы, тем самым снижая общий уровень уязвимости ключевых групп населения – помимо уязвимости к ВИЧ-инфекции.

Предоставление услуг под руководством и при участии местных сообществ означает, что члены местного сообщества играют решающую роль в разработке, предоставлении и мониторинге услуг. Члены местного сообщества могут выполнять много различных функций, включая следующие:

- обеспечение адекватного и надежного доступа как к ряду изделий (презервативы, лубриканты, иглы и шприцы), так и к медицинской помощи (путем оказания аутрич-услуг и направления клиентов в соответствующие медицинские учреждения);
- реагирование на насилие против членов ключевых групп населения и реализация других структурных мер, способствующих усилению мер противодействия ВИЧ-инфекции;
- поддержка безопасного и эффективного использования налоксона вне медицинских учреждений людьми, которые являются свидетелями передозировки опиоидами;
- содействие поведенческим и социальным изменениям в целях улучшения знаний, навыков и механизмов, способствующих профилактике ВИЧ-инфекции и удержанию ВИЧ-инфицированных людей в системе лечения и ухода;
- создание для местного сообщества формальных и неформальных механизмов информирования о качестве услуг и взаимодействия с соответствующими службами помимо программы по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции (2).

Обучение и поддержка по принципу “равный-равному” являются важной моделью предоставления услуг ключевым группам населения и улучшения обмена информацией и навыками, что способствует формированию более безопасных форм поведения. Помимо предоставления услуг, сверстники и люди из такой же группы могут выступать в качестве ролевых моделей и предлагать непредвзятую и уважительную поддержку, что может способствовать снижению уровня стигмы, облегчению доступа к услугам и повышению их приемлемости (смотрите раздел 6.2.3).

Рекомендации и руководящие принципы

ВСЕ КЛЮЧЕВЫЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ

На любой стадии эпидемии ВИЧ-инфекции ВОЗ рекомендует (в дополнение к консультированию и тестированию на ВИЧ по инициативе медицинских работников) реализовывать программы консультирования и тестирования на ВИЧ вне ЛПУ, которые должны работать в тесном сотрудничестве со службами профилактики, лечения и ухода, предназначенными для ключевых групп населения (*сильная рекомендация, низкое качество доказательств*) (1).

ЛЮДИ, УПОТРЕБЛЯЮЩИЕ ИНЪЕКЦИОННЫЕ НАРКОТИКИ

В главе 4 приведены конкретные рекомендации по деятельности в таких областях, как развитие системы поддержки по принципу “равный-равному” и распространение налоксона для его использования непосредственно там, где может произойти передозировка.

ПОДРОСТКИ ИЗ КЛЮЧЕВЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

Организация лечебно-профилактической работы вне медицинских учреждений может улучшить показатели приверженности лечению и удержания в системе помощи среди подростков, живущих с ВИЧ (*условная рекомендация, очень низкое качество доказательств*) (15). (Смотрите вставку 6.2.)

Пример из практики Пакистана: центры предоставления услуг, работающие под эгидой местной общественной организации

Программа: Альянс Naz по охране мужского здоровья, Пакистан

Этот альянс представляет собой общественную организацию в Пакистане, оказывающую помощь трансгендерам и мужчинам, имеющим половые контакты с мужчинами. В рамках текущей программы по расширению возможностей местных сообществ эта организация обеспечивает функционирование шести сервисных центров в пяти городах, которые обслуживают 35 000 зарегистрированных клиентов. Каждый сервисный центр разделен на ЛПУ и дроп-ин центр, где создана безопасная и расслабляющая атмосфера для клиентов с низким уровнем доходов. Центры расположены в стратегической близости от “горячих точек”, то есть недалеко от тех мест, где часто бывают мужчины, имеющие секс с мужчинами, и где сконцентрированы жилища хиджр (транссексуалов). Услуги, предоставляемые дроп-ин центрами и аутрич-командами, дополняют друг друга: Дроп-ин центры позволяют установить долгосрочные отношения с клиентами, и аутрич-работники помогают клиентам установить связь с этими центрами.

Услуги для каждой ключевой группы предоставляются в отдельном месте. Это сделано для того, чтобы их различные потребности могли удовлетворяться наиболее эффективным способом. В каждом центре работает междисциплинарная команда (около 15 человек), в состав которой входят врачи-специалисты по ИППП, психолог и неформальные учителя. Команды состоят в основном из членов ключевых групп населения; 94 из 103 сотрудников – это мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами, и трансгендеры.

Вставка 6.2 Подростки из ключевых групп населения

Модели и методы предоставления услуг, обсуждаемые в этой главе в отношении всех ключевых групп населения, применимы и для подростков из этих групп. Тем не менее, имеется ряд вопросов, требующих дополнительного рассмотрения. Очень важно, чтобы услуги для подростков из ключевых групп населения оказывались с учетом множественных и взаимосвязанных факторов уязвимости таких подростков, а также их различных потребностей в зависимости от их возраста, особенностей их поведения и сложностей их социальной и правовой ситуации.

Дополнительные соображения и подходы, относящиеся к подросткам из ключевых групп населения, включают в себя следующие:¹

- Признание потенциала подростков из ключевых групп населения и опора на их сильные стороны, знания, навыки и умения, особенно на их умение дать описание тех видов услуг, в которых они нуждаются. Вовлечение таких подростков в процесс принятия решений об организации системы оказания услуг, признавая их развивающиеся способности и их право на то, чтобы их мнение учитывалось. Вышеуказанное является важным фактором при рассмотрении вопросов, относящихся к необходимости получения согласия родителей, когда речь идет о предоставлении подросткам лечебно-профилактических услуг (смотрите раздел 5.1.2).
- При разработке и реализации любых законов и мер политики, направленных на защиту прав молодых людей, первоочередное внимание следует уделять наилучшему обеспечению их интересов (Конвенция о правах ребенка, статья 3) (16).
- Обеспечение наибольшей отдачи от существующих услуг и инфраструктуры для молодежи и добавление компонентов, необходимых для охвата подростков из ключевых групп населения и предоставления им соответствующих услуг, принимая все меры для того, чтобы услуги были дружелюбными как к молодежи из ключевых групп населения, так и к другим молодым людям.
- Применение междисциплинарного подхода, стремясь к тому, чтобы услуги были как можно более комплексными с целью предоставления услуг, направленных на устранение или снижение смежных видов уязвимости.
- Проведение среди подростков из ключевых групп населения информационно-образовательной работы, соответствующей их уровню развития, уделяя особое внимание снижению риска на основе приобретенных навыков. Информация может распространяться через различные средства информации, включая Интернет, мобильную телефонную связь и межличностная и межорганизационная коммуникация.
- Оказание психосоциальной поддержки (с помощью консультирования и создания и укрепления групп и сетей взаимоподдержки) для противодействия самостигматизации и дискриминации, а также для улучшения психического здоровья.
- Дополнительные ассигнования в консультирование семей, в том числе родителей – в случае необходимости и по просьбе подростка – могут иметь важное значение для поддержки и облегчения доступа к услугам, особенно там, где для этого требуется согласие родителей (7).
- Облегчение доступа к социальным услугам и государственным пособиям, в том числе в плане предоставления временного крова и обеспечения долгосрочного жилья, а также решение вопросов продовольственной безопасности, включая проведение оценок состояния питания (пищевого статуса).

¹ Смотрите также веб-приложение 6: обзоры, посвященные молодежи из ключевых групп населения.

- Поддерживайте доступ подростков к возможностям развития умений зарабатывать на жизнь и укрепления экономической базы жизни, а также поощряйте подростков продолжать обучение в школе или, если они бросили школу, вернуться туда в случаях, когда это целесообразно и уместно.
- Принимайте усилия для улучшения ситуации в таких сферах, как социальные нормы и стигма в отношении нестандартных форм сексуальности, гендерной идентичности и сексуальной ориентации через всестороннее сексуальное образование в школах, вспомогательное информирование семей, а также соответствующее обучение педагогов и медицинских работников и обеспечение недискриминационной политики в сфере занятости.

6.3 Ключевые факторы, учитываемые при предоставлении услуг всем ключевым группам населения

В заключение следует отметить, что для обеспечения приемлемости и физической и экономической доступности услуг требуется тщательная разработка целого ряда конкретных элементов, относящихся к дизайну и реализации программ. Должный учет всех этих элементов и адаптация действий к конкретным условиям позволят разрабатывать и реализовывать программы, которые обеспечат наиболее эффективное удовлетворение потребностей ключевых групп населения.

Доступность

Генерация спроса

Спрос на консультирование и тестирование на ВИЧ и профилактические услуги может быть повышен путем проведения кампаний в определенных местах – с упором на ключевые группы населения и с использованием таких методов, как работа с населением и применение средств мобильной телефонной связи, социальных сетей и радио- и телевидения и интернет-СМИ.

Пример из практики Бангкока: онлайн стратегии, направленные на расширение спроса на консультирование и тестирование на ВИЧ

Программа: Научно-исследовательский центр по СПИДу при организации Красного Креста, Бангкок, Таиланд
Веб-сайт: <http://en.trcarc.org/>

В Бангкоке медицинский центр для мужчин (Men's Health Clinic) предоставляет комплексные и дружеские услуги для мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами. Одним из инструментов этого центра для повышения показателя использования ДКТ на ВИЧ был первый двуязычный (тайский/английский) учебно-развлекательный веб-сайт для мужчин, имеющих секс с мужчинами (www.adamslove.org), который начал функционировать в 2011 г.

Цель этого веб-сайта заключается в том, чтобы стимулировать практику регулярного добровольного консультирования и тестирования (ДКТ) на ВИЧ среди мужчин, имеющих секс с мужчинами. Чтобы повысить обращаемость посетителей сайта в службы ДКТ на ВИЧ, раздел сайта под названием "Ближайшее место тестирования на ВИЧ" содержит информацию о том, как пройти ДКТ в тех учреждениях Бангкока и других провинциях, которые являются дружественными для мужчин, имеющих секс с мужчинами. Другие средства создания непрерывного спроса на услуги ДКТ включают соответствующие мероприятия средств массовой информации и целевые медиа-мероприятия, такие как ведение постоянных рубрик в гей-журналах, обучение по принципу "равный-равному" и мероприятия с участием знаменитых людей, посвященные вопросам тестирования на ВИЧ.

Количество клиентов, прошедших ДКТ на ВИЧ, увеличилось почти в пять раз – с 967 в 2008 г. до 4371 в 2012 г. Веб-сайт Adam's Love привлек более 500 000 посетителей в течение двух лет и имеет свою собственную Facebook страницу с более чем 15 000 поклонников. Четверть посетителей этого веб-сайта сообщают, что они прошли ДКТ благодаря информации, полученной на этом сайте.

Устранение или снижение возрастных барьеров

Законы относительно возраста согласия должны быть рассмотрены, чтобы определить их влияние на доступ к услугам и при необходимости скорректировать их. Страны могут рассмотреть вопрос о пересмотре политики по возрасту согласия с целью его снижения, а также о возможности введения исключений в стандартные нормы в отношении возраста согласия (например, в случае зрелых несовершеннолетних). Страны также могут рассмотреть конкретные методики, которые можно использовать для оценки интеллектуальной и психологической зрелости подростков с точки зрения их способности давать согласие на получение услуг.

Повышение удобства услуг

Программы могут рассмотреть вопрос о повышении удобства услуг для клиентов, например, с помощью таких подходов, как организация мобильных услуг и/или создание дроп-ин центров, а также обслуживание ключевых групп населения в выходные дни и/или в ночное время. Предоставление услуг в местах частного пребывания ключевых групп населения и на дому, также может увеличить доступ к услугам.

Децентрализация услуг

Перемещение мест оказания услуг с уровня централизованных ЛПУ на уровень местных сообществ, мобильных медицинских бригад и местных медицинских учреждений может увеличить доступ ключевых групп населения к таким услугам. Так, например, такие формы работы, как сексуальное образование в школах, консультирование по принципу “равный-равному” и предоставление услуг вне медицинских учреждений, будут способствовать распространению сообщений о пользе позитивного изменения поведения, улучшению мониторинга пациентов, которые были направлены в службы профилактики и лечения ВИЧ-инфекции, повышению приверженности лечению и более активному участию людей в охране их собственного здоровья.

Пример из практики Вьетнама: децентрализация служб медицинского обслуживания способствовала повышению показателей более раннего доступ к услугам по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции.

Программа: Вьетнамское управление по борьбе с ВИЧ/СПИДом при Министерстве здравоохранения и страновой офис ВОЗ во Вьетнаме

В 2012 г. Вьетнамское управление по борьбе с ВИЧ/СПИДом при Министерстве здравоохранения начало проведение пилотного проекта, чтобы обеспечить более ранний доступ к услугам по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения, особенно среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, и, следовательно, максимизировать терапевтические и профилактические преимущества АРТ, позволяя людям начать лечение как можно скорее. Один из компонентов этого пилотного проекта по децентрализации заключался в том, что в провинциях Дьен-Бьен-и Канто функции ДКТ на ВИЧ были переданы от районных ЛПУ на уровень местных центров здравоохранения. С помощью данного проекта во Вьетнаме стали использоваться такие новые подходы, как назначение комбинированной фиксированной дозы АРВ-препаратов, тестирование на количество CD4 по месту оказания медицинской помощи и децентрализованное медицинское сопровождение.

В рамках проекта принимаются активные меры для вовлечения партнеров из местного сообщества, включая неформальных учителей, группы самопомощи и общественных работников здравоохранения, например, путем проведения тренингов по мобилизации общин и организации регулярных встреч для обсуждения различных видов аутрич-услуг и актуальных задач и проблем. Для медицинского персонала в местных учреждениях здравоохранения было организовано обучение по оказанию услуг по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции, например, таких как тестирование на ВИЧ с помощью экспресс-тестов, до- и послетестовое консультирование, содействие приверженности лечению, основные виды ухода и медицинского сопровождения и распространение АРВ-препаратов.

Внедрение этой децентрализованной модели медицинского обслуживания способствовало улучшению показателей ранней диагностики и лечения. У людей, диагноз которым был поставлен на местном уровне, наблюдались значительно более высокие медианные показатели количества CD4 при начале АРТ (медиана 294 клеток/мм³, чем те, диагноз которым был поставлен в районных ЛПУ (медиана 88 клеток/мм³). Решающее значение для содействия более раннему доступу к услугам по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, имеют аутрич-работа и укрепление доверия.

Интеграция услуг и обеспечение вовлечения пациентов в процесс лечения (например, путем их направления в соответствующие учреждения)

Интеграция служб, например, путем объединения служб ДКТ на ВИЧ и служб по лечению и уходу при ВИЧ-инфекции и/или служб по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции и служб лечения и помощи при наркозависимости (таких как ОЗТ и ПИШ), делает услуги более удобными и таким образом облегчает доступ клиентов к этим услугам. Чтобы снизить число случаев выбытия из-под наблюдения, в стандартные операционные процедуры следует включить такие элементы, как направление пациентов в соответствующие медицинские учреждения и оказание пациентам помощи с транспортом от места проведения ДКТ до учреждения, где проводят АРТ. Удержанию пациентов в системе лечения могут способствовать такие подходы, как обмен информацией между ЛПУ (например, противотуберкулезными диспансерами и учреждениями по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции), вовлечение аутрич-работников в процесс медицинского сопровождения пациентов, а также поддержка со стороны неформальных учителей.

Пример из практики Испании: содействие регулярному тестированию на ВИЧ и вовлечению пациентов в систему профилактики и лечения в связи с ВИЧ-инфекцией

Программа: Projecte dels NOMS-Hipanosida (BCN Checkpoint), Испания
Веб-сайт: <http://www.bcncheckpoint.com/>

BCN Checkpoint является центром, расположенным в гей-районе Барселоны, в функции которого входит обнаружение заболеваний ВИЧ-инфекцией и другими ИППП среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами. Центр BCN Checkpoint, функционирующий под руководством неправительственной организации Projecte dels NOMS-Hispanosida, предлагает клиентам следующие услуги: бесплатное и проводимое на ранних этапах экспресс-тестирование на ВИЧ-инфекцию и другие ИППП, вакцинация против гепатита А и В и охрана сексуального здоровья. В целях поощрения ежегодного тестирования на ВИЧ, BCN Checkpoint использует такие средства, как электронная почта, текстовые сообщения и телефонные напоминания.

В период между 2007 и 2013 гг. в рамках этой программы было проведено более 22 000 тестов на ВИЧ и обнаружено 756 новых случаев ВИЧ-инфекции. Услуги BCN для людей с положительным результатом на ВИЧ включают различные информационно-образовательные мероприятия, а также встречу с обученным ВИЧ-положительным неформальным консультантом и посещение медицинского учреждения, специализирующегося на лечении ВИЧ-инфекции (в течение недели). Чтобы обеспечить охват пациентов лечением, за всеми недавно диагностированными лицами осуществляется медицинское сопровождение с помощью специального регистра. В настоящее время благодаря BCN почти 90% пациентов вовлечены в систему лечения, 5% пациентов сами обратились за медицинской помощью и около 4% пациентов находятся в Барселоне временно и получают медицинскую помощь в их родных странах. Показатель отрыва от лечения находится на уровне ниже 2,2%.

Инвестируйте в основные способствующие факторы

Страны могут поддерживать доступ ключевых групп населения к соответствующим услугам, инвестируя в обеспечение основных способствующих факторов, таких как комплексное лечение и программы повышения информированности о правах человека, наличие соответствующих юридических услуг, программы по снижению стигмы и дискриминации, а также соответствующее обучение медицинских работников и сотрудников правоохранительных органов.

Пример из практики Ганы: использование социальных медиа с целью охвата мужчин, имеющих секс с мужчинами

Программа: Проект SHARPER, FHI360, Ghana

Веб-сайт: <http://www.fhi360.org/projects/strengthening-hiv-aids-response-partnership-evidenced-based-results-sharper>

Проект SHARPER провел исследование того, как работники по связям с общественностью используют социальные медиа, чтобы выявить неохваченные сети мужчин, имеющих секс с мужчинами. В рамках этого проекта в двух местах был создан сайт MSM.net посредством неформального картирования сетей местных сообществ. Неформальные специалисты по связям были отобраны из сетей, которые ранее не были охвачены услугами неформальных учителей, и для них было организовано обучение по таким вопросам, как информация и услуги, относящиеся к ВИЧ-инфекции. Для охвата мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, были использованы социальные медиа на базе смартфонов и портативных компьютеров. Слово “охват” в данном контексте означает проведение оценки риска, информирование по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции и направление на консультирование и тестирование на ВИЧ (или в другую службу по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции).

В 2013 г. более 16 000 мужчин, имеющих секс с мужчинами, были охвачены услугами через Facebook (45,6%), WhatsApp (13,4%) и другие платформы социальных медиа. В Аккре 82% мужчин, охваченных с помощью этого подхода, ранее не имели контакта с неформальным “учителем”. В Кумаси 66% MSM ранее никогда не были охвачены каким-либо профилактическим мероприятием. Сотрудник по связям, работающий на уровне местного сообщества в Аккре, выявил восемь борделей секс-работников мужского пола и сетей MSM, о которых ранее не были осведомлены ни сотрудники проекта, ни другие организации MSM.

Социальные медиа оказались важным средством для охвата мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, которые, как правило, остаются не охваченными неформальными учителями. Упражнение по составлению профилей показало, что сети MSM, контакты с которыми были установлены неформальными работниками, и сети MSM, контакты с которыми были установлены сотрудниками по связям с общественностью, значительно отличались по таким параметрам, как социально-демографические характеристики, сексуальное поведение и обращение в медицинское учреждение с целью тестирования на ВИЧ. Мужчины в сетях, контакт с которыми был установлен сотрудником по связям на местном уровне, как правило, отличались тем, что они были старше и имели более высокий уровень образования. Они не имели стабильного партнера, жили одни, имели более высокий ежемесячный доход и (в Аккре) имели более широкие контакты с другими MSM, чем те, контакт с которыми был установлен неформальными учителями.

ПРИЕМЛЕМОСТЬ

Обучение медицинских работников

Цели такого обучения включают следующие: повышение уровня осведомленности и знаний работников здравоохранения (в том числе общественных работников здравоохранения, аутрич-работников, вспомогательного персонала и организаторов здравоохранения) по вопросам, относящимся к ключевым группам населения, а также по недискриминационной практике и искоренению стигмы, используя такие подходы, как базовое обучение и повышение квалификации, разработка и внедрение должностных инструкций и стандартных операционных процедур, поддерживающий надзор и закрепление новых знаний и умений. Там, где это возможно, программа обучения должна предусматривать участие представителей ключевых групп населения.

Создание безопасной и благоприятной среды

Наличие безопасных пространств (и в сфере здравоохранения, и в сфере социальных услуг) и конфиденциальная и свободная от стигмы среда, могут способствовать повышению доступа к услугам для людей из ключевых групп населения. Так, например, барьеры для получения услуг могут быть снижены с помощью таких мер, как размещение пунктов обслуживания в удобных для клиентов местах и обеспечение того, чтобы вход в эти пункты был отдельным и хорошо освещенным.

Предоставление высококачественных услуг

Услуги должны быть приемлемыми и высококачественными. Один из способов оценки качества услуг – это мониторинг опыта клиентов с помощью соответствующих национальных и глобальных показателей.

Обеспечение соблюдения принципов добровольного и информированного согласия

Программы должны основываться на принципах содействия реализации права людей принимать участие в процессе собственного лечения и их права на отказ от предоставляемых услуг. Все услуги должны быть добровольными и предоставляться без всякого принуждения или необходимости соответствовать каким-либо условиям для получения услуг или товаров, таких как тестирование на ВИЧ, презервативы или чистые иглы. Информация об услугах и лечении должна быть четкой и ясной и она должна быть изложена на языке, понятном для конкретной группы клиентов. Кроме того, информация для подростков должна соответствовать их стадии развития.

Обеспечение конфиденциальности

Следует принимать меры для защиты частной жизни и конфиденциальности. Например, при беседе с клиентом нужно всегда закрывать дверь, где проходит беседа, или найти уединенное место для разговора. Клиенты должны быть уверены в конфиденциальности информации. Например, один из принципов заключается в том, что прежде чем предоставлять информацию о клиентах другим медицинским работникам, от клиентов должно быть получено соответствующее разрешение. При проведении программ следует тщательно учитывать сложность сохранения конфиденциальности в случаях, когда используются такие подходы, как работа вне ЛПУ, аутрич-услуги и обучение по принципу “равный-равному”.

Пример из практики Ливана: конфиденциальные и анонимные услуги

Программа: Центр сексуального здоровья Marsa, Ливан
Веб-сайт: <http://www.marsa.me>

Центр сексуального здоровья Marsa в Бейруте, Ливан, предлагает услуги в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья для своих клиентов в дружественной обстановке, свободной от стигмы и дискриминации в отношении возраста, пола, гендерной принадлежности и сексуальной ориентации. Целевые группы клиентов этого центра включают молодежь, не состоящих в браке сексуально активных женщин, а также маргинальные сообщества с ограниченным доступом к другим услугам в сфере охраны сексуального здоровья, в том числе мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, и трансгендеров.

Анонимность клиентов и конфиденциальность, когда люди пользуются услугами Marsa, играют ключевую роль в привлечении клиентов. Идентификационная информация о клиентах не запрашивается и не регистрируется; вместо этого, в центре для каждого клиента используется уникальный номер файла. Кроме того, опытные и чувствительные квалифицированные сотрудники строго придерживаются принципа конфиденциальности информации о клиентах. В условиях, когда клиенты знают, что их личность не будет раскрыта – даже среди сотрудников центра, они могут откровенно говорить с поставщиками медицинских услуг, сообщать интимные подробности о своем образе жизни и получать информацию от специалистов.

Пример из практики России: интернет и телефонные консультации обеспечивают анонимность для молодых людей

Программа: программа “Позитивная жизнь”, фонд “Центр социального развития и поддержки здоровья мужчин” (фонд МужЗдрав), Российская Федерация

Фонд МужЗдрав (в партнерстве с одной из неправительственных организаций) предлагает услуги молодым ВИЧ-инфицированным мужчинам (18–25 лет), имеющим секс с мужчинами, в шести регионах Российской Федерации. Многие молодые люди не хотят посещать группы поддержки, опасаясь, что их сексуальная ориентация или ВИЧ-статус будут публично обнародованы, и поэтому программа позитивной жизни предлагает им индивидуальные консультации по таким каналам, как телефон, социальные медиа и Skype.

В каждом из шести регионов неформальные консультанты обслуживают “горячую телефонную линию”, номер которой широко распространяется. Консультирование также предлагается через Skype, и молодые люди могут задать вопросы консультантам по электронной почте, Facebook, или через профиль консультанта на веб-сайтах, ориентированных на геев.

Консультанты предоставляют обратившимся к ним клиентам информацию по таким вопросам, как сексуальность, безопасный секс, ИППП, приверженность к АРТ, побочные эффекты АРВ-терапии и раскрытие ВИЧ-статуса своим сексуальным партнерам. Клиентов информируют об услугах, оказываемых данным проектом. Клиентам также предлагают посетить офис проекта для прохождения оценки или для того, чтобы они могли получить направление в соответствующее учреждение. Тем клиентам, которые не хотят посетить офис проекта, опасаясь того, что они могут быть идентифицированы как геи, предлагают посетить одного из 20 медицинских специалистов в шести регионах, которые проявляют чувствительность к конкретным потребностям мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, и которые предоставляют необходимые услуги без стигмы и дискриминации.

В проекте задействовано около 80 обученных неформальных консультантов – как сотрудников проекта, так и волонтеров. Все консультанты проекта “Позитивная жизнь” проходят централизованное обучение. Их дальнейшее обучение и наставничество, включая надзор, проводится в региональных отделениях проекта, а также силами сотрудников центрального офиса проекта, которые регулярно выезжают в регионы. В 2013 г. консультанты программы “Позитивная жизнь” провели почти 1900 телефонных консультаций и 1350 онлайн-консультаций.

Вовлечение членов ключевых групп населения

Члены ключевого населения должны быть вовлечены в процесс разработки программ, в том числе в их планирование, осуществление, мониторинг и оценку. Такое участие может повысить в местном сообществе чувство сопричастности и, тем самым, будет способствовать успеху программы. Люди из ключевых групп населения также могут быть вовлечены в такую работу в качестве поставщиков услуг и пропагандистов.

Пример из практики США: наращивание потенциала для оказания транссексуалам соответствующих услуг вне ЛПУ

Программа: Центр передового опыта по охране здоровья трансгендеров, Калифорнийский университет, США
Веб-сайт: <http://transhealth.ucsf.edu>

Миссией Центра передового опыта по охране здоровья трансгендеров является повышение доступа транссексуалов и других групп населения к нестандартной гендерной идентичностью к комплексным, высококачественным и эффективным медицинским услугам, направленным на удовлетворение их потребностей. Конечная цель заключается в повышении общего уровня здоровья и благополучия транссексуалов путем разработки и реализации программ в соответствии с потребностями, выявленными на местном уровне. Ключевая группа преподавателей и сотрудников с различными видами опыта и квалификации разрабатывает и предлагает соответствующие программы – с учетом информации и рекомендаций, полученных от национального консультативного совета, состоящего из 14 лидеров трансгендерных групп населения из всех частей Соединенных Штатов Америки.

Проекты Центра передового опыта направлены на решение широкого ряда проблем со здоровьем среди транссексуалов. Одним из видов деятельности является разработка руководств по широкому кругу вопросов, относящихся к первичной медицинской помощи, например, таких как первичная и профилактическая помощь, гормональная терапия, охрана психического здоровья, молодежные проблемы и хирургические вмешательства. Соответствующие протоколы были опубликованы онлайн (<http://Transhealth.UCSF.edu/protocols>). Кроме того, проект Transitions помогает наращивать потенциал общественных организаций адаптироваться, а также осуществлять и оценивать научно обоснованные меры по профилактике ВИЧ-инфекции среди трансгендеров.

Пример из практики Танзании: услуги в области укрепления потенциала и обучения

Программа: Врачи мира, Танзания

Веб-сайт: <http://www.medecinsdumonde.org>

Организация “Врачи мира” в Танзании предоставляет комплексные услуги по снижению вреда, в число которых входят следующие: распространение игл и шприцев; направление клиентов в службы ОЗТ; развитие видов деятельности местного населения, приносящих доход; а также направление клиентов в учреждения, где они могут получить необходимые юридические услуги. В более широком смысле, организация “Врачи мира” участвует в укреплении потенциала неправительственных и общинных организаций в такой области, как предоставление услуг по снижению вреда. Особое внимание уделяется созданию дроп-ин центров с программой игл и шприцев, а также специализированных центров/убежищ для женщин, пострадавших от насилия – с дополнительными услугами, предназначенными для их детей. В 2013 г. более 2000 человек прошли обучение по методам снижения вреда.

Организация также помогла создать национальные и районные комитеты по снижению вреда с участием представителей различных правительственных и неправительственных организаций и учреждений. Деятельность подкомитетов на национальном и районном уровнях сосредоточена на мобилизации ресурсов. Постоянный диалог с городскими, районными и национальными органами и ознакомительные встречи и совещания, организуемые для сотрудников полиции, медицинского персонала и журналистов, были важными элементами работы.

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ДОСТУПНОСТЬ

Принятие мер по мобилизации денежных средств

Важными условиями успешной деятельности являются приверженность правительства и адекватное финансирование. Использование такого подхода, как государственно-частные партнерства, может способствовать более равномерному распределению затрат.

Минимизация или устранение оплаты за услуги

Везде, где это возможно, услуги должны предоставляться бесплатно или по сниженной цене. Любые платежи за услуги должны покрываться за счет субсидий из фондов страхования или фондов здравоохранения.

Сокращение расходов

Затраты со стороны как системы здравоохранения, так и клиентов могут быть снижены за счет таких подходов, как интеграция и децентрализация соответствующих служб и расширение аутрич-услуг, в том числе в местах, удобных для клиентов. Затраты для клиентов также могут быть снижены за счет сокращения времени ожидания в местах оказания услуг с помощью гибкой системы записи на прием и отделения потоков пациентов, нуждающихся в обследовании и консультации, от пациентов, приходящих только для получения лекарств.

РАЗРАБОТКА И РЕАЛИЗАЦИЯ МЕР ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ ВИЧ- ИНФЕКЦИИ: ПРИНЯТИЕ РЕШЕНИЙ, ПЛАНИРОВАНИЕ И МОНИТОРИНГ

7.1	Вводная часть	130
7.1.1	Основополагающие принципы	131
7.2	Формирование понимания ситуации	132
7.3	Планирование и реализация мер по противодействию ВИЧ-инфекции	135
7.4	Мониторинг и оценка мер противодействия ВИЧ-инфекции	136
7.5	Непрерывное планирование и развитие мер противодействия ВИЧ-инфекции	136

7 РАЗРАБОТКА И РЕАЛИЗАЦИЯ МЕР ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ: ПРИНЯТИЕ РЕШЕНИЙ, ПЛАНИРОВАНИЕ И МОНИТОРИНГ

7.1 Вводная часть

Для реализации рекомендаций, изложенных в данном руководстве, нужна стратегия, которая основана на фактических данных и разработана с учетом местных условий. Планирование, принятие решений и мониторинг являются звеньями непрерывного процесса. Следует отметить, что на этапе реализации плана действий, разработанного на основе фактических данных, всегда следует осуществлять мониторинг и оценку прогресса. Полученные данные затем используются для коррекции стратегии и ее дальнейшей реализации (рис. 7.1).

Рис. 7.1 Цикл планирования, реализации и оценки программ



7.1.1 Основоплагающие принципы

Для обеспечения эффективности процесса разработки и реализации мер противодействия ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения на национальном или субнациональном уровнях следует руководствоваться следующими основными принципами:

- При принятии решений нужно основываться на **принципах этики и соблюдения прав человека**. Планируемые меры противодействия ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения и сам процесс принятия решений должны носить недискриминационный характер и быть подотчетными перед группами населения, для которых они предназначены, а при реализации этих мер нужно основываться на принципах уважения автономии и прав этих групп. Кроме того, при проведении любых мероприятий следует руководствоваться принципами справедливости и равенства.
- **Конструктивное (значимое) участие затронутых общин** имеет решающее значение для обеспечения того, чтобы разработанные и принятые решения, планы и программы были справедливыми и приемлемыми для членов общины и соответствовали реальным потребностям населения. Представители ключевых групп населения должны быть вовлечены в деятельность, направленную на противодействие ВИЧ-инфекции, на всех ее этапах (проектирование – реализация – мониторинг – оценка) (1). Успешные меры по расширению прав и возможностей местных сообществ (см. раздел 5.4) способствуют развитию способностей членов общины и общественных организаций принимать значимое участие в этих процессах. Организации, возглавляемые местными сообществами, играют важнейшую роль в предоставлении таких видов услуг, которые наилучшим образом отвечают потребностям ключевых групп населения.
- **Участие всех заинтересованных сторон**. Для противодействия ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения нужны многосекторальные действия. Поэтому участие в процессе планирования мер противодействия должны принимать несколько секторов. Во вставке 7.1 приведен список потенциальных заинтересованных сторон, которые желательно вовлечь в процесс планирования.
- **Координированный подход**. Национальный менеджер программы по борьбе с ВИЧ-инфекцией и соответствующий орган, например, национальная комиссия по борьбе с ВИЧ/СПИДом, должны взять на себя ответственность за управление всем процессом планирования и содействия участию заинтересованных сторон и местных сообществ. Полезным подходом может быть назначение сотрудника, ответственного за работу по разработке и координации услуг и вопросов, связанных с ключевыми группами населения, в рамках национальной комиссии по СПИДу (или аналогичного высшего органа). В больших и разнообразных странах разработка национальной программы включает разработку соответствующих стратегий на местном и субнациональном уровнях под централизованным руководством и при координации действий на национальном уровне.
- **Открытость и прозрачность**. Информация, которая была использована для обоснования принятых решений должна быть доступна общественности, включая информацию об ожидаемой эффективности и ожидаемом риске, а также о распределении положительных (выгоды для здоровья) и отрицательных (бремя) аспектов таких решений для различных групп населения.
- **Опора на доказательства (фактические данные)**. Политика, меры и подходы должны быть основаны на достоверных доказательствах или опыте.
- **Обеспечение справедливости**. Программы должны быть направлены на достижение справедливых результатов для здоровья во всех группах населения и во всех условиях, а также содействовать обеспечению гендерного равенства.
- **Эффективность и устойчивость**. Программы должны стремиться к тому, чтобы предоставляемые услуги были наиболее эффективными, в том числе с экономической точки зрения, и чтобы они были устойчивыми в долгосрочной перспективе.

Вставка 7.1 Потенциальные заинтересованные стороны, которые желательно вовлечь в процесс планирования

- Эксперты программ, менеджеры программ и работники здравоохранения в государственном и частном секторах, работающие в следующих сферах: программы и центры, занимающиеся вопросами профилактики и лечения ВИЧ-инфекции (консультирование и тестирование на ВИЧ, АРТ и ППМР), сексуального и репродуктивного здоровья, здоровья матери и ребенка, психического здоровья, гепатологии и туберкулеза, наркотической зависимости и снижения вреда, а также программы здравоохранения в пенитенциарных учреждениях;
- гражданское общество, включая людей, живущих с ВИЧ, женщин и молодежь, религиозных лидеров и людей с ограниченными возможностями;
- технические специалисты, работающие в таких конкретных областях, как лабораторное обеспечение, фармакология, лекарственная устойчивость, борьба с лекарственной токсичностью, организация поставок, охрана общественного здоровья;
- государственные партнеры, в том числе представители соответствующих министерств, таких как министерства здравоохранения, юстиции и правосудия, внутренних дел, финансов и планирования, а также региональных (например, областных) органов управления;
- неправительственные организации, включая международные организации, религиозные организации, другие местные неправительственные и общинные организации и сервисные организации частного сектора;
- эксперты по финансовым и бюджетным вопросам, такие, например, как специалисты по программному бюджету и экономисты здравоохранения;
- академические учреждения, включая экспертов по операционным и внедренческим исследованиям, а также по вопросам этики, обучения и контроля;
- профессиональные ассоциации работников здравоохранения разного уровня (например, ассоциации врачей, медсестер или общественных работников здравоохранения).

7.2 Формирование понимания ситуации

Эффективность вмешательств в основном пакете мер убедительно доказана. Опыт работы в разных странах продемонстрировал, что такие меры срабатывают в различных условиях. Местные факторы, тем не менее, оказывают влияние на эффективность мер и их воздействие. Для проведения успешных и эффективных мер необходимо учитывать и понимать следующие аспекты: динамика местной эпидемии; характеристики пострадавших (затронутых) групп населения; физические, социальные и политические условия, которые влияют на степень риска и уязвимости; потребности людей из ключевых групп населения, а также любые факторы, которые могут содействовать или препятствовать усилиям, направленным на удовлетворение этих потребностей; системы здравоохранения и местная инфраструктура. Только при наличии этой информации можно приступить к разработке и реализации плана действий на основе фактических данных.

Люди из ключевых групп населения подвержены более высокому риску ВИЧ-инфицирования, чем население в целом, и они имеют особые потребности, связанные со здоровьем. Хотя многие из этих рисков и потребностей и могут быть общими для людей из ключевых групп населения в различных условиях, некоторые факторы будут отличаться среди различных ключевых групп, а некоторые из них будут специфическими для конкретного контекста. Поэтому для обеспечения того, чтобы принимаемые на местном уровне меры были уместными,

приемлемыми и наиболее эффективными, эти риски и потребности должны быть рассмотрены на местном уровне, а местные жители из ключевых групп населения должны быть вовлечены в процесс консультирования и принимать активное участие в ситуационном анализе.

Важно также признать тот факт, что в каждой ключевой группе населения наблюдается значительное разнообразие в характере и уровнях риска. Наибольшему риску, вероятно, подвергаются люди, которых можно отнести к более чем одной ключевой группе. Так, например, некоторые мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами, могут также употреблять инъекционные наркотики или заниматься секс-бизнесом. Поэтому пути ВИЧ-инфицирования таких людей могут быть множественными, что подвергает их более высокому риску. Люди из ключевых групп населения также могут иметь другие характеристики, которые могут увеличить их риск или уязвимость или создать дополнительные потребности в области здравоохранения или социального обеспечения. Например, люди из ключевых групп населения могут быть бездомными, иметь психические расстройства или испытывать другие острые или хронические проблемы со здоровьем.

Меры противодействия ВИЧ-инфекции должны основываться на **данных**, но дефицит или отсутствие данных не должны служить причиной для того, чтобы прекращать или не начинать меры борьбы с ВИЧ-инфекцией среди ключевых групп населения.

Размеры и распределение ключевых групп населения варьируются от места к месту. Для определения масштаба требуемых мер противодействия, оптимального баланса между различными мероприятиями и тех аспектов, которым нужно уделить наибольшее внимание, очень важно, помимо других факторов, оценить размер и распределение ключевых групп населения (см. вставку 7.2 и раздел 7.3).

Очень важно, чтобы и процессы сбора информации, и собранная информация помогали защищать личную безопасность и конфиденциальность людей из ключевых групп населения, а не подвергали их еще большему риску. Во всех случаях необходимо соблюдать этические принципы и обеспечивать защиту прав человека всех людей из ключевых групп населения. В некоторых случаях, усилия по определению численности или характеристики ключевых групп населения могут стать непреднамеренной причиной их стигматизации или даже возникновения повышенного риска, например, в связи с идентификацией как самих этих групп, так и места, где они находятся. Такая информация может также привести к аресту или тюремному заключению людей из ключевых групп населения в тех странах, где их поведение относится к категории криминальных действий. При проведении мероприятий по сбору информации очень важно строго соблюдать принципы уважительного отношения к частной жизни членов ключевых групп населения, а также обеспечивать конфиденциальность и безопасность собранной информации. Если безопасность и права человека людей из ключевых групп населения не могут быть защищены, от сбора некоторых данных – например, о том, где такие люди собираются – лучше отказаться.

С течением времени, как правило, изменяются состав, характеристики и потребности ключевых групп населения, равно как и различные контекстные и средовые факторы. Непрерывный процесс мониторинга и оценки позволит определить изменения соответствующих параметров и скорректировать или переориентировать меры противодействия.

Ситуационный анализ почти наверняка позволит выявить некоторые пробелы в знаниях. Для устранения выявленных пробелов нужно будет разработать и провести соответствующие исследования.

При анализе и интерпретации данных очень важно оценить их качество и выявить наличие потенциальных источников систематической ошибки.

Вставка 7.2 Важнейшая информация, необходимая для принятия решений и планирования мер противодействия ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения

Требуемая информация	Источник информации (см. также вставку 7.4)
Численность ключевых групп населения	<ul style="list-style-type: none"> оценки численности ключевых групп населения
Распространенность ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения	<ul style="list-style-type: none"> программа или система серологического мониторинга
Места нахождения ключевых групп населения/географическое распределение	<ul style="list-style-type: none"> картографические исследования
Основные характеристики ключевого населения, рискованное поведение и проблемы со здоровьем	<ul style="list-style-type: none"> демографические обследования поведенческие исследования обследования общего состояния здоровья
Важные структурные факторы, барьеры для реализации мер противодействия ВИЧ-инфекции, а также потребности ключевых групп населения	<ul style="list-style-type: none"> отчеты об аудите действующих норм законодательства, политики и практики консультации с членами местного населения, организациями гражданского общества и другими заинтересованными сторонами поведенческие исследования
Меры противодействия: доступность, охват, качество и воздействие	<ul style="list-style-type: none"> программные (административные) данные регистры заболеваний интегрированные био-поведенческие исследования. <p><i>(Более подробное описание национального механизма мониторинга и оценки программ приведено во вставке 7.3)</i></p>

В настоящее время имеется ряд руководств по методам оперативной оценки ситуации и разработки мер по ее улучшению, которые могут послужить полезным пособием при проведении начальной и последующих оценок с использованием различных методов сбора данных и проведения анализа на нескольких уровнях:

- *Rapid assessment and response adaptation guide on HIV and men who have sex with men.* Geneva, WHO, 2002. http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/msmrrar.pdf?ua=1
- *The rapid assessment and response guide on injecting drug use (IDU-RAR).* Geneva, WHO, 1998. http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/IDURARguideEnglish.pdf?ua=1
- *The rapid assessment and response guide on psychoactive substance use and sexual risk behaviour (SEX-RAR).* Geneva, WHO, 2002. http://www.who.int/entity/mental_health/media/en/686.pdf?ua=1
- *Rapid assessment and response adaptation guide for work with especially vulnerable young people.* Geneva, WHO, 2004 http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/youngpeoplerrar.pdf?ua=1

7.3 Планирование и реализация мер по противодействию ВИЧ-инфекции

Ниже приведен ряд аспектов (с соответствующими вопросами), которые должны быть учтены при разработке и реализации национальных мер по противодействию ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения.

Ориентация мер противодействия

- Какие ключевые группы населения и какие подгруппы в этих группах подвергаются наибольшему риску?
- Какие законы, стратегии, нормативы и руководящие принципы должны быть разработаны или пересмотрены?

Реализация мер противодействия

- Какие меры должны быть реализованы и как определить приоритетность их реализации?
- Где и в каком масштабе следует проводить соответствующие меры?¹
- Какие цели и сроки должны быть установлены для реализации мер противодействия и расширения их масштабов?
- Как и в какой степени следует децентрализовать и интегрировать систему предоставления услуг для обеспечения наилучшего охвата ключевых групп населения?
- Какие способы предоставления услуг являются наиболее подходящими?
- В чем заключаются роли и обязанности различных заинтересованных сторон в процессе осуществления мер противодействия и достижения согласованных целей?

Необходимые ресурсы

- Являются ли затраты на меры противодействия приемлемыми в сравнении с издержками, связанными с бездействием?
- Какие финансовые, человеческие, инфраструктурные и другие ресурсы необходимы для реализации мер противодействия? Какие ресурсы имеются в настоящее время, какие дополнительные ресурсы потребуются и как они могут быть получены? Какие виды работников здравоохранения и смежных профилей необходимы, и как они будут набраны и обучены? Каким образом распределение и перераспределение обязанностей может способствовать более оптимальному использованию имеющихся людских ресурсов и расширению предоставляемых услуг?
- Каким образом экономия за счет эффекта масштаба и синергии между мерами противодействия ВИЧ-инфекции и другими мерами и мероприятиями в области здравоохранения позволит сократить затраты и улучшить предоставление услуг?

Мониторинг и оценка

- Каким образом будет осуществляться мониторинг и оценка принимаемых мер?
- Какие меры нужно предпринять для укрепления стратегических информационных систем в области мониторинга и оценки?

Риски, результаты и воздействия

- Какие потенциальные факторы риска и уязвимости связаны с планируемыми мерами противодействия и какие стратегии позволяют смягчить их влияние? Факторы риска можно разделить на внутренние и внешние. Внутренние факторы включают сокращение бюджета, кражу расходных материалов, постепенную утечку медицинских работников и развитие лекарственной устойчивости. Внешние факторы могут включать потерю внешней финансовой поддержки, политическую нестабильность и стихийные бедствия.

¹ Что касается АРТ, то с информацией о соображениях по реализации и расширению услуг в соответствии с основными рекомендациями можно ознакомиться в документе «Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции (2013 г.)».

7.4 Мониторинг и оценка мер противодействия ВИЧ-инфекции

Для оценки структурного и медицинского компонентов противодействия ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения необходима система мониторинга и оценки. Очень важно, чтобы такая система была практичной и не слишком сложной и чтобы она собирала актуальную и полезную информацию.

ВОЗ и партнерские организации ООН разработали ряд методических основ мониторинга реализации мер противодействия ВИЧ-инфекции среди населения в целом и среди ключевых групп населения. Описание таких методических основ приведено в следующих документах:

- *Tool for setting and monitoring targets for prevention, treatment and care for HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men, sex workers and transgender people.* Женева, ВОЗ, готовится к печати.
- *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users – 2012 revision.* [Техническое руководство для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди лиц, употребляющих инъекционные наркотики – обновление 2012 года.]. Geneva, WHO, 2012. http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/
- *Consolidated HIV M&E guidelines.* Geneva, WHO, in preparation (Женева, ВОЗ, на этапе подготовки).

Система мониторинга и оценки – это неотъемлемая часть процесса противодействия ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения.

Каждый из этих документов содержит рекомендацию определить набор соответствующих индикаторов на национальном уровне. Эти индикаторы используются для различных целей, например, для оценки ключевых факторов, связанных с благоприятной средой; для измерения доступности, охвата и качества конкретных мер и мероприятий; а также для анализа их результатов и воздействия (вставка 7.3). Индикаторы также могут быть использованы при подготовке предложений о проведении программ или проектов или при подготовке отчетов о прогрессе для донорских организаций.

Следующие документы содержат дополнительные указания по мониторингу и оценке, включая указания по проведению оценки на субнациональном уровне:

- *Operational guidelines for monitoring and evaluation of HIV programmes for sex workers, men who have sex with men and transgender people.* Geneva, UNAIDS, 2012. http://unaids.org.cn/en/index/Document_view.asp?id=712
- *Operational guidelines for monitoring and evaluation of HIV programmes for people who use drugs.* Geneva, UNAIDS, 2011, draft. <http://www.cpc.unc.edu/measure/tools/hiv-aids/operational-guidelines-for-m-e-of-hiv-programmes-for-people-who-inject-drugs/idu-service-delivery-level-guidelines/view>

Для процесса мониторинга и оценки требуются данные из различных источников, включая следующие: результаты поведенческих исследований и серологического мониторинга, программные и административные данные, а также информация, собранная путем обзора стратегических документов и законодательных положений и в ходе консультаций с экспертами и заинтересованными сторонами (вставка 7.4). При проведении анализа и интерпретации данных следует учитывать как уровень их качества, так и присущие им ограничения.

7.5 Непрерывное планирование и развитие мер противодействия ВИЧ-инфекции

Установление четких, достижимых и амбициозных целей имеет решающее значение при планировании расширения мероприятий по достижению целей в области противодействия ВИЧ-инфекции. В этих целях должно быть конкретно указано, каких именно результатов должна достичь национальная программа (или проект) в течение определенного периода времени. Цели могут быть установлены как для индикаторов, характеризующих успех конкретных мер или мероприятий, так и для индикаторов, характеризующих более широкие результаты и воздействия (вставка 7.3).

Индикаторы мероприятий и способствующих факторов либо отражают наличие, охват и качество мероприятий или услуг, либо помогают оценить изменения средовых факторов (например, пересмотр законодательства) в определенные сроки.

В ходе работы также устанавливаются целевые ориентиры, например, такие, как достижение сокращения риска заболевания ВИЧ-инфекцией и ИППП до уровня, достаточного для контроля эпидемии, и обеспечение адекватных услуг лечения и ухода за людьми, живущими с ВИЧ или ИППП.

Индикаторы **результатов и воздействия** используются для оценки того влияния, которое принятые меры оказали на степень подверженности риску (например, на процент людей, которые постоянно пользуются презервативами) или на динамику эпидемии ВИЧ-инфекции или ИППП (например, на заболеваемость ВИЧ-инфекцией или ИППП).

Как и процесс планирования в целом, процесс установления целей должен быть совместным, т.е. участие в нем должны принимать все заинтересованные стороны. При установлении целевых ориентиров следует рассмотреть, являются ли они реалистичными и могут ли быть собраны соответствующие данные. Целевые ориентиры, основанные на программных стратегиях, должны устанавливаться с учетом как характера местной эпидемии, так и тех результатов, которые могут быть реально достигнуты на основе имеющихся или доступных финансовых средств и других ресурсов. Моделирование может помочь определить то, как именно достижение того или иного уровня целевых ориентиров повлияет на динамику эпидемии.

Исходная (базовая) оценка. Первоначальная оценка должна позволить оценить масштабы текущих мер противодействия проблеме путем анализа доступности, охвата и качества проводимых мер, а также анализа существующих способствующих и препятствующих факторов. Эта информация служит основой для отслеживания прогресса. Кроме того, в ходе такой оценки следует определить уровень имеющихся ресурсов и технических возможностей, чтобы выявить потребности в дополнительных ресурсах и адаптировать планируемые меры с учетом конкретных возможностей. Только на основе такой информации можно установить реалистичные цели и сроки их достижения.

Оценка затрат. Оценка затрат, связанных с выполнением рекомендаций, является одним из ключевых этапов процесса планирования их внедрения и реализации. В настоящее время имеется ряд инструментов и методик для оценки затрат. Так, например, система Spectrum представляет собой комплекс моделей и аналитических средств, используемых при принятии решений. К ним относятся несколько программных приложений, включая AIM (AIDS Impact Model [Модель воздействия СПИДа]) и Goals (Cost and Impact of HIV Interventions [Затраты на меры борьбы с ВИЧ и эффект этих мер]). Большинство стран уже подготовили файлы AIM в ходе проведения своих национальных эпидемиологических оценок. Поэтому оба модуля могут быть использованы быстро и без дополнительных усилий. С системой Spectrum можно ознакомиться в интернете по адресу: <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/spectrumcpp2013/>.

OneHealth является программным средством, предназначенным для усиления механизмов анализа системы здравоохранения и калькуляции затрат, а также для разработки сценариев финансирования на страновом уровне. Эта программа была специально разработана для использования в странах с низким и средним уровнями доходов. Организаторы здравоохранения могут использовать ее в качестве единой платформы для планирования, калькуляции затрат, анализа воздействия, бюджетирования и финансирования стратегий, касающихся всех основных заболеваний и компонентов системы здравоохранения. Программу OneHealth можно загрузить бесплатно (Futures Institute, 2013) по адресу: <http://www.futuresinstitute.org/onehealth.aspx>.

ЮНЭЙДС разработала методику «The human rights costing tool (HRCT)», которая представляет собой гибкий механизм расчета затрат, связанных с обеспечением ключевых способствующих факторов, таких как комплексное лечение и программы повышения информированности о правах человека, наличие соответствующих юридических услуг, программы по снижению стигмы и дискриминации, а также соответствующее обучение медицинских работников и сотрудников правоохранительных органов. Эта методика также может быть загружена бесплатно, вместе с руководством пользователя (2, 3) по адресу:

www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/data-and-analysis/tools/The_Human_Rights_Costing_Tool_v_1_5_May-2012.xlsx и

www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/The_HRCT_User_Guide_FINAL_2012-07-09.pdf

Вставка 7.3 Индикаторы мониторинга и оценки реализации мер противодействия ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения

Чтобы понять, насколько эффективными и действенными являются меры противодействия, следует провести оценку наличия ряда важнейших условий успеха применительно к каждой группе ключевого населения. Для оценки соблюдения каждого из этих условий имеется ряд полезных индикаторов.

Подробное описание этих индикаторов приведено в нижеуказанных руководствах ВОЗ, посвященных ключевым группам населения: *Tool for setting and monitoring targets for prevention, treatment and care for HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men, sex workers and transgender people* (готовится к печати); и *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users – 2012 revision* [Техническое руководство для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди лиц, употребляющих инъекционные наркотики – обновление 2012 года.], http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/.

Для успешной реализации мер противодействия требуется наличие поддерживающих стратегий, законодательных положений и других структурных факторов.

Степень достижения этой цели можно измерить с помощью следующих **структурных** индикаторов:

- аудит действующих законодательных положений и стратегий
- число организаций, возглавляемых ключевыми группами населения
- конструктивное (значимое) участие членов ключевых групп населения в разработке политики и стратегий
- юридические услуги в поддержку ключевых групп населения
- вспомогательные услуги для тех членов ключевых групп населения, которые испытывают насилие
- курсы обучения для сотрудников правоохранительных органов с целью повышения их чувствительности к потребностям ключевых групп населения
- курсы обучения для работников здравоохранения и служб социальной защиты с целью повышения их чувствительности к потребностям ключевых групп населения

Предоставляемые услуги должны быть доступными для ключевых групп населения.

Достижение этой цели можно измерить с помощью следующих индикаторов **доступности**:

- число пунктов (мест), где ключевые группы населения могут получить необходимые услуги
- количество и процент тех пунктов (мест), созданных в рамках программ, направленных на ключевые группы населения, где можно получить соответствующие услуги
- число и процент пунктов (мест), созданных в рамках основных программ, в которых соответствующие услуги предлагаются с достаточным уровнем чувствительности к потребностям ключевых групп населения
- процент всех пунктов (мест), где оказывают соответствующие услуги: либо в рамках основных программ с достаточным уровнем чувствительности к потребностям ключевых групп населения, либо в рамках программ, ориентированных на ключевые группы населения

- процент членов выборки из ключевых групп населения, сообщающих о легкой доступности соответствующих услуг
- географическое отображение местонахождения ключевых групп населения с указанием мест, где можно получить соответствующие услуги.

Предоставляемые услуги должны охватывать тех людей, которые в них действительно нуждаются.

Степень достижения этой цели можно измерить с помощью следующих индикаторов **охвата**:

- число и процент ключевых групп населения, обеспеченных услугами в течение определенного отчетного периода
- количество расходных материалов (например, игл и шприцев и презервативов), распределенных на одного члена ключевого населения в течение определенного отчетного периода
- процент членов выборки из ключевых групп населения, сообщающих о том, что они получили соответствующие услуги в течение определенного отчетного периода.

Услуги могут быть эффективными только тогда, когда они предоставляются надлежащим образом.

Степень достижения этой цели можно измерить с помощью следующих индикаторов **качества**:

- обзор программной политики и практики с помощью контрольного списка для оценки качества программы
- процент сотрудников, прошедших обучение, направленное на повышение их чувствительности к потребностям ключевых групп населения
- процент членов ключевого населения, которые сообщают о том, что они были охвачены услугами, например, о том, что получают презервативы вместе с соответствующими лубрикантами
- процент случаев, когда конкретная услуга была оказана в сочетании с предоставлением другой конкретной и важной услуги (смотрите выше).

Намеченные цели должны быть достигнуты.

Степень достижения этой цели можно измерить с помощью следующих индикаторов **результатов и процесса**:

- распространенность рискованного поведения в ключевых группах населения
- заболеваемость инфекциями среди ключевых групп населения
- распространенность инфекций среди ключевых групп населения
- частота ВИЧ-ассоциированной смертности среди ключевых групп населения
- распространенность случаев, когда люди из ключевых групп населения испытывают стигматизацию и дискриминацию
- частота случаев насилия против людей из ключевых групп населения.

Вставка 7.4 Источники данных

Поведенческие и серологические исследования среди ключевых групп населения могут представить данные о распространенности заболеваний, а также об опыте, рисках и востребованности услуг среди людей из этих групп. Многие страны уже проводят периодические биоповеденческие исследования ключевых групп населения в рамках постоянного мониторинга эпидемии ВИЧ-инфекции. Обобщаемость результатов исследований зависит от того, насколько репрезентативной данная выборка является для всего ключевого населения. Поэтому очень важно проанализировать вероятность систематической ошибки, связанной с отбором участников исследования. Поведенческие обследования подвержены систематическим ошибкам, например, таким как тенденция давать социально желательные ответы и ошибка воспоминания.

Программные или административные данные. В рамках большинства программ при предоставлении услуги регулярно записывается по крайней мере некоторая базовая информация. Она может относиться к числу людей, получивших услугу, базовым сведениям о клиенте и числе принадлежностей (изделий), которые были использованы или распределены.

Для оценки услуг, предоставляемых людям из ключевых групп населения, программные данные должны быть разбиты по группам ключевого населения. Программы, ориентированные на ключевые группы населения, могут предоставить специфические данные, относящиеся только к этим группам. Программы, которые предоставляют услуги многим различным группам или населению в целом, как правило, не позволяют получить такую информацию.

Изучение имеющейся документации и консультации с экспертами. Анализ различных программных документов и законодательных положений может выявить наличие или отсутствие различных законов, нормативов или правил, которые могут повлиять на людей из ключевых групп населения.

Оценка численности ключевых групп населения. Получение достоверных оценок численности ключевых групп населения может быть сложной задачей. Для этой цели могут быть использованы различные способы, но при их использовании следует учитывать, что каждый из них имеет свои преимущества и недостатки. Общие методы включают перепись и подсчет населения, общие обследования населения, метод первичного и повторного обследования, метод множителя и методы расширения сетей. Полезным подходом является получение нескольких оценок с помощью различных методик и триангуляции результатов. Кроме того, необходимо дать четкие определения различных ключевых групп населения.

Источники для подготовки методических рекомендаций

- *Tool for setting and monitoring targets for prevention, treatment and care for HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men, sex workers and transgender people.* Geneva, WHO, forthcoming.
- *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users – 2012 revision.* Geneva, WHO, 2012. http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/
- *Consolidated HIV monitoring and evaluation guidelines.* Geneva, WHO, in preparation.
- *Interim guidelines on protecting the confidentiality and security of HIV information: proceedings from a workshop 15–17 May 2006, Geneva, Switzerland.* Geneva, UNAIDS, 2007. http://data.unaids.org/pub/manual/2007/confidentiality_security_interim_guidelines_15may2007_en.pdf
- *Guidelines on estimating the size of populations most at risk to HIV.* Geneva, WHO, 2010. http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/final_estimating_populations_en.pdf
- *HIV in prisons: Situation and needs assessment toolkit.* Vienna, UNODC, 2010. http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/HIV_in_prisons_situation_and_needs_assessment_document.pdf
- *Rapid assessment and response adaptation guide on HIV and men who have sex with men (MSM-RAR).* Geneva, WHO, 2002. http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/msmrar.pdf?ua=1
- *The rapid assessment and response guide on injecting drug use (IDU-RAR).* Geneva, WHO, 1998. http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/IDURARguideEnglish.pdf?ua=1
- *The rapid assessment and response guide on psychoactive substance use and sexual risk behaviour (SEX-RAR).* Geneva, WHO, 2002. http://www.who.int/entity/mental_health/media/en/686.pdf?ua=1
- *Rapid assessment and response adaptation guide for work with especially vulnerable young people.* Geneva, WHO, 2004. http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/youngpeoplerrar.pdf?ua=1

ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИЙ ГЛОССАРИЙ ДЛЯ РУССКОГО ИЗДАНИЯ

DALY (DALYs) – смотрите **Индекс DALY**

ИТТ-анализ (англ. *intention-to-treat analysis*) (синоним: **статистический анализ результатов исследования в зависимости от назначенного лечения**)

Метод анализа данных рандомизированного контролируемого испытания, когда результаты вмешательства анализируются с учетом того, к какой группе — основной или контрольной — пациент был отнесен при рандомизации, независимо от того, что именно произошло после рандомизации (например, отклонение от протокола лечения, досрочный выход из исследования и т.д.).

PICO – смотрите **Процесс или принцип PICO**

Гендер (англ. *gender*); синоним: **социальный пол**

Специфический набор культурных характеристик, определяющих социальное поведение женщин и мужчин, их взаимоотношения друг с другом и гендерные роли. Термины «гендер» и «гендерный» используются для обозначения социальных аспектов взаимоотношений между женщинами и мужчинами. Гендерные роли — это усвоенное поведение, которое обуславливает деятельность, задачи и ответственность, воспринимаемые как мужские или женские. Гендерные роли изменчивы и многообразны как в пределах одной культуры, так и в различных культурах. В контексте данного документа термин «гендер», главным образом, используется для обозначения гендерной идентичности, гендерного самовыражения и полоролевого поведения людей.

Гендерная идентичность (англ. *gender identity*)

Ощущение принадлежности к определенному полу, не обязательно совпадающему с биологическим полом, включая бигендерное или кроссгендерное самоощущение.

Генерализованная эпидемия ВИЧ-инфекции (англ. *generalized HIV epidemic*)

Вид эпидемии, когда ВИЧ-инфекция широко распространена среди населения в целом. В количественном выражении это означает, что показатели распространенности ВИЧ-инфекции среди беременных женщин устойчиво превышают 1%.

Гражданский (паспортный) пол (англ. *assigned sex*)

Официально регистрируемый пол, устанавливаемый при рождении ребенка по строению наружных половых органов. Синонимы: аскриптивный пол, приписанный пол, акушерский пол, морфологический пол, биологический пол и т.д.

Доконтактная профилактика ВИЧ-инфекции (ДКП) (англ. *pre-exposure prophylaxis (PrEP)*). Пероральная доконтактная профилактика ВИЧ-инфекции означает ежедневный прием оральных АРВ-препаратов ВИЧ-отрицательными лицами для предотвращения заражения ВИЧ. ДКП особенно рекомендуется для серодискордантных пар.

Дополнительная (подчищающая) иммунизация (англ. *catch-up vaccination; top-up vaccination*)

Проведение дополнительных прививок (т.е. прививок, не входящих в календарь плановой вакцинации) с целью охвата групп населения, оставшихся непривитыми.

Дроп-ин центры (англ. *drop in centres*)

Пункты, куда клиенты могут зайти для того, чтобы получить стерильные иглы и шприцы, сдать использованные иглы и шприцы, получить ту или иную консультацию, а иногда просто для того, чтобы выпить чашку кофе и погреться. Часто в подобных местах предоставляются дополнительные медицинские и социальные услуги, имеется душевая, стиральные машины и т.п.

Злоупотребление психоактивными веществами (англ. *substance abuse, drug abuse, substance misuse*)

Этот термин означает вредное или опасное употребление психоактивных веществ, включая алкоголь, наркотические средства и органические растворители. Употребление психоактивных веществ может привести к синдрому зависимости, который представляет собой комплекс негативных поведенческих, когнитивных и физиологических проявлений, которые развиваются после регулярного употребления психоактивных веществ. Как правило, эти проявления включают следующие: сильное желание принять психоактивное вещество; неспособность контролировать уровень его употребления; продолжение употребления вещества несмотря на вредные последствия; повышенная толерантность к психоактивным веществам; синдром отмены и т.д.

Индекс DALY (англ. *DALYs*), сокр. от «*Disability-adjusted life years*»); синонимы: годы жизни, скорректированные по нетрудоспособности; число лет жизни, скорректированных с учетом нетрудоспособности и т.д.)

Показатель, используемый Всемирной организацией здравоохранения для количественной оценки общего бремени болезней. При расчете данного показателя суммируются годы жизни, утраченные из-за преждевременной смерти, и годы здоровой жизни, утраченные вследствие заболеваний, нетрудоспособности и инвалидности.

Ключевые группы населения (*key populations*)

В рамках данного документа этот термин означает пять конкретных групп населения, которые на данный момент подвергаются повышенному риску ВИЧ-инфицирования из-за специфических видов рискованного поведения – независимо от типа эпидемии или местного контекста. Кроме того, эти группы часто испытывают юридические и социальные проблемы, связанные с их поведением, которые еще больше повышают их уязвимость к ВИЧ-инфекции. К их числу относятся: мужчины, имеющие секс с мужчинами; люди, находящиеся в пенитенциарных и закрытых учреждениях; люди, употребляющие инъекционные наркотики; секс-работники; трансгендеры.

Компенсационный эффект применительно к риску (англ. *risk compensation*)

В контексте данной публикации это понятие можно объяснить следующим образом. Люди часто корректируют свое поведение в соответствии с уровнем осознаваемого риска. Иными словами они проявляют большую степень осторожности, когда они чувствуют себя подверженными высокому риску, и меньшую – когда они чувствуют себя более защищенными. Если люди, ложно считающие себя защищенными, будут вести более рискованный образ жизни, то польза от действий, направленных на снижение риска, может быть снижена или сведена на нет.

Концентрированная эпидемия ВИЧ-инфекции (англ. *concentrated HIV epidemic*)

ВИЧ-инфекция быстро распространилась и продолжает распространяться в одной или нескольких определенных группах населения, но еще не получила широкого распространения среди населения в целом. В количественном выражении это означает, что показатели распространенности ВИЧ-инфекции устойчиво превышают 5% по меньшей мере в одной из групп населения, но они ниже 1% среди беременных женщин, проживающих в городской местности.

Кратковременное поведенческое вмешательство или краткосрочное психосоциальное вмешательство (англ. *brief intervention*)

Такое вмешательство представляет собой краткое мотивационное интервьюирование пациента с целью коррекции вредных стереотипов поведения (рискованное сексуальное поведение, употребление психоактивных средств и алкоголя и т.д.). Кратковременное вмешательство предусматривает выявление вредных стереотипов поведения, доступное и объективное информирование пациентов, чтобы повысить их осведомленность о потенциальных проблемах, последствиях и рисках, связанных с их поведением, и рекомендации, помогающие им начать более безопасный образ жизни. Термины-синонимы: на англ. яз. – *brief advice intervention, brief psychosocial interventions, brief behavioral intervention, brief intervention* и т.д.; на русс. яз. – психосоциальное вмешательство, краткосрочное (кратковременное) вмешательство, краткосрочное поведенческое вмешательство, кратковременное психокоррекционное вмешательство, превентивное вмешательство, профилактическое вмешательство и т.д.

ЛПУ (лечебно-профилактическое учреждение) (англ. *health centre, health care centre, clinic* и т.д.)

Учреждение здравоохранения, независимо от организационно-правовой формы и формы собственности, основным видом деятельности которого является оказание населению любых видов медицинской помощи.

ЛУИН (люди, употребляющие инъекционные наркотики) (англ. *PWID (people who inject drugs)*)

В настоящее время ВОЗ рекомендует использовать термин ЛУИН как более правильный по сравнению с ранее используемым термином “потребители инъекционных наркотиков” (ПИН) (англ. *injection drug users*).

Мероприятия по принципу «равный-равному» (англ. *peer interventions; peer-based interventions; peer-driven interventions*)

Суть этого подхода заключается в том, что члены (или бывшие члены) той же группы населения, прошедшие специальную подготовку, проводят образовательную деятельность среди себе подобных для выработки знаний, отношений и навыков, которые будут способствовать формированию более ответственного отношения к здоровью и защите здоровья, в том числе от заражения ВИЧ. Такие люди могут распространять презервативы, стерильные иглы и шприцы, а также информацию по вопросам охраны здоровья, включая информацию о том, где можно получить соответствующие медицинские услуги.

Мета-анализ (англ. *meta analysis*)

Количественный анализ результатов большего числа различных исследований, посвященных изучению одного и того же вопроса, с целью выявления наиболее важных элементов, факторов и тенденций. Мета-анализ обеспечивает более высокую статистическую достоверность результатов исследований за счет увеличения размера выборки.

Неблагоприятные побочные эффекты (англ. *adverse events*); синонимы: побочные реакции, побочные эффекты, побочные действия, неблагоприятные события и т.д.

Любые непреднамеренные и вредные для здоровья человека эффекты, возникающие при использовании лекарственных препаратов в обычных дозах с целью профилактики, лечения и диагностики или для целенаправленного воздействия на физиологические функции организма. Применительно к клиническим исследованиям этот термин означает любые неблагоприятные изменения в состоянии здоровья или побочные эффекты, наблюдаемые у участников исследования в период от начала исследования до заранее установленного срока после его завершения.

Обобщаемость (внешняя достоверность) (англ. *generalizability*)

Степень, в которой результаты исследования или выводы систематического обзора сохраняют свою справедливость в других местах и условиях, например, в условиях повседневной практики.

Общественные работники здравоохранения (англ. *community health workers*)

Члены сообщества, которые систематически оказывают первичную медицинскую помощь местному населению. Они не имеют профессионального медицинского образования, но для приобретения статуса общественного работника здравоохранения они должны пройти стандартизированный и утвержденный на национальном уровне краткий курс обучения по вопросам охраны здоровья.

Одномоментное (поперечное) исследование (англ. *cross sectional study*)

Исследование, направленное на сбор информации о распространенности того или иного заболевания, детерминанта здоровья или иного явления на данный момент или в ограниченный период времени.

Опиоидная заместительная терапия (ОЗТ) (англ. *opioid substitution therapy (OST) или opioid replacement therapy (ORT)*)

Использование синтетического препарата (обычно метадона или бупренорфина) для лечения пациентов с зависимостью от наркотиков, например, героина и морфина. Заместительная терапия предотвращает абстинентный синдром (ломку), помогает преодолеть тягу к нелегальным опиоидам и блокирует их воздействие. Метадон действует как морфин или героин, но имеет более продолжительный эффект. Он не вызывает наркотическую эйфорию и принимается перорально, а не в виде инъекций, что снижает риск заражения инфекциями, передающимися через кровь.

Основные способствующие факторы (англ. *critical enablers*)

В контексте настоящего руководства этот термин означает комплекс стратегий, мероприятий и подходов, направленных на повышение доступности, приемлемости, качества, эффективности, результативности и использования услуг по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции, а также на обеспечение справедливого охвата такими услугами. Способствующие факторы, действующие на многих уровнях, имеют решающее значение для успешной реализации комплексных программ по противодействию ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения во всех эпидемиологических ситуациях.

Отношение рисков (ОР) (англ. *hazard ratio (HR); relative risk (RR); risk ratio*); синоним: относительный риск (ОР)

В медицинской статистике и эпидемиологии этот термин означает отношение вероятности наступления неблагоприятного события (например, заболевания) в группе лиц, подвергающихся воздействию фактора риска, в сравнении с контрольной группой. В случае контролируемых клинических исследований этим термином, как правило, обозначают соотношение вероятности наступления неблагоприятных событий (побочные реакции, ухудшение состояния здоровья и т.д.) в экспериментальной и контрольной группах.

Пенитенциарные учреждения (англ. *prisons, penitentiaries, penitentiary institutions*)

Система учреждений, в которых обеспечивается исполнение уголовных наказаний, наложенных на граждан в соответствии с законом в виде лишения свободы, включая содержание подследственных с момента заключения под стражу до суда. Пенитенциарные учреждения включают изоляторы временного содержания (также известные как следственные изоляторы или СИЗО), тюрьмы, колонии различного режима и любые другие места лишения свободы. В контексте данного документа термины «пенитенциарные учреждения» и «тюрьмы» используются как равнозначные исключительно из соображений удобства, например, в словосочетаниях тюремная администрация.

Периодическое презумптивное лечение (англ. *periodic presumptive treatment (PPT)*)

Периодическое проведение полного курса лечения ИППП, назначаемого на основании допущения о вероятности инфицирования пациента, а не на основании конкретных указаний на наличие заболевания.

Пероральная доконтактная профилактика ВИЧ-инфекции (ДКП) (англ. *oral pre-exposure prophylaxis (PrEP)*)

Ежедневный прием ВИЧ-отрицательными лицами АРВ-препаратов (тенофовир или тенофовир в сочетании с эмтрицитабином) для предотвращения заражения ВИЧ. Как правило, ДКП рекомендуется для неинфицированных партнеров в серодискорданных парах.

ПИН (потребители инъекционных наркотиков) (англ. *injection drug users*) – смотрите ЛУИН.

Постконтактная профилактика ВИЧ-инфекции (ПКП) (англ. *post-exposure prophylaxis (PEP)*)

Этот термин означает прием АРВ-препаратов ВИЧ-отрицательными лицами, которые имели контакт с ВИЧ, с целью снижения вероятности ВИЧ-инфицирования. Рекомендуемый в настоящее время период проведения постконтактной профилактики ВИЧ-инфекции составляет 28 дней. Первую дозу препарата следует принимать как можно скорее в первые 72 часа после экспозиции.

ППМР (профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку)

Комплекс методов предотвращения передачи ВИЧ от матери ребенку, основные элементы которого включают следующие: первичная профилактика ВИЧ-инфицирования среди женщин детородного возраста; профилактика незапланированной беременности среди женщин, живущих с ВИЧ; антиретровирусная терапия; проведение среди матерей, живущих с ВИЧ, мероприятий по лечению, уходу и поддержке.

Презумптивное лечение (англ. *presumptive treatment*) – см. Периодическое презумптивное лечение

Программы игл и шприцев (ПИШ) (синоним: программы распространения игл и шприцев; ранее используемый синоним – программы обмена игл и шприцев) (англ. *needle and syringe programmes*)

Задачей таких программ является распространение среди лиц, употребляющих инъекционные наркотики, стерильного инъекционного инструментария (бесплатно или по низкой стоимости), чтобы устранить или уменьшить практику инъекций нестерильными иглами и шприцами. ПИШ позволяют добиться существенного и экономически эффективного снижения передачи ВИЧ среди людей, употребляющих инъекционные наркотики (ЛУИН), а также способствуют снижению передачи в этой группе населения других передающихся

через кровь заболеваний, таких как вирусный гепатит В и С. Программы игл и шприцев – это одна из важнейших составляющих комплекса мер по снижению уровня ВИЧ-инфицирования среди ЛУИН. Эти меры направлены на достижение трех целей: 1) предоставление ЛУИН информации и средств защиты себя, своих партнеров и членов своей семьи от заражения ВИЧ; 2) облегчение доступа к лечению наркозависимости, в частности, к опиоидной заместительной терапии; 3) поощрение добровольного использования других видов медицинского обслуживания, включая первичную помощь, а также облегчение доступа к помощи и уходу при ВИЧ-инфекции, включая антиретровирусную терапию. Термин «программа распространения игл и шприцев» все чаще употребляется вместо термина «программа обмена игл и шприцев», поскольку обмен может быть связан с непредусмотренными негативными последствиями по сравнению с распространением. Оба термина обозначают программы, направленные на повышение доступности стерильного инъекционного инструментария.

Процесс или принцип PICO (англ. PICO process, PICO framework)

Метод, используемый в доказательной медицине для формулирования важного клинического вопроса и нахождения правильного ответа. Клинический вопрос формулируется с учетом четырех нижеуказанных элементов, обозначенных английскими буквами акронима и он часто называется вопросом PICO. Принцип PICO также используется для выработки стратегий поиска научной литературы. Акроним PICO расшифровывается следующим образом: P - patient, problem или population; I - intervention; C - comparison, control или comparator; O - outcomes (P - пациент, проблема или популяция; I - вмешательство; C - сравнение, контроль или компаратор; O - результаты или исход)

Секс-работа (англ. sex work)

Этот термин означает секс по обоюдному согласию между взрослыми партнерами. Секс-работа может иметь различные формы и ее характер варьируется как между странами, так и внутри стран.

Секс-работники (англ. sex workers) (Синонимы: работники коммерческого секса (РКС), коммерческие секс-работники (КСР), работники секс-бизнеса и т.д.)

Этот термин означает взрослых женщин, мужчин и трансгендерных лиц (18 лет и старше), которые на регулярной или нерегулярной основе оказывают сексуальные услуги в обмен на деньги или товары.

Серодискордантные пары (англ. serodiscordant couples)

Серодискордантными парами являются пары, в которых один партнер является ВИЧ-положительным, а другой – ВИЧ-отрицательным. В контексте этого документа термин пара означает двух человек, поддерживающих постоянные сексуальные взаимоотношения.

Снижение вреда (harm reduction)

В контексте данного документа термин “снижение вреда” означает комплекс научно-обоснованных программ, мер и подходов, направленных на уменьшение негативных последствий, связанных с употреблением психоактивных веществ. Этот комплекс, как правило, включает следующие девять элементов: 1) проведение программ распространения игл и шприцев (ПИШ) среди людей, употребляющих инъекционные наркотики (ЛУИН); 2) использование опиоидной заместительной терапии (ОЗТ) и других научно обоснованных методов лечения наркозависимости; 3) консультирование и тестирование на ВИЧ; 4) уход и антиретровирусная терапия при ВИЧ-инфекции для ЛУИН; 5) профилактика и лечение инфекций, передаваемых половым путем; 6) распространение презервативов среди ЛУИН и их половых партнеров; 7) информационно-разъяснительная работа среди ЛУИН и их половых партнеров, направленная на снижение рискованного поведения; 8) профилактика (в том числе с помощью вакцинации), диагностика и лечение вирусных гепатитов; 9) профилактика, диагностика и лечение туберкулеза.

Способствующие факторы – см. Основные способствующие факторы

Трансгендеры (транссексуалы, трансгендерные люди) (англ. transgender people)

Этот термин означает людей, чей паспортный (биологический) пол не совпадает с их психическим полом (гендером). Высокая уязвимость и особые медицинские потребности трансгендеров требуют придания им независимого и четко обозначенного статуса в рамках глобальной борьбы с ВИЧ-инфекцией. Эта группа подразделяется на несколько подгрупп, включая следующие:

- **Бигендеры** – люди, гендерная самоидентификация которых регулярно меняется под влиянием внешних факторов или в различных обстоятельствах.
- **Интерсексуалы (гермафродиты)** – люди, имеющие биологические половые признаки обоих полов.
- **Трансвеститы или кроссдрессеры** – люди, которые хотят выглядеть как представители другого пола, реализую свое желание через ношение соответствующей одежды. Как правило, они не стремятся изменить свой биологический (паспортный) пол.

Транссексуализм (англ. *transsexualism*)

Расстройство половой идентификации, характеризующееся ощущением собственной принадлежности к противоположному полу и желанием жить и быть воспринятым как лицо противоположного пола. Это расстройство часто сочетается с чувством неадекватности или дискомфорта от своего биологического (паспортного) пола и стремлением получить гормональное и хирургическое лечение, чтобы сделать свое тело как можно более соответствующим желаемому полу и изменить свой паспортный пол.

Ускоренная схема вакцинации против гепатита В (англ. *rapid hepatitis B vaccination regimen*)

Продолжительность вакцинации по данной схеме составляет 3 недели (вместо обычных 6 месяцев). Процесс такой вакцинации также предусматривает использование ряда стимулов, способствующих повышению числа людей, начинающих и завершающих курс вакцинации.

Уязвимость к ВИЧ-инфекции (англ. *vulnerability to HIV*)

Этот термин означает как большую вероятность ВИЧ-инфицирования, так и большую вероятность пострадать от тяжелых последствий ВИЧ-инфекции.

Шприцы с малым мертвым пространством (ММО) (англ. *low dead space syringe*); синоним: шприцы с малым мертвым пространством

Новый вид шприцев, в которых уменьшено мертвое пространство, т.е. пространство между поршнем шприца и иглой. В таких шприцах – по сравнению с обычными шприцами – резко сокращен объем содержимого, остающегося в них после инъекции. Распространение шприцев с ММО способствует снижению риска заражения в тех случаях, когда зараженный шприц используется для введения наркотиков другими людьми.

Составитель глоссария: **Александр Шелепин.**

БИБЛИОГРАФИЯ

Определения ключевых терминов

1. *Global health sector strategy on HIV/AIDS 2011–2015*. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501651_eng.pdf, accessed 25 February 2014).
2. *World AIDS Day Report 2012*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2012 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/jc2434_worldaidsday_results_en.pdf, accessed 25 February 2014).
3. *Interventions to address HIV in prisons: prevention of sexual transmission*. Geneva, World Health Organization, 2007 (Evidence for Action Technical Papers) (http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595797_eng.pdf, accessed 6 June 2014).
4. *Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections for sex workers in low- and middle-income countries: recommendations for a public health approach*. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://www.who.int/iris/bitstream/10665/77745/1/9789241504744_eng.pdf, accessed 25 February 2014).
5. United Nations. *Convention on the Rights of the Child*. Geneva, United Nations General Assembly, 20 November 1989 (<http://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx>, accessed 01 May 2014).
6. Carroll A. *Testing the waters: LGBT people in the Europe & Eurasia region*. Washington, DC, United States Agency for International Development, 2013.
7. *Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people*. Minneapolis, MN, USA, World Professional Association for Transgender Health, 2012 (http://www.wpath.org/site_page.cfm?pk_association_webpage_menu=1351, accessed 28 April 2014).
8. *HIV prevention in generalized epidemics: optimal interventions for Global Fund applications: recommendations for a public health approach*. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502467_eng.pdf, accessed 27 February 2014).
9. *HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV: recommendations for a public health approach and considerations for policy-makers and managers*. Geneva, World Health Organization, 2013 (http://www.who.int/iris/bitstream/10665/94334/1/9789241506168_eng.pdf, accessed 25 February 2014).
10. Interagency Youth Working Group. *Young people most at risk of HIV: a meeting report and discussion paper from the Interagency Youth Working Group, United States Agency for International Development, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS Inter-Agency Task Team on HIV and Young People, and FHI*. Research Triangle Park, NC, USA, FHI, 2010.

Глава 1 ВВЕДЕНИЕ

1. *Глобальная стратегия сектора здравоохранения по ВИЧ/СПИДу на 2011–2015 гг. (на англ. яз.)* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2011 г. (http://www.who.int/hiv/pub/hiv_strategy/en/, по состоянию на 25 февраля 2014 г.).
2. *Доклад о проведении Всемирного дня борьбы со СПИДом 2012 года (на англ. яз.)*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2012 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/jc2434_worldaidsday_results_en.pdf, по состоянию на 25 февраля 2014 г.).
3. Beyrer C et al. Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. *Lancet*, 2012, 380(9839):367–377 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2812%2960821-6/abstract>, accessed 25 February 2014).

4. Hladik F, McElrath MJ. Setting the stage: host invasion by HIV. *Nature Reviews Immunology*, 2008, 8(6):447–457 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2587276/pdf/nihms51727.pdf>, accessed 01 May 2014).
5. Royce RA et al. Sexual transmission of HIV. *New England Journal of Medicine*, 1997, 336:1072–1078.
6. Hakim A, et al. *HIV prevalence and associated risk factors among MSM: a respondent-driven sampling survey, Abidjan, Côte d'Ivoire*. Poster 1021 presented at the 20th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 3–6 March 2013, Atlanta.
7. *Étude sur le VIH et les facteurs de risques associés chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à Abidjan, Côte d'Ivoire*. Abidjan, Côte d'Ivoire Ministère de la Santé et de la Lutte contre le VIH/sida, 2012 (<http://afri droit.com/wp-content/uploads/2013/07/Rapport-vih-msm-finale-Etude-SHARMCI-nov12.pdf>, accessed 29 April 2014).
8. Johnson C. *Off the map: how HIV/AIDS programming is failing same-sex practicing people in Africa*. New York, International Lesbian and Gay Human Rights Commission, 2007.
9. *83 countries where homosexuality is illegal*. Erasing 76 CRIMES, 2014 (<http://76crimes.com/76-countries-where-homosexuality-is-illega>, accessed 3 March 2014).
10. Poteat T et al. HIV risk among MSM in Senegal: a qualitative rapid assessment of the impact of enforcing laws that criminalize same sex practices. *PLoS One*, 2011, 6(12).
11. Stoicescu G, ed. *The global state of harm reduction 2012: towards an integrated response*. London, Harm Reduction International, 2012.
12. Mathers BM et al. Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet*, 2008, 372(9651):1733–1745. doi:10.1016/S0140-6736(08)61311-2
13. *Всемирный доклад о наркотиках, 2013 г. (на англ. яз.)*. Вена, Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности, 2013 г.
14. Emmanuel F et al. Second-generation surveillance for HIV/AIDS in Pakistan: results from the 4th round of Integrated Behavior and Biological Survey 2011–2012. *Sexually Transmitted Infections*, 2013, 89:iii23–iii28 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3841725/pdf/sextrans-2013-051161.pdf>, accessed 29 April 2014).
15. *Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. [Доклад ЮНЭЙДС о глобальной эпидемии СПИДа, 2013 г.]*. Женева, Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу, 2013 г. (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/jc2434_worldaidsday_results_en.pdf, по состоянию на 10 июня 2014 г.).
16. Walmsley, R. *World prison population list, 7th ed*. London, King's College London, International Centre for Prison Studies, 2007 (<http://www.prisonstudies.org/sites/prisonstudies.org/files/resources/downloads/world-prison-pop-seventh.pdf>, accessed 10 June 2014).
17. *Effectiveness of interventions to address HIV in prisons*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2007 г. (http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596190_eng.pdf, по состоянию на 10 июня 2014 г.).
18. *Recommendation concerning HIV and AIDS and the world of work, 2010 (No. 200)*. Женева, Международная организация труда, 2010 г. (http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/normativeinstrument/wcms_194088.pdf, по состоянию на 10 июня 2014 г.).
19. *HIV in places of detention: a toolkit for policymakers, programme managers, prison officers and health care providers in prison settings [ВИЧ-инфекция в местах лишения свободы: инструментарий для разработчиков политики, руководителей и менеджеров программ, тюремных работников и медицинского персонала в МЛС]*. New York, United Nations, 2008 (<http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/V0855768.pdf>, по состоянию на 10 июня 2014 г.).
20. Pintilei L. *Harm reduction in prisons of Republic of Moldova*. Presentation at HIV/AIDS in Prisons in Ukraine – From Evidence to Action: Prevention and Care, Treatment, and Support, Kiev, 1–2 November, 2005.
21. *Legislating for health and human rights: model law on drug use and HIV/AIDS. Module 5: Prisons*. Toronto, Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2006 (<http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=872>, accessed 25 February 2014).
22. Baral S et al. Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infectious Diseases*, 2012, 12:538–549.
23. Baral S et al. Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 2013, 13:214–220.
24. Bayer AM, et al. 'Just getting by': a cross-sectional study of male sex workers as a key population for HIV/STIs among men who have sex with men in Peru. *Sexually Transmitted Infections*, 2014, 90(3):223–229.

25. Platt L et al. Factors mediating HIV risk among female sex workers in Europe: a systematic review and ecological analysis. *BMI Open*, 2013, 3(7).
26. Tran BX, et al. HIV infection, risk factors, and preventive services utilization among female sex workers in the Mekong Delta Region of Vietnam. *PLoS One*, 2014, 9(1).
27. *A background review of the global epidemiology among young people from key populations*. Geneva, Interagency Working Group on Key Populations. Unpublished, 2014.
28. Interagency Youth Working Group. *Young people most at risk of HIV: a meeting report and discussion paper from the Interagency Youth Working Group, United States Agency for International Development, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS Inter-Agency Task Team on HIV and Young People, and FHI*. Research Triangle Park, NC, FHI, 2010.
29. *Young people and the law in Asia and the Pacific: a review of laws and policies affecting young people's access to sexual and reproductive health and HIV services*. Bangkok, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 2013.
30. *HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV: recommendations for a public health approach and considerations for policy-makers and managers*. Geneva, World Health Organization, 2013 (http://www.who.int/iris/bitstream/10665/94334/1/9789241506168_eng.pdf, accessed 25 February 2014).
31. *Consultation on strategic information and HIV prevention among most-at-risk adolescents: consultation report*. New York: United Nations Children's Fund, 2009.
32. Schwartlander B, et al. Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS. *Lancet*, 2011, 377(9782):2031–2041.
33. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), World Bank. *New HIV infections by mode of transmission in West Africa: a multi-country analysis*. Geneva, UNAIDS, 2010.
34. Kerrigan D et al. *The global HIV epidemics among sex workers*. Washington DC, World Bank, 2013.
35. *HIV in Asia and the Pacific*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2013.
36. Commission on AIDS in Asia. *Redefining AIDS in Asia: crafting an effective response*. New Delhi, Oxford University Press, 2008.
37. Beyrer C et al. *The global HIV epidemics among men who have sex with men*. Washington DC, World Bank, 2011.
38. *Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции. Рекомендации с позиции общественного здравоохранения. Обновленный перевод, апрель 2014 г.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2013 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/248298/Consolidated-Guidelines-Rus.pdf, по состоянию на 25 июля 2014 г.).
39. *Организация Объединенных Наций. Всеобщая декларация прав человека*. Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций, 1948 (<http://www.un.org/ru/documents/udhr/>, по состоянию на 25 февраля 2014 г.).
40. *Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека. Объединенный вариант 2006 г.* Женева, Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу, 2006 г. (<http://www.ohchr.org/Documents/Publications/HIVAIDSGuidelinesru.pdf>, по состоянию на 25 февраля 2014 г.).
41. *Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, Международный пакт о гражданских и политических правах и Факультативный протокол к Международному пакту о гражданских и политических правах*, A/RES/21/2200. Нью-Йорк, Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций, 1966 г. (<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/RESOLUTION/GEN/NL6/600/01/IMG/NL660001.pdf?OpenElement>, по состоянию на 25 февраля 2014 г.).
42. *Implementing comprehensive HIV/STI programmes with sex workers*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2013 г. (http://www.who.int/hiv/pub/sti/sex_worker_implementation/en/, по состоянию на 23 мая 2014 г.).
43. *Policy guidelines for collaborative TB and HIV services for injecting and other drug users – an integrated approach [Руководящие принципы сотрудничества служб по борьбе с туберкулезом и ВИЧ для оказания помощи потребителям инъекционных и других наркотиков – интегрированный подход]*. Geneva, World Health Organization, 2008 (Evidence for Action Technical Papers) (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596930_eng.pdf, accessed 25 February 2014).

ГЛАВА 2 МЕТОДОЛОГИЯ И ПРОЦЕСС ПОДГОТОВКИ РУКОВОДСТВА

1. *WHO handbook for guideline development*. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75146/1/9789241548441_eng.pdf, accessed 3 March 2014).
2. *Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2013 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/248298/Consolidated-Guidelines-Rus.pdf, по состоянию на 25 июля 2014 г.).
3. *Effectiveness of interventions to address HIV in prisons*. Geneva, World Health Organization, 2007 (Evidence for Action Technical Papers) (http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596190_eng.pdf?ua=1, accessed 23 May 2014).
4. Jürgens R, Ball A, Verster A. Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison. *Lancet Infectious Diseases*, 2009, 9(1):57–66.
5. *Guidance on oral pre-exposure prophylaxis (PrEP) for serodiscordant couples, men and transgender women who have sex with men at high risk of HIV: recommendations for use in the context of demonstration projects [Руководство по пероральной доконтактной профилактике ВИЧ-инфекции (ДКП) среди серодискордантных пар, а также мужчин и трансгендерных женщин, имеющих секс с мужчинами с высоким риском ВИЧ-инфекции: рекомендации для использования в рамках демонстрационных проектов]*. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://www.who.int/hiv/pub/guidance_prep/en/, по состоянию на 4 марта 2014 г.).
6. Atkins D et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations. *British Medical Journal*, 2004, 328:1490.
7. Guyatt GH et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *British Medical Journal*, 2008, 336(7650):924–926.
8. Andrews JC et al. GRADE guidelines: 15. Going from evidence to recommendation—determinants of a recommendation's direction and strength. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2013, 66(7):726–735.
9. Balshem H et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2011, 64(4):401–406.

ГЛАВА 3 КОМПЛЕКСНЫЙ ПАКЕТ МЕР

1. *WHO, UNODC, UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597760_eng.pdf?ua=1, accessed 6 June 2014).
2. *Техническое руководство ВОЗ, УНП ООН и ЮНЭЙДС для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков – обновление 2012 года*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2013 г. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77969/7/9789244504376_rus.pdf?ua=1, по состоянию на 6 июня 2014 г.).
3. *Меры по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах: профилактика передачи инфекции половым путем*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2007 г. (http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789244595794_rus.pdf?ua=1, по состоянию на 6 июня 2014 г.).
4. *HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions, Policy Brief*. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2013 (https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV_comprehensive_package_prison_2013_eBook.pdf, accessed 6 June 2014).
5. *HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV: recommendations for a public health approach and considerations for policy-makers and managers*. Geneva, World Health Organization, 2013 (http://www.who.int/iris/bitstream/10665/94334/1/9789241506168_eng.pdf, accessed 25 February 2014).

ГЛАВА 4 ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В РАМКАХ СЕКТОРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

1. *Use and procurement of additional lubricants for male and female condoms: advisory note.* Geneva, World Health Organization, 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/76580/1/WHO_RHR_12.33_eng.pdf, accessed 25 February 2014).
2. *Position statement on condoms and HIV prevention.* Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2004, updated 2009 (http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2009/20090318_position_paper_condoms_en.pdf, accessed 25 February 2014).
3. *Guidelines: prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men and transgender people: recommendations for a public health approach 2011.* Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.who.int/iris/bitstream/10665/44619/1/9789241501750_eng.pdf, accessed 25 February 2014).
4. *Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции. Рекомендации с позиции общественного здравоохранения. Обновленный перевод, апрель 2014 г.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2013 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/248298/Consolidated-Guidelines-Rus.pdf, по состоянию на 25 июля 2014 г.).
5. Goldenberg SM, et al. Exploring the impact of underage sex work among female sex workers in two Mexico-U.S. border cities. *AIDS Behavior*, 2012, 16(4):969–981.
6. Lyons A et al. Age at first anal sex and HIV/STI vulnerability among gay men in Australia. *Sexually Transmitted Infections*, 2012, 88:252e257.
7. Preda M, et al. *Research Report on MARA: conducted as part of the project “HIV Prevention in Most-at-Risk Adolescents”.* Bucharest, University of Bucharest Romania Faculty of Sociology and Social Work, United Nations Children’s Fund Romania, 2009.
8. *Техническое руководство ВОЗ, УНП ООН и ЮНЭЙДС для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков – обновление 2012 года.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2013 г. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77969/7/9789244504376_rus.pdf?ua=1, по состоянию на 31 мая 2014 г.).
9. *Меры по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах: профилактика передачи инфекции половым путем.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2007 г. (Аргументы в пользу действий, Серия аналитических обзоров) (http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789244595794_rus.pdf?ua=1, по состоянию на 25 февраля 2014 г.).
10. *Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections for sex workers in low- and middle-income countries: recommendations for a public health approach.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2012 г. (http://www.who.int/iris/bitstream/10665/77745/1/9789241504744_eng.pdf, по состоянию на 25 февраля 2014 г.).
11. *HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions: policy brief.* Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2013 (http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV_comprehensive_package_prison_2013_eBook.pdf, accessed 25 February 2014).
12. Colfax G et al. Amphetamine-group substances and HIV. *Lancet*, 2010, 376(9739):458–474 (<http://download.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140673610607532.pdf?id=aaaHLPIEPwGhA4BwCDZru>, accessed 25 February 2014).
13. Degenhardt L et al. *The global epidemiology of methamphetamine injection: a review of the evidence on use and associations with HIV and other harm.* Sydney, University of New South Wales, National Drug and Alcohol Research Centre, 2007 (http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/The_global_Epidemiology_of_methamphetamine_injection.pdf, accessed 25 February 2014).
14. *WHO information update: considerations regarding reuse of the female condom.* Geneva, World Health Organization, 2002 (http://www.who.int/entity/reproductivehealth/topics/rtis/reuse_FC2_info_update.pdf, accessed 25 February 2014).
15. Balthasar H, Jeannin A, Dubois-Arber F. First anal intercourse and condom use among men who have sex with men in Switzerland. *Archives of Sexual Behavior*, 2009, 38(6):1000–1008.
16. Pettifor A et al. Sexual power and HIV risk, South Africa. *Emerging Infectious Disease*, 2004, 10:1996–2004.
17. *Condom programming for HIV prevention: an operations manual for programme managers.* New York, United Nations Population Fund, 2005 (http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2005/condom_prog2.pdf, accessed 25 February 2014).
18. Peters A, Jansen W, van Driel F. The female condom: the international denial of a strong potential. *Reproductive Health Matters*, 2010, 18(35):119–128 (<http://www.rhm-elsevier.com/article/S0968-8080%2810%2935499-1/fulltext>, accessed 25 February 2014).

19. *Priority HIV and sexual health interventions in the health sector for men who have sex with men and transgender people in the Asia-Pacific Region*. Geneva, World Health Organization, 2010 (<http://www.wpro.who.int/publications/docs/PriorityHIVandSHinterventionsFinal050710.pdf?ua=1>, accessed 25 February 2014).
20. *Global AIDS response progress reporting 2012: guidelines construction of core indicators for monitoring the 2011 Political Declaration on HIV/AIDS*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2011.
21. United Nations General Assembly. *General Assembly Resolution 65/277 – Political Declaration on HIV/AIDS: Intensifying our Efforts to Eliminate HIV/AIDS*. New York, United Nations, 2011.
22. United Nations Economic and Social Council. *United Nations Economic and Social Council Resolution E/2009/L.23: Joint United Nations Programme on Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome (UNAIDS); Adopted 24 July 2009*. New York, United Nations, 2009.
23. *Resolution 53/9: Achieving universal access to prevention, treatment, care and support for drug users and people living with or affected by HIV*. Vienna, Commission on Narcotic Drugs, 2010.
24. *4th Meeting of the UNAIDS Programme Coordinating Board Geneva, Switzerland 22–24 June 2009: Decisions, recommendations and conclusions*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2009.
25. *Evidence for action: effectiveness of community-based outreach in preventing HIV/AIDS among injecting drug users*. Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/evidenceforactionreprint2004.pdf, accessed 27 February 2014).
26. Silva-Santisteban A et al. Understanding the HIV/AIDS epidemic in transgender women of Lima, Peru: results from a sero-epidemiologic study using respondent driven sampling. *AIDS Behavior*, 2012, 16(4):872–881 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21983694>, accessed 28 February 2014).
27. *Руководство по осуществлению программ игл и шприцев*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2009 г. (http://www.unodc.org/documents/balticstates/Library/NSP/NSP_Guide_RU.pdf, по состоянию на 27 февраля 2014 г.).
28. Agrawal N et al. Silicone-induced granuloma after injection for cosmetic purposes: a rare entity of calcitriol-mediated hypercalcemia. *Case Reports in Medicine*, 2013.
29. Ellenbogen R, Rubin L. Injectable fluid silicone therapy. Human morbidity and mortality. *Journal of the American Medical Association*, 1975, 234(3):308–309.
30. Wilson E et al. The use and correlates of illicit silicone or “fillers” in a population-based sample of transwomen, San Francisco, 2013. *Journal of Sexual Medicine*, 2014.
31. Ball A, 1998. Policies and interventions to stem HIV-1 epidemics associated with injecting drug use. In Stimson GV, Des Jarlais DC, Ball A, eds. *Drug injecting and HIV infection*. London, UCL Press, 1998.
32. *Tool for setting and monitoring targets for prevention, treatment and care for HIV among men who have sex with men, sex workers and transgender people*. Geneva, World Health Organization. Forthcoming.
33. Institute of Medicine of the National Academies. *Preventing HIV infection among injecting drug users in high risk countries: an assessment of the evidence*. Washington DC, National Academy of Sciences, 2007 (http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=11731, accessed 28 February 2014).
34. Degenhardt L et al. HIV prevention for people who inject drugs: why individual, structural, and combination approaches are needed. *Lancet*, 2010, 376(9737):285–301 (<http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140673610607428.pdf>, accessed 28 February 2014).
35. Wodak A, Cooney A. Do needle syringe programs reduce HIV infection among injecting drug users: a comprehensive review of the international evidence. *Substance Use & Misuse*, 2006, 41(6–7):777–813 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16809167>, accessed 28 February 2014).
36. *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users*. Geneva, World Health Organization, 2004 (Evidence for Action Technical Papers) (<https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/EFA%20effectiveness%20sterile%20needle.pdf>, accessed 28 February 2014).
37. *Policy brief: reduction of HIV transmission in prisons*. Geneva, World Health Organization, 2004 (Evidence for Action on HIV/AIDS and Injecting Drug Use) (http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_HIV_2004.05.pdf, accessed 28 February 2014).
38. Palmateer N et al. Evidence for the effectiveness of sterile injecting equipment provision in preventing hepatitis C and human immunodeficiency virus transmission among injecting drug users: a review of reviews. *Addiction*, 2010, 105:844–859.
39. *Guidance on prevention of viral hepatitis B and C among people who inject drugs*. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://www.who.int/iris/bitstream/10665/75357/1/9789241504041_eng.pdf, accessed 25 February 2014).

40. Hagan H, Pouget ER, Des Jarlais DC. A systematic review and meta-analysis of interventions to prevent hepatitis C virus infection in people who inject drugs. *Journal of Infectious Diseases*, 2011, 204:74–83.
41. Hagan H et al. An interview study of participants in the Tacoma, Washington, syringe exchange. *Addiction*, 1993, 88(12):1691–1697.
42. National Research Council. *Preventing HIV infection among injecting drug users in high risk countries: an assessment of the evidence*. Washington, DC, The National Academies Press, 2006.
43. Schechter MT et al. Do needle exchange programmes increase the spread of HIV among injection drug users?: an investigation of the Vancouver outbreak. *AIDS*, 1999, 13(6):F45–51.
44. Watters JK et al. Syringe and needle exchange as HIV/AIDS prevention for injection drug users. *Journal of the American Medical Association*, 1994, 271(2):115–120.
45. *Policy brief: provision of sterile injecting equipment to reduce HIV transmission*. Geneva, World Health Organization, 2004 (Evidence for Action on HIV/AIDS and Injecting Drug Use) (<https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/provision%20of%20sterile%20injecting%20equipment.pdf>, accessed 28 February 2014).
46. *mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings*. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241548069_eng.pdf, accessed 27 February 2014).
47. *HIV prevention in generalized epidemics: optimal interventions for Global Fund applications: recommendations for a public health approach*. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502467_eng.pdf, accessed 27 February 2014).
48. Gowing L et al. Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008, 2:CD004145. doi: 10.1002/14651858.CD004145.pub3 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18425898>, accessed 28 February 2014).
49. *Evidence for action: effectiveness of drug dependence treatment*. Geneva, World Health Organization, 2004 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_HIV_2004.04.pdf, accessed 28 February 2014).
50. *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence_guidelines.pdf, accessed 27 February 2014).
51. Ward J, Mattick RP, Hall W, eds. *Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies*. Sydney, Harwood Academic Publishers, 1998 (<http://www.drugsandalcohol.ie/3767>, accessed 28 February 2014).
52. Heimer R et al. Structural interventions to improve opiate maintenance. *International Journal of Drug Policy*, 2002, 13(2):103–111 (<http://www.journals.elsevierhealth.com/periodicals/drupol/article/S0955-3959%2802%2900009-9/abstract>, accessed 28 February 2014).
53. Lawrinson P et al. Key findings from the WHO collaborative study on substitution therapy for opioid dependence and HIV/AIDS. *Addiction*, 2008, 103:1484–1492 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2008.02249.x/abstract>, accessed 28 February 2014).
54. Spire B, Lucas GM, Carrieri MP. Adherence to HIV treatment among IDUs and the role of opioid substitution treatment (OST). *International Journal of Drug Policy*, 2007, 18(4):262–270 (<https://www.plhivpreventionresources.org/index.cfm?action=main.abstract&id=1460>, accessed 28 February 2014).
55. Hall W. Maintenance treatment as a crime control measure. *Crime and Justice Bulletin: Contemporary Issues in Crime and Justice*, 1996, 29 (<http://search.informit.com.au/documentSummary;dn=916691379927304;res=E-LIBRARY>, accessed 28 February 2014).
56. Tenore P. Psychotherapeutic benefits of opioid agonist therapy. *Journal of Addictive Diseases*, 2008, 27:49–65 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18956529>, accessed 28 February 2014).
57. Hendrée JE et al. The effectiveness of incentives in enhancing treatment attendance and drug abstinence in methadone-maintained pregnant women. *Drug and Alcohol Dependence*, 2001, 61(3):297–306 (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0376871600001526>, accessed 28 February 2014).
58. Herget G. Methadone and buprenorphine added to the WHO list of essential medicines. *HIV/AIDS Policy & Law Review*, 2005, 10(3):23–24 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16544403>, accessed 28 February 2014).
59. *Guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy*. Geneva, World Health Organization, 2014 (http://www.who.int/substance_abuse/publications/pregnancy_guidelines/en/ Accessed 11 March 2014).

60. *Rolling out of opioid substitution treatment (OST) in Tihar prisons, India: scientific report*. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2013.
61. Degenhardt L et al. What has been achieved in HIV prevention, treatment and care for people who inject drugs, 2010–2012? A review of the six highest burden countries. *International Journal of Drug Policy*, 2014, 25:53–60 (http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/center-for-public-health-and-humanrights/_pdf/Degenhardt%20et%20al_AchievementsHIVPrevforPWID_DrugPol_2013.pdf, accessed 27 February 2014).
62. *Evidence for action: effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users*. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/hiv/pub/idu/drugdependence_final.pdf, accessed 27 February 2014).
63. Farrell M et al. Effectiveness of drug dependence treatment in HIV prevention. *International Journal on Drug Policy*, 2005, 16(1):S67–S75 (http://www.researchgate.net/publication/228339212_Effectiveness_of_drug_dependence_treatment_in_HIV_prevention, accessed 27 February 2014).
64. Sorensen JL, Copeland AL. Drug abuse treatment as an HIV prevention strategy: a review. *Drug and Alcohol Dependence*, 2000, 59(1):17–31 (www.researchgate.net/publication/12608715_Drug_abuse_treatment_as_an_HIV_prevention_strategy_a_review/file/9fcfd50c623394473.pdf, accessed 27 February 2014).
65. *Policy guidelines for collaborative TB and HIV services for injecting and other drug users – an integrated approach*. Geneva, World Health Organization, 2008 (Evidence for Action Technical Papers) (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596930_eng.pdf, accessed 25 February 2014).
66. *UN Joint Statement Compulsory detention and rehabilitation centres*. Geneva, United Nations, 2012 (http://www.who.int/hiv/topics/idu/joint_statement_20120308.pdf, accessed 22 May 2014).
67. Degenhardt L, Hall W. Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. *Lancet*, 2012, 379(9810):55–70.
68. *WHO model list of essential medicines, 18th list, April 2013*. Geneva, World Health Organization, 2013 (http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/18th_EML_Final_web_8Jul13.pdf, accessed 28 February 2014).
69. *Guidelines on the management of opioid overdose in the community setting*. Geneva, World Health Organization. Forthcoming.
70. Sawyer SM et al. Adolescence: a foundation for future health. *Lancet*, 2012, 379(9826):1630–1640.
71. *Implementing comprehensive HIV/STI programmes with sex workers: practical approaches from collaborative interventions*. Geneva, World Health Organization, 2013 (http://www.who.int/hiv/pub/sti/sex_worker_implementation/en/, accessed 23 May 2014).
72. *Guidance brief: HIV interventions for most-at-risk young people*. New York, Inter-Agency Task Team on HIV and Young People, 2007.
73. Interagency Youth Working Group. *Young people most at risk of HIV: a meeting report and discussion paper from the Interagency Youth Working Group, United States Agency for International Development, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS Inter-Agency Task Team on HIV and Young People, and FHI*. Research Triangle Park, NC, FHI, 2010.
74. *Guidance on oral pre-exposure prophylaxis (PrEP) for serodiscordant couples, men and transgender women who have sex with men at high risk of HIV: recommendations for use in the context of demonstration projects*. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75188/1/9789241503884_eng.pdf, accessed 27 February 2014).
75. Grant RM et al. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. *New England Journal of Medicine*, 2010, 363(27):2587–2599.
76. Choopanya K. Antiretroviral prophylaxis for HIV infection in injecting drug users in Bangkok, Thailand (the Bangkok Tenofovir Study): a randomised, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial. *Lancet*, 2013, 381(9883):2083–2090.
77. Vanichseni S et al. *HIV-associated risk behaviour among injecting drug users participating in an HIV pre-exposure prophylaxis trial in Bangkok, Thailand*. Poster presented at the 7th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention, Kuala Lumpur, Malaysia, 30 June–3 July 2013. MOLBPE27.
78. Thai Drug Users Network, Thai AIDS Treatment Action Group, Treatment Action Group. *U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) sponsored HIV preexposure prophylaxis (PrEP) trial among Thai injection drug users marred by lack of response to community concerns*. Bangkok, Thai Treatment Action Group, 26 June 2013 (<http://www.treatmentactiongroup.org/hiv/Bangkok-prep-statement>, accessed 29 April 2014).
79. *Post-exposure prophylaxis to prevent HIV infection: joint WHO/ILO guidelines on post-exposure prophylaxis (PEP) to prevent HIV infection*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596374_eng.pdf, accessed 27 February 2014).

80. *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. Geneva, World Health Organization, 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf, accessed 27 February 2014).
81. Auvert B et al. Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: the ANRS 1265 Trial. *PLoS Med*, 2005, 2(11):e298.
82. Bailey R et al. Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomised controlled trial. *Lancet*, 2007, 369:643–656.
83. Gray R et al. Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomised trial. *Lancet*, 2007, 369:657–666.
84. *Technical Consultation on Male Circumcision and HIV Prevention: research implications for policy and programming*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://libdoc.who.int/publications/2007/9789241595988_eng.pdf, accessed 27 February 2014).
85. Gray R et al. The effectiveness of male circumcision for HIV prevention and effects on risk behaviors in a posttrial follow-up study. *AIDS*, 2012, 26(5):609–615. 10.977/QAD.1090b1013e3283504a3283503f.
86. *HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV: recommendations for a public health approach and considerations for policy-makers and managers*. Geneva, World Health Organization, 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94334/1/9789241506168_eng.pdf, accessed 9 June 2014).
87. Lum PJ, Ochoa, KC, Moss, AR. Hepatitis B virus immunization among young injection drug users in San Francisco, Calif: the UFO Study. *American Journal of Public Health*, 2003, 93(6):919–923 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447870/>, accessed 27 February 2014).
88. *Service delivery approaches to HIV testing and counselling (HTC): a strategic HTC policy framework*. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75206/1/9789241593877_eng.pdf, accessed 27 February 2014).
89. Hall, AJ et al. Hepatitis B vaccination: protection for how long and against what? *British Medical Journal*, 1993, 307(6899):276–277 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1678572/pdf/bmj00032-0006.pdf>, accessed 27 February 2014).
90. *Joint statement on scaling up voluntary community-based HIV testing and counselling for key populations in Asia and the Pacific*. Bangkok, Asia Pacific Network of People Living with HIV/AIDS, Asian Network of People who Use Drugs, Coalition of Asia Pacific Regional Networks on HIV/AIDS, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, World Health Organization, Asia Pacific Network of Sex Workers, Asia Pacific Coalition of Male Sexual Health, and United States President's Emergency Plan for AIDS Relief, 2013 (http://www.wpro.who.int/hiv/Joint_Statement_on_scaling_up_community_based_testing_in_AP.pdf<http://www.wpro.who.int/hiv/en/>, accessed 22 May 2014).
91. *Руководство по вопросам ВИЧ-тестирования и консультирования по инициативе медицинских работников в лечебно-профилактических учреждениях*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2007 г. (<http://www.who.int/hiv/pub/vct/pitc/ru/>, по состоянию на 27 февраля 2014 г.).
92. *Guidance on couples HIV testing and counselling including antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples: recommendations for a public health approach*. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241501972_eng.pdf, accessed 27 February 2014).
93. *HIV testing and counselling in prisons and other closed settings*, Technical paper. New York, United Nations, 2009 (http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/Final_UNODC_WHO_UNAIDS_technical_paper_2009_TC_prison_ebook.pdf, accessed 27 February 2014).
94. *Guideline on HIV disclosure counselling for children up to 12 years of age*. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.who.int/hiv/pub/hiv_disclosure/en/index.html, accessed 22 May 2014).
95. *Handbook for improving HIV testing and counselling services: field-test version*. Geneva, World Health Organization, 2010.
96. *Report on the first international symposium on self-testing for HIV: the legal, ethical, gender, human rights and public health implications of HIV self-testing scale-up*. Geneva, World Health Organization, 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85267/1/9789241505628_eng.pdf, accessed 4 June 2014).
97. *A short technical update on self-testing for HIV*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2014 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/JC2603_self-testing_en.pdf, accessed 4 June 2014).

98. *March 2014 supplement to the 2013 consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection*. Geneva, World Health Organization, 2014 (http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/arvs2013supplement_march2014/en/, accessed 22 May 2014).
99. Braunstein SL et al. HIV diagnosis, linkage to HIV care, and HIV risk behaviors among newly diagnosed HIV-positive female sex workers in Kigali, Rwanda. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2011, 57(4):e70–76.
100. Chakrapani V et al. Barriers to antiretroviral treatment access for injecting drug users living with HIV in Chennai, South India. *AIDS Care*, 2014, 26(7):835–841.
101. Buckingham E, Schrage E, Cournos F. Why the treatment of mental disorders is an important component of HIV prevention among people who inject drugs. *Advances in Preventive Medicine*, 2013.
102. Wouters E et al. Impact of community-based support services on antiretroviral treatment programme delivery and outcomes in resource-limited countries: a synthetic review. *BMC Health Services Research*, 2012, 12:194.
103. Milloy MJ, Montaner J, Wood E. Barriers to HIV treatment among people use injection drugs: implications for “treatment as prevention”. *Current Opinion in HIV/AIDS*, 2012, 7(4):332–338.
104. Shastri S et al. The journey to antiretroviral therapy in Karnataka, India: who was lost on the road? *Journal of the International AIDS Society*, 2013, 16(1):18502.
105. Mtetwa S et al. You are wasting our drugs: health service barriers to HIV treatment for sex workers in Zimbabwe. *BMC Public Health*, 2013, 13(698).
106. Govindasamy D et al. Linkage to HIV care from a mobile testing unit in South Africa by different CD4 count strata. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2011, 58(3):344–352.
107. Roberson DW, White BL. Factors influencing adherence to antiretroviral therapy for HIV infected female inmates. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 2009, 20(1):50–61.
108. Small W et al. The impact of incarceration upon adherence to HIV treatment among HIV-positive injection drug users: a qualitative study. *AIDS Care*, 2009, 21(6):708–714.
109. Shalihu N et al. Namibian prisoners describe barriers to HIV antiretroviral therapy adherence. *AIDS Care*, 2014, 26(8).
110. Catz SL et al. Prevention needs of HIV-positive men and women awaiting release from prison. *AIDS Behaviour*, 2011, 16(1):108–120.
111. Fontana L, Beckerman A. Recently released with HIV/AIDS: primary care treatment needs and experiences. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 2007, 18(3):699–714.
112. Wohl DA et al. Intensive case management before and after prison release is no more effective than comprehensive pre-release discharge planning in linking HIV-infected prisoners to care: a randomized trial. *AIDS Behavior*, 2011, 15(2) 356–364.
113. Nunn A, Cornwall A et al. Linking HIV-positive jail inmates to treatment, care, and social services after release: results from a qualitative assessment of the COMPASS program. *Journal of Urban Health*, 2010, 87(6):954–968.
114. Zaller ND et al. Linkage to treatment and supportive services among HIV-positive ex-offenders in Project Bridge. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 2008, 19(2):522–531.
115. Wolfe D, Carrieri MP, Shepard D. Treatment and care for injecting drug users with HIV infection: a review of barriers and ways forward. *Lancet*, 2010, 376(9738):355–366.
116. *IMA1 one-day orientation on adolescents living with HIV: participants manual and facilitator guide*. Geneva, World Health Organization, 2010.
117. *Adolescent HIV care and treatment: a training curriculum for health workers*. New York, International Center for AIDS Care and Treatment Programs, 2012.
118. *Toolkit for transition of care and other services for adolescents living with HIV*. Arlington, VA, AIDSTAR-One, 2013.
119. *Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy*. Geneva, World Health Organization, 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/107130/1/9789241548731_eng.pdf, accessed 9 June 2014).
120. *Treatment of tuberculosis: guidelines for national programmes, 4th ed*. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241547833_eng.pdf accessed 27 February 2014).

121. Benhamou Y et al. Liver fibrosis progression in human immunodeficiency virus and hepatitis C virus coinfecting patients. *Hepatology*, 1999, 30:1054–1058.
122. *Medical eligibility criteria for contraceptive use – 4th ed.* Geneva, World Health Organization, 2010 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563888_eng.pdf, accessed 27 February 2014).
123. *HIV, sexually transmitted infections and other health needs among transgender people in Asia and the Pacific: joint regional technical brief.* Geneva, World Health Organization, 2014 (http://www.wpro.who.int/hiv/documents/docs/HIV_STI_Other_Health_needs_among_transgender.pdf, accessed 22 May 2014).
124. *Global tuberculosis report 2013.* Geneva, World Health Organization, 2013 (http://www.who.int/iris/bitstream/10665/91355/1/9789241564656_eng.pdf, accessed 28 February 2014).
125. *WHO policy on TB infection control in health-care facilities, congregate settings and households.* Geneva, World Health Organization, 2009.
126. Mathers BM et al. Reference Group to the UN on HIV and Injecting Drug Use. Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet*, 2008, 372(9651):1733–1745 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673608613112/abstract?isEOP=true>, accessed 25 February 2014).
127. van den Hof S et al. Converging risk factors but no association between HIV infection and multidrug-resistant tuberculosis in Kazakhstan. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2013, 17(4):526–531.
128. Akksilp S et al. Multi-drug resistant TB and HIV in Thailand: overlapping, but not independently associated risk factors. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 2009, 40(6):1264.
129. Sterling et al. A multi-state outbreak of tuberculosis among members of a highly mobile social network: implications for tuberculosis elimination. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2000, 11(9):1066–1073 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11092720>, access 6 June 2014).
130. Palmero D et al. Multidrug-resistant tuberculosis outbreak among transvestite sex workers, Buenos Aires, Argentina. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2005, 9(10):1168–1170 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16229230>, access 6 June 2014).
131. Lönnroth K et al. Drivers of tuberculosis epidemics: the role of risk factors and social determinants. *Social Science & Medicine*, 2009, 68(12):2240–2246. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.03.041. Epub 2009 Apr 23.
132. Levy MH, Reyes H, Coninx R. Overwhelming consumption in prisons: human rights and tuberculosis control. *Health and Human Rights*, 1999, 4:166–191.
133. Dara M et al. *Guidelines for control of tuberculosis in prisons.* Washington DC, United States Agency for International Development, 2009 (http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADP462.pdf, accessed 6 June 2014).
134. Conover C et al. Outbreak of multidrug-resistant tuberculosis at a methadone treatment program. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2001, 5:59–64.
135. Tan de Bibiana J et al. Tuberculosis and homelessness in Montreal: a retrospective cohort study. *BMC Public Health*, 2011, 11:833. doi: 10.1186/1471-2458-11-833.
136. *WHO policy on TB infection control in health-care facilities, congregate settings and households.* Geneva, World Health Organization, 2009 (http://www.who.int/tb/publications/2009/infection_control/en/, accessed 6 June 2014).
137. *Руководящие принципы для интенсивного выявления туберкулеза и профилактической терапии изониазидом у людей, живущих с ВИЧ, в условиях нехватки ресурсов.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2011 г. (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789244500705_rus.pdf, по состоянию на 28 февраля 2014 г.).
138. *Политика ВОЗ в отношении сотрудничества в области ТБ/ВИЧ: руководящие принципы для национальных программ и других заинтересованных сторон.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2012 г. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87628/1/9789244503003_rus.pdf?ua=1, по состоянию на 22 мая 2014 г.).
139. *Antiretroviral treatment as prevention (TasP) of HIV and TB: 2012 update.* Geneva, World Health Organization, 2012 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO_HIV_2012.12_eng.pdf, accessed 27 February 2014).
140. Rangaka MX et al. Isoniazid plus antiretroviral therapy to prevent tuberculosis: a randomised double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet*, 2014 ([http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)60162-8/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)60162-8/abstract), accessed 6 June 2014).
141. *Automated real-time nucleic acid amplification technology for rapid and simultaneous detection of tuberculosis and rifampicin resistance: Xpert MTB/RIF system for the diagnosis of pulmonary and extrapulmonary TB in adults and children: policy*

- update. Geneva, World Health Organization, 2013 (<http://www.stoptb.org/wg/gli/assets/documents/WHO%20Policy%20Statement%20on%20Xpert%20MTB-RIF%202013%20pre%20publication%2022102013.pdf>, accessed 28 February 2014).
142. McCance-Katz E et al. Rifampin, but not rifabutin, may produce opiate withdrawal in buprenorphine-maintained patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 2011, 118(2):326–334.
 143. *Protocol 4. Management of tuberculosis and HIV coinfection, 2013 revision*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013.
 144. Friedland G. Infectious disease comorbidities adversely affecting substance users with HIV: hepatitis C and tuberculosis. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2010, 55:S37–S42.
 145. Nelson PK et al. Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: results of systematic reviews. *Lancet*, 2011, 378(9791):571–583.
 146. Larney S et al. Incidence and prevalence of hepatitis C in prisons and other closed settings: results of a systematic review and meta-analysis. *Hepatology*, 2013, 58(4):1215–1224.
 147. Weinbaum C et al. Prevention and control of infections with hepatitis viruses in correctional settings. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2003, 52(RR-1):1–34.
 148. Semaille C et al. Prevalence of human immunodeficiency virus and hepatitis C virus among French prison inmates in 2010: a challenge for public health policy. *Euro Surveillance*, 2013, 18(28) pii:20524.
 149. Adjei AA et al. Prevalence of human immunodeficiency virus, hepatitis B virus, hepatitis C virus and syphilis among prison inmates and officers at Nsawam and Accra, Ghana. *Journal of Medical Microbiology*, 2006, 55(Pt 5):593–597.
 150. Barros LA et al. Epidemiology of the viral hepatitis B and C in female prisoners of Metropolitan Regional Prison Complex in the State of Goiás, Central Brazil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 2013, 46(1):24–29.
 151. Deng LP et al. Impact of human immunodeficiency virus infection on the course of hepatitis C virus infection: a meta-analysis. *World Journal of Gastroenterology*, 2009, 15:996–1003.
 152. Des Jarlais DC, Fisher, DG, Perlman, D. Providing hepatitis B vaccination to injection drug users: referral to health clinics vs. on-site vaccination at a syringe exchange program. *American Journal of Public Health*, 2001, 91(11):1791–1792 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1446878/>, accessed 27 February 2014).
 153. Des Jarlais DC, Semaan S. Interventions to reduce the sexual risk behaviour of injecting drug users. *International Journal on Drug Policy*, 2005, 16(1):S58–S66 (<http://www.journals.elsevierhealth.com/periodicals/drupol/article/PIIS0955395905000794/abstract>, accessed 27 February 2014).
 154. Rockstroh J et al. *Increases in acute hepatitis C (HCV) incidence across Europe: which regions and patient groups are affected?* Paper presented at the 11th International Congress on Drug Therapy in HIV Infection (HIV11), Glasgow, 11–15 November 2012, abstract 0242.
 155. *Immunization, vaccines and biologicals. IVB document centre*. Geneva, World Health Organization, 2014 (<http://www.who.int/immunization/documents/en/>, accessed 22 May 2014).
 156. *WHO vaccine-preventable diseases: monitoring system. 2013 global summary*. Geneva, World Health Organization, 2013 (http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary, accessed 22 May 2014).
 157. Pineda JA et al. HIV coinfection shortens the survival of patients with hepatitis C virus-related decompensated cirrhosis. *Hepatology*, 2005, 41:779–789.
 158. *Guidelines for the screening, care and treatment of persons with hepatitis C infection*. Geneva, WHO, 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/111747/1/9789241548755_eng.pdf, access 2 June 2014).
 159. Walsh N et al. The silent epidemic: responding to viral hepatitis among people who inject drugs. In: Cook C, ed. *Global state of harm reduction 2010*. London, International Harm Reduction Association, 2011 (http://www.ihra.net/files/2010/06/15/Chapter_3.1Web_.pdf, accessed 28 February 2014).
 160. Kuo I et al. Hepatitis B virus infection and vaccination among young injection and non-injection drug users: missed opportunities to prevent infection. *Drug and Alcohol Dependence*, 2004, 73(1):69–78 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14687961>, accessed 27 February 2014).
 161. Topp L et al. A randomised controlled trial of financial incentives to increase hepatitis B vaccination completion among people who inject drugs in Australia. *Preventive Medicine*, 2013, 57(4):297–303.
 162. Joska JA et al. Severe mental illness and retention in anti-retroviral care: a retrospective study. *AIDS Behavior*, 2014:1–9.

163. *Global health estimates 2013 summary tables: DALYs, YLLs and YLDs by cause, age and sex by WHO regional group and World Bank income classification, 2000–2012 (provisional estimates)*. Geneva, World Health Organization, 2014.
164. Ivers LC et al. HIV/AIDS, undernutrition, and food insecurity. *Clinical Infectious Diseases*, 2009, 49:1096–1102 (<http://cid.oxfordjournals.org/content/49/7/1096.full.pdf>, accessed 27 February 2014).
165. Fleming DT, Wasserheit JN. From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. *Sexually Transmitted Infections*, 1999, 75(1):3 (<http://sti.bmj.com/content/75/1/3.long>, accessed 27 February 2014).
166. *Sexually transmitted and other reproductive tract infections*. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241592656.pdf>, accessed 27 February 2014).
167. Donoghoe MC. Sex, HIV and the injecting drug user. *Addiction*, 1992, 87:405–416 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.1992.tb01941.x/abstract>, accessed 27 February 2014).
168. Polis CB, Curtis KM. Use of hormonal contraceptives and HIV acquisition in women: a systematic review of the epidemiological evidence. *Lancet Infectious Diseases*, 2013, 13(9):797–808 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23871397>, accessed 27 February 2014).
169. La Vigne NG et al. Preventing violence and sexual assault in jail: a situational crime prevention approach. *Justice Policy Center Brief*, 2011.
170. Yap L et al. The decline in sexual assaults in men's prisons in New South Wales: a systems approach. *Journal of Interpersonal Violence*, 2011, 26(15):3157–3181.
171. Ravi A, Blankenship KM, Altice FL. The association between history of violence and HIV risk: a cross-sectional study of HIV-negative incarcerated women in Connecticut. *Women's Health Issues*, 2007, 17(4):210–216.
172. Kerbs JJ, Jolley JM. Inmate-on-inmate victimization among older male prisoners. *Crime and Delinquency*, 2007, 31(5):385–393.
173. *Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services Guidance and recommendations*. Geneva, World Health Organization, 2014 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/human-rights-contraception/en/, accessed 22 May 2014).
174. *Безопасный аборт: рекомендации для систем здравоохранения по вопросам политики и практики. Второе издание*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2013 г. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/1/9789244548431_rus.pdf, по состоянию на 22 мая 2014 г.).
175. De Vuyst H et al. HIV, human papillomavirus, and cervical neoplasia and cancer in the era of highly active antiretroviral therapy. *European Journal of Cancer Prevention*, 2008, 17:545–554.
176. Denny L et al. Human papillomavirus infection and cervical disease in human immunodeficiency virus-1-infected women. *Obstetrics and Gynecology*, 2008, 111:1380–1387.
177. Firmhaber C et al. Association between cervical dysplasia and human papillomavirus in HIV seropositive women from Johannesburg South Africa. *Cancer Causes & Control*, 2010, 21:433–443.
178. *WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention*. Geneva, World Health Organization, 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94830/1/9789241548694_eng.pdf, accessed 27 February 2014).
179. *Comprehensive cervical cancer prevention and control - a healthier future for girls and women: WHO guidance note*. Geneva, World Health Organization, 2013 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241505147/en/index.html>, accessed 7 March 2014).
180. Grulich AE et al. Incidence of cancers in people with HIV/AIDS compared with immunosuppressed transplant recipients: a meta-analysis. *Lancet*, 2007, 370(9581):59–67.

ГЛАВА 5 ОСНОВНЫЕ СПОСОБСТВУЮЩИЕ ФАКТОРЫ ДЛЯ КЛЮЧЕВЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

1. *Improving access of key populations to comprehensive HIV health services: towards a Caribbean consensus*. Washington, DC, Pan-American Health Organization, 2011 (http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=23644&Itemid, accessed 22 May 2014).
2. *Joint statement on compulsory drug detention and rehabilitation centres*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2012 (<http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2012/march/20120308adetentioncenters/>, accessed 22 May 2014).
3. *UNAIDS guidance note on HIV and sex work*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2012 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2009/JC2306_UNAIDS-guidance-note-HIV-sex-work_en.pdf, accessed 29 May 2014).
4. *Tool for setting and monitoring targets for prevention, treatment and care for HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men, sex workers and transgender people*. Geneva, World Health Organization, 2014.
5. *Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2013.
6. *HIV and prisons in sub-Saharan Africa: opportunities for action*. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2007 (http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/Africa%20HIV_Prison_Paper_Oct-23-07-en.pdf, accessed 22 May 2014).
7. *HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV: recommendations for a public health approach and considerations for policy-makers and managers*. Geneva, World Health Organization, 2013 (http://www.who.int/iris/bitstream/10665/94334/1/9789241506168_eng.pdf, accessed 25 February 2014).
8. *Global Commission on HIV and the Law. Risks, rights and health*. New York, United Nations Development Programme, 2012.
9. *Addressing sex work, MSM and transgender people in the context of the HIV epidemic: information note*. Geneva, The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, 2014.
10. *Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections for sex workers in low- and middle-income countries: recommendations for a public health approach*. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://www.who.int/iris/bitstream/10665/77745/1/9789241504744_eng.pdf, accessed 25 February 2014).
11. *Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men and transgender people*. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/msm_guidelines2011/en/, accessed 02 May 2014).
12. *Effectiveness of interventions to address HIV in prisons*. Geneva, World Health Organization, 2007 (Evidence for Action Technical Papers) (http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596190_eng.pdf?ua=1, accessed 23 May 2014).
13. *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users – 2012 revision*. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://whqlibdoc.who.int/hiv/pub/idu/prisons_effective/en/, accessed 22 May 2014).
14. *UN Joint Statement Compulsory detention and rehabilitation centres*. Geneva, United Nations, 2012 (http://www.who.int/hiv/topics/idu/joint_statement_20120308.pdf, accessed 22 May 2014).
15. *Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: guidance and recommendations*. Geneva, World Health Organization, 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102539/1/9789241506748_eng.pdf?ua, accessed 22 May 2014).
16. Rosmarin A, Eastwood N. *A quiet revolution: drug decriminalisation policies in practice across the globe*. London, Release, 2012.
17. Hughes CE, Stevens A. What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs? *British Journal of Criminology*, 2010, 50(6):999–1022.
18. *Giving young people the information, skills and knowledge they need. Comprehensive Sexuality Education*. New York, United Nations Population Fund, 2013 (<http://www.unfpa.org/public/home/adolescents/pid/6483>, accessed 11 March 2014).
19. *Guidance note: key programmes to reduce stigma and discrimination and increase access to Justice in national HIV responses*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2012 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/Key_Human_Rights_Programmes_en_May2012.pdf, accessed 22 May 2014).
20. *Implementing comprehensive HIV/STI programmes with sex workers: practical approaches from collaborative interventions*. Geneva, World Health Organization, 2013 (http://www.who.int/hiv/pub/sti/sex_worker_implementation/en/, accessed 23 May 2014).

21. Brou H et al. When do HIV-infected women disclose their HIV status to their male partner and why? A study in a PMTCT programme, Abidjan. *PLoS Medicine*, 2007, 4(12):e342.
22. Bwirire LD et al. Reasons for loss to follow-up among mothers registered in a prevention-of-mother-to-child transmission program in Rural Malawi. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 2008, 102(12):1195–1200.
23. *HIV-related stigma: late testing, late treatment: a cross analysis of findings from the People Living with HIV Stigma Index in Estonia, Moldova, Poland, Turkey, and Ukraine*. Copenhagen, HIV in Europe, 2011.
24. Karim QA et al. The influence of AIDS stigma and discrimination and social cohesion on HIV testing and willingness to disclose HIV in rural KwaZulu-Natal, South Africa. *Global Public Health*, 2008, 3(4):351–365.
25. Stangl A et al. A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: have far have we come? *Journal of the International AIDS Society*, 2013.
26. Poteat T, German D, Kerrigan D. Managing uncertainty: a grounded theory of stigma in transgender health care encounters. *Social Science & Medicine*, 2013, 84:22–29.
27. Roberts TK, Fantz C. Barriers to quality health care for the transgender population. *Clinical Biochemistry*, 2014.
28. Katz IT et al. Impact of HIV-related stigma and serostatus disclosure on HIV treatment adherence: systematic review, meta-synthesis, and conceptual framework. *Journal of the International AIDS Society*, 2014, 16(3 Suppl 2).
29. *Policy brief: key populations, key solutions: a gap analysis and recommendations for key populations and HIV in South Africa*. Pretoria, South African National AIDS Council, 2011 (http://www.sanac.org.za/resources/doc_download/40-sanac-key-population-policy-brief, accessed 3 June 2014).
30. Baral S et al. Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infectious Diseases*, 2012, 12(7), 538–549.
31. Harcourt D et al. The many faces of sex work. *Sexually Transmitted Infections*, 2005, 81(3):201–206.
32. Potts E. *Accountability and the right to the highest standard of health*. Colchester, University of Essex Human Rights Centre, 2008.
33. *Peer education toolkit*. New York, United Nations Population Fund, 2006 (<http://www.unfpa.org/public/publications/pid/360>, accessed 22 May 2014).
34. *UNAIDS Inter-Agency Task Team on HIV and Young People. Global guidance briefs on community based: HIV interventions for young people*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2008 (<https://www.unfpa.org/webdav/site/global/groups/youth/public/EN-GlobalGuidance-kit.pdf>, accessed 22 May 2014).
35. *GLYPA guidebook: supporting organisations and networks to scale up the meaningful involvement of young people living with HIV*. Amsterdam, Global Network for and by People Living with HIV, 2012.
36. Gardsbane D. *Gender-based violence and HIV*. Arlington, VA, United States Agency for International Development, 2010.
37. *Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2003 г.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2003 г. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/4/5777702252_rus.pdf?ua=1, по состоянию на 23 мая 2014 г.).
38. Pack AP et al. Intimate partner violence against female sex workers in Mombasa, Kenya. *Culture, Health & Sexuality*, 2013, 1–14.
39. Wechsberg WM, et al. *Drugs, sex, gender-based violence, and the intersection of the HIV/AIDS epidemic with vulnerable women in South Africa*. Research Triangle Park, NC, USA, RTI Press, 2010.
40. *Global and regional estimates of violence against women. Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Geneva, World Health Organization, 2013 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>, accessed 22 May 2014).
41. Deering et al. Prevalence and correlates of violence against sex workers. *American Journal of Public Health*. Forthcoming, 2014.
42. Schwitters A et al. *Prevalence of rape and gender based violence among female sex workers-Kampala, Uganda*. Unpublished.
43. Supervie V, Halima Y, Blower, S. Assessing the impact of mass rape on the incidence of HIV in conflict-affected countries. *AIDS*, 2010, 24:2841–2847.

44. *Young men who have sex with men: health, access & HIV. Data from the 2012 global men's health & rights (GMHR) survey.* Oakland, CA, The Global Forum on MSM and HIV (MSMSGF), 2013 (http://www.msmsgf.org/files/msmsgf//Publications/MSMSGF_YMSM_PolicyBrief.pdf, accessed 22 May 2014).
45. Hladik W et al. HIV infection among men who have sex with men in Kampala, Uganda—a respondent driven sampling survey. *PLoS One*, 2012, 7(5):e38143. doi:10.1371/journal.pone.0038143.
46. *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines.* Geneva, World Health Organization, 2013 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/>, accessed 22 May 2014).
47. *Addressing sex work, MSM and transgender people in the context of the HIV epidemic: information note.* Geneva, The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, 2014.

ГЛАВА 6 ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ УСЛУГ

1. *Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции. Рекомендации с позиции общественного здравоохранения. Обновленный перевод, апрель 2014 г.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2013 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/248298/Consolidated-Guidelines-Rus.pdf, по состоянию на 25 июля 2014 г.).
2. *Preventing HIV in sex work settings in sub-Saharan Africa.* Geneva, World Health Organization, 2011 (<http://www.afro.who.int/en/clusters-a-programmes/dpc/acquired-immune-deficiency-syndrome/features/2880-preventing-hiv-in-sex-work-settings-in-sub-saharan-africa.html>, accessed 4 June 2014).
3. *MENAHRA: The Middle East and North Africa Harm Reduction Association best practices in strengthening civil society's role in delivering harm reduction services.* Cairo, World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2012 (http://applications.emro.who.int/dsaf/EMRPUB_2012_879.pdf, accessed 4 June 2014).
4. *How to improve opioid substitution therapy implementation.* Copenhagen, World Health Organization, Regional Office for Europe, 2014 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hiv/aids/publications/2014/how-to-improve-opioid-substitution-therapy-implementation>, accessed 4 June 2014).
5. *Improving access of key populations to comprehensive HIV health services.* Washington, DC, Pan American Health Organization, 2011 (http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=20106&Itemid=, accessed 4 June 2014).
6. *Blueprint for the provision of comprehensive care to gay men and other men who have sex with men (MSM) in Latin America and the Caribbean.* Washington, DC, Pan American Health Organization, 2010 (<http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Blueprint%20MSM%20Final%20ENGLISH.pdf>, accessed 4 June 2014).
7. *Management of common health problems of drug users.* New Delhi, World Health Organization, Regional Office for South-East Asia, 2009 (<http://www.searo.who.int/entity/hiv/documents/9789290222927/en/>, accessed 4 June 2014).
8. *Priority HIV and sexual health interventions in the health sector for men who have sex with men and transgender people in the Asia–Pacific Region.* New Delhi, World Health Organization, Regional Office for South-East Asia, 2010 (<http://www.searo.who.int/entity/hiv/documents/9789290614630/en/>, accessed 4 June 2014).
9. *Joint technical brief: HIV, sexually transmitted infections and other health needs among transgender people in Asia and the Pacific.* Manila, World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific, 2013 (<http://www.wpro.who.int/hiv/documents/tgtechnicalbriefs/en/>, accessed 4 June 2014).
10. *The time has come: enhancing HIV, STI and other sexual health services for MSM and transgender people in Asia and the Pacific.* Bangkok, United Nations Development Programme, Asia-Pacific Regional Centre, 2013 (<http://www.wpro.who.int/hiv/documents/timehascome/en/>, accessed 4 June 2014).
11. *Regional Assessment of HIV, STI and other health needs of transgender people in Asia and the Pacific.* Manila, World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific, 2013 (<http://www.wpro.who.int/hiv/documents/regionalassessmentTG/en/>, access 4 June 2014).
12. *Operations manual for delivery of HIV prevention, care and treatment at primary health centres in high-prevalence, resource-constrained settings.* Geneva, World Health Organization, 2008 (<http://www.who.int/entity/hiv/pub/imai/om.pdf>, accessed 15 May 2013).

13. *Implementing comprehensive HIV/STI programmes with sex workers: practical approaches from collaborative interventions*. Geneva, World Health Organization, 2013 (http://www.who.int/hiv/pub/sti/sex_worker_implementation/en/, accessed 23 May 2014).
14. *HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV: recommendations for a public health approach and considerations for policy-makers and managers*. Geneva, World Health Organization, 2013 (http://www.who.int/iris/bitstream/10665/94334/1/9789241506168_eng.pdf, accessed 25 February 2014).

ГЛАВА 7 РАЗРАБОТКА И РЕАЛИЗАЦИЯ МЕР ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ: ПРИНЯТИЕ РЕШЕНИЙ, ПЛАНИРОВАНИЕ И МОНИТОРИНГ

1. Jürgens, R. *"Nothing about us without us" – greater, meaningful involvement of people who use illegal drugs: a public health, ethical, and human rights imperative*. Ontario, Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2005.
2. *The human rights costing tool (HRCT): a tool to cost programs to reduce stigma and discrimination and increase access to justice*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2012 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/data-and-analysis/tools/The_Human_Rights_Costing_Tool_v_1_5_May-2012.xlsm, accessed 23 May 2014).
3. *The user guide for the HIV-related human rights costing tool: costing programmes to reduce stigma and discrimination and increase access to justice in the context of HIV*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2012 (www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/The_HRCT_User_Guide_FINAL_2012-07-09.pdf, accessed 23 May 2014).

**Контакты для получения
дополнительной информации:**

Всемирная организация здравоохранения
Department of HIV/AIDS (Департамент по ВИЧ/СПИДу)
20, avenue Appia
1211 Geneva 27
Switzerland (Швейцария)

Эл. почта: hiv-aids@who.int

<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/>

ISBN 978 92 4 450743 8



UNODC
United Nations Office on Drugs and Crime