



*Eurasian Coalition
on Male Health*

Каскад непрерывной помощи в связи с ВИЧ для МСМ в странах Восточной Европы и Центральной Азии

Обзор результатов национальных исследований

Составитель: Татьяна Сеник

При участии Геннадия Рощупкина

Публикация подготовлена и опубликована в рамках региональной программы «Право на здоровье», реализуемой Евразийской коалицией по мужскому здоровью (ЕКОМ) при поддержке Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией.

Точки зрения, изложенные в данной публикации, принадлежат исключительно авторам и могут не совпадать с точкой зрения Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией. Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией не участвовал в согласовании и утверждении как непосредственно материала, так и возможных выводов, вытекающих из него.

The views described herein are the views of this institution, and do not represent the views or opinions of The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis & Malaria, nor is there any approval or authorization of this material, express or implied, by The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis & Malaria.

Распространяется бесплатно

При использовании материалов обязательным является ссылка на Евразийскую коалицию по мужскому здоровью (ЕКОМ) и Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией

Оглавление

Список сокращений.....	4
Резюме.....	5
Вступление.....	7
Каскад услуг в связи с ВИЧ для МСМ в регионе ВЕЦА: обзор литературы.....	11
Каскад услуг в связи с ВИЧ для МСМ и транс людей в странах реализации проекта «Право на здоровье».....	14
Оценочное число ВИЧ-положительных МСМ.....	15
МСМ, знающие свой ВИЧ-положительный статус.....	16
МСМ, знающие о своем ВИЧ-положительном статусе, которые получают АРВ-терапию.....	18
Выводы.....	21
Рекомендации относительно доступности и качества данных.....	21
Приложение: страновые каскады услуг в связи с ВИЧ среди МСМ.....	22
Грузия.....	22
Армения.....	23
Беларусь.....	23
Кыргызстан.....	23

Список сокращений

АРВ-терапия – антиретровирусная терапия
ВЕЦА – Восточная Европа и Центральная Азия
ВИЧ – вирус иммунодефицита человека
ВН – вирусная нагрузка
ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
IBBS – интегрированное биоповеденческое исследование
ЛГБТ – лесбиянки, геи, бисексуалы и транс люди
ЛЖВ – люди, живущие с ВИЧ
МСМ – мужчины, практикующие секс с мужчинами
НПО – неправительственная организация
СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита
ЮНЭЙДС – Объединенная программа ООН по ВИЧ/ СПИДу
CD4 – CD4-лимфоциты

Резюме

Каскад непрерывной помощи в связи с ВИЧ для мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ), позволяет оценить эффективность национальных мер по преодолению эпидемии ВИЧ-инфекции и наглядно показывает охват и качество отдельных услуг профилактики и лечения ВИЧ-инфекции – через соотношение между теми, кто нуждается в услугах, и теми, кто достигает позитивных изменений в результате получения этих услуг. Каскад отчетливо демонстрирует, где в системе предоставления услуг в связи с ВИЧ имеются пробелы, а где удалось достичь прогресса в реализации глобальных целей «90-90-90» в противодействии эпидемии ВИЧ-инфекции.

Для стран Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА) характерны пробелы в качестве, полноте, достоверности и актуальности данных о ВИЧ-инфекции среди МСМ. Каскады услуг для МСМ были составлены только некоторыми странами региона. Кроме стран региональной программы «Право на здоровье» (Армения, Беларусь, Грузия, Кыргызстан и Македония), опубликованные каскады услуг для МСМ в связи с ВИЧ удалось найти также в Российской Федерации, Украине, Таджикистане и Казахстане. Однако наиболее достоверными и актуальными являются данные, которые были использованы для составления каскада услуг для МСМ в Украине. В свою очередь, данные каскада в Российской Федерации устарели, так же как и данные из Таджикистана и Казахстана, где, к тому же, были использованы недостаточно качественные данные.

В Российской Федерации, на которую приходится большинство новых случаев ВИЧ в регионе ВЕЦА, наибольшее отставание от целей «90-90-90» наблюдается на этапе тестирования на ВИЧ (диагностики ВИЧ-инфекции) – 77% ВИЧ-позитивных МСМ не были осведомлены о своем ВИЧ-статусе (данные 2015 года). Так же выглядит ситуация в Таджикистане – знали о своем ВИЧ-статусе только 19% от оценочного числа ВИЧ-позитивных МСМ в стране. В Украине наибольший пробел также приходится на первый этап каскада – только 59% из числа ВИЧ-позитивных МСМ знают о своем статусе. В Казахстане примерно одинаковые пробелы наблюдаются на этапах тестирования и начала лечения: только 35% от оценочного числа ВИЧ-позитивных МСМ были осведомлены о своем статусе, а из тех, кто был осведомлен, только 32% начали антиретровирусную терапию (АРВ-терапию).

Анализ каскадов услуг для МСМ в 4 странах программы «Право на здоровье», а именно в Беларуси, Грузии, Кыргызстане и Армении (на момент подготовки данного обзора информация из Македонии отсутствовала), осуществлялся на базе национальных исследований, проведенных с использованием «Руководства по составлению, анализу и использованию каскада непрерывной помощи для МСМ в связи с ВИЧ-инфекцией», разработанного ЕКОМ. Исследования проводились национальными организациями ЛГБТ-сообщества и другими НПО в сотрудничестве с национальными министерствами здравоохранения и специалистами медучреждений.

При составлении каскадов услуг в этих 4 странах исследователи столкнулись с проблемой наличия и качества данных. Часть данных отсутствует просто в силу нехватки исследований и услуг, в рамках которых эти данные могут быть получены. Так, данных о ключевых проблемах с приверженностью к АРВ-терапии у МСМ нет потому, что нет соответствующих исследований, а данные о доступности услуг в области психического здоровья отсутствуют из-за отсутствия таких услуг для МСМ и транс людей. Другие данные недоступны потому, что нет механизмов разбивки более общих данных (например, оценить охват транс людей профилактическими интервенциями невозможно, так как они в национальных статистических формах учитываются как «МСМ»). Значительное влияние на качество данных оказывает стигма и дискриминация по признаку сексуального поведения и гендерной идентичности. Опасения МСМ встретиться с дискриминацией, стигматизирующим и оскорбительным обращением со стороны сотрудников медучреждений – один из ключевых факторов, влияющих на качество данных: нежелание МСМ информировать медицинских работников о своем сексуальном поведении ведет к искажению статистики на всех этапах каскада, начиная с количества ВИЧ-позитивных МСМ, знающих о своем статусе, и заканчивая числом тех ВИЧ-позитивных МСМ, получающих АРВ-терапию и достигших неопределяемой вирусной нагрузки.

Основываясь на данных национальных исследований, можно сказать, что ближе всего к достижению первой цели из «90-90-90» удалось подойти в Армении – 75% от оценочного числа ВИЧ-позитивных МСМ знают о своем статусе. В других странах этот этап каскада является наиболее проблематичным: свой ВИЧ-статус знают только 6% от оценочного числа ВИЧ-позитивных МСМ в Беларуси, 12% в Кыргызстане и 18% в Грузии.

Среди барьеров на пути к достижению первых «90» (90% ВИЧ-положительных МСМ прошли тест на ВИЧ и знают свой ВИЧ-статус) исследователи назвали следующие: низкий охват МСМ программами профилактики ВИЧ, что ведет к низкому охвату МСМ тестированием на ВИЧ и плохой осведомленности МСМ о ВИЧ и об услугах, которые они могут получить; проявления стигмы и дискриминации со стороны поставщиков медицинских услуг; финансовые и административные сложности с проведением тестирования на ВИЧ на базе ЛГБТ-организаций.

В достижении вторых «90» (90% ВИЧ-положительных МСМ, знающих свой ВИЧ-статус, получают АРВ-терапию) Армения, Грузия и Беларусь демонстрируют результаты на одном уровне: 73%, 75% и 79% соответственно. В Кыргызстане прогресс в достижении данной цели менее выраженный, но также значительный – 56%. Предпринятые странами усилия по приведению национальных протоколов лечения ВИЧ-инфекции в соответствие с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и внедрение начала АРВ-терапии независимо от количества клеток CD4 у людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), вероятно, в дальнейшем помогут улучшить достижение цели данного этапа каскада услуг для МСМ.

Наилучшим образом выглядит ситуация с достижением третьих «90» – неопределяемой вирусной нагрузки у тех, кто принимает АРВ-терапию. В ряде стран этот показатель для МСМ приближается к глобальным целям: в Грузии и Беларуси он уже почти равен 90%! В Армении и Кыргызстане доля МСМ-ЛЖВ с неопределяемым уровнем вирусной нагрузки составляет 71% и 64% соответственно. Это позволяет говорить о хорошем качестве работы врачей-инфекционистов и эффективности применяемых схем АРВ-терапии.

Среди причин отставания от глобальных целей может быть низкая приверженность к АРВ-терапии, а также недостаточное время, прошедшее с момента внедрения в странах рекомендации ВОЗ о начале АРВ-терапии сразу после диагностики ВИЧ-инфекции.

Полные тексты отчетов доступны на сайте ЕКОМ в разделе «Центр знаний».

Вступление

Эпидемия ВИЧ в странах ВЕЦА продолжает расти: наблюдается увеличение количества новых зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции и смертности вследствие СПИДа.

Общее число новых случаев ВИЧ-инфекции в регионе ВЕЦА с 2010 года увеличилось на 30%¹. В 2017 году было диагностировано 130 000 новых случаев ВИЧ и 34 000 случаев смерти от СПИДа². Доступ к АРВ-терапии в регионе остается одним из самых низких в мире, а стоимость препаратов — одной из самых высоких для стран со средним уровнем доходов^{3, 4}. Кроме того, охват ключевых групп, включая МСМ и транс людей, регулярным тестированием на ВИЧ в регионе ВЕЦА имеет тенденцию к снижению, что ведет к позднему выявлению и началу лечения ВИЧ-инфекции у значительного числа людей, живущих с ВИЧ.

Одним из важных инструментов для ликвидации эпидемии является лечение ВИЧ-инфекции антиретровирусными препаратами. АРВ-терапия значительно снижает смертность у людей, инфицированных ВИЧ, и является эффективным методом профилактики ВИЧ-инфекции, особенно в случае начала лечения сразу после постановки диагноза и обеспечения широкого доступа к лечению. В свою очередь, достижение высокой степени подавления вируса среди ЛЖВ, когда вирусная нагрузка неопределяемая, играет ключевую роль в снижении влияния ВИЧ, способствуя улучшению качества жизни ЛЖВ и сокращению новых случаев ВИЧ-инфекции⁵. Согласно рекомендациям и стратегии ВОЗ «тестирование и лечение»⁶ инициировать начало АРВ-терапии у людей с диагнозом ВИЧ необходимо сразу же после установления факта инфицирования, независимо от количества клеток CD4 или вирусной нагрузки⁷.

В 2014 году Объединенной программой Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДУ (ЮНЭЙДС) и партнерами были инициированы три амбициозные цели, названные «90-90-90», которых необходимо достичь к 2020 году для эффективного ответа на эпидемию ВИЧ:

- 90% всех людей, живущих с ВИЧ, будут знать свой ВИЧ-положительный статус;
- 90% всех людей, знающих о своем ВИЧ-положительном статусе, будут получать АРВ-терапию;
- 90% всех людей, получающих АРВ-терапию, будут иметь неопределяемую вирусную нагрузку⁸.

Для наглядного измерения и демонстрации прогресса в достижении целей «90-90-90» полезен каскад непрерывной помощи в связи с ВИЧ, который отражает доступность услуг и демонстрирует соотношение между теми, кто нуждается в услугах, и теми, кто их получает, и, соответственно, показывает, где имеются пробелы в охвате/доступности и качестве услуг профилактики и лечения ВИЧ-инфекции⁹.

По состоянию на конец 2017 года среди 1,4 млн людей, живущих с ВИЧ, в регионе ВЕЦА 73% знают о своем ВИЧ-статусе, таким образом отставание в достижении первых из трех «90» составляет 240 000 ЛЖВ, которые не осведомлены о своем ВИЧ-статусе. Доступ к АРВ-терапии

¹ Global AIDS update 2018: Miles to go the response to HIV in Eastern Europe and Central Asia. – URL:

http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/miles-to-go_eastern-europe-and-central-asia_en.pdf

² 2017 GLOBAL HIV STATISTICS UNAIDS. – URL:

http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_en.pdf

³ Сборник успешных практик по улучшению доступа к континууму услуг в связи с ВИЧ для всех, кто в этом нуждается, в регионе ВЕЦА. – МБО «Восточноевропейское и Центральноеазиатское объединение людей, живущих с ВИЧ», 2016. – URL:

http://mv.ecuo.org/wp-content/uploads/sites/4/2018/08/fin_bucklet.pdf

⁴ Концепция по доступу к лечению. — МБО «Восточноевропейское и Центральноеазиатское объединение людей, живущих с ВИЧ», 2017. – URL: <http://mv.ecuo.org/wp-content/uploads/sites/4/2018/08/KONTSEPTSIIYA-VTSO-LZHV-WEB.pdf>

⁵ ECDC SPECIAL REPORT Thematic report: Continuum of HIV care Monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2017 progress report. – URL:

<https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/Continuum-of-HIV-care-2017.pdf>

⁶ WHO Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: Recommendations for a public health approach. – Second edition. – 2016. – URL: <http://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en/>

⁷ Treatment as prevention (TASP) for HIV. – URL: https://www.avert.org/professionals/hiv-programming/prevention/treatment-as-prevention#footnote9_l51ggoc

⁸ UNAIDS 90-90-90 An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. – 2014. – URL:

http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en.pdf

⁹ Руководство по составлению, анализу и использованию каскада непрерывной помощи для МСМ в связи с ВИЧ-инфекцией

имеют 36% всех ЛЖВ региона. Отставание в достижении вторых «90» составляет 635 000 ЛЖВ, которые не получают лечения в связи с ВИЧ. Доля ЛЖВ, которые получают АРВ-терапию и у которых наблюдается неопределяемая вирусная нагрузка, составляет 26%: отставание в достижении третьих «90» составляет 668 000 ЛЖВ¹⁰.

Среди причин, которые препятствуют доступу ЛЖВ к медицинскому сопровождению и лечению, приводят к откладыванию начала АРВ-терапии, низкой приверженности лечению или отказу от лечения, можно назвать плохую осведомленность о доступных услугах, случаи нарушения прав в медицинских учреждениях, стигматизирующее и недоброжелательное отношение медицинского персонала к ЛЖВ и к представителям всех ключевых групп, включая МСМ и транс людей, процедурные и территориальные барьеры¹¹.

Одной из ключевых уязвимых групп в контексте ВИЧ-инфекции являются МСМ, на которых в 2017 году приходился 21% всех новых случаев ВИЧ в странах ВЕЦА¹². Показатели распространенности ВИЧ среди МСМ в странах ВЕЦА варьируются от 0,8% в Армении до 20,7% в Грузии и 22,8% в г. Санкт-Петербург (Россия)¹³ (Рис. 1)

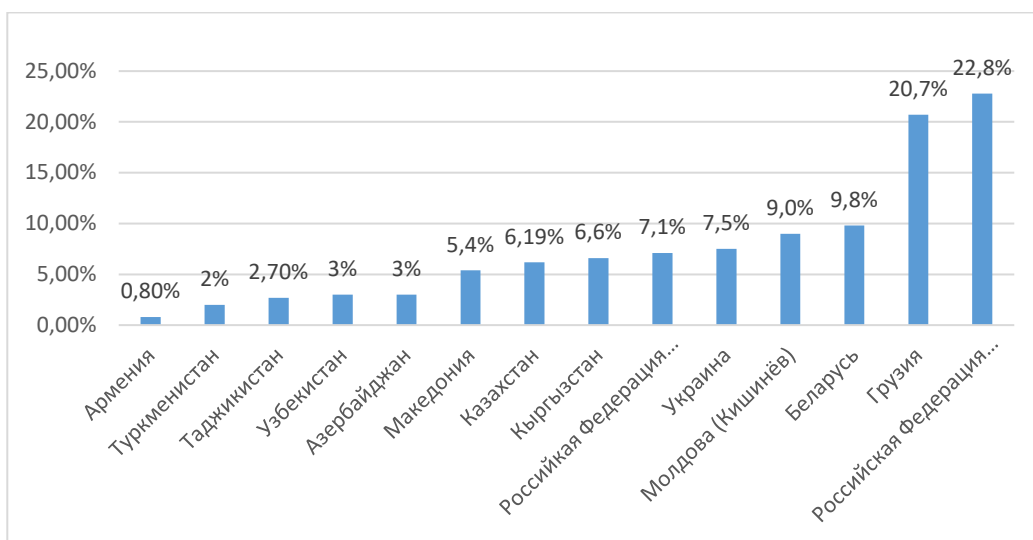


Рис. 1 Показатели распространенности ВИЧ среди МСМ в странах ВЕЦА

Оценочная численность МСМ в странах реализации проекта «Право на здоровье» представлена на Рис. 2.

¹⁰ Global AIDS update 2018: Miles to go the response to HIV in Eastern Europe and Central Asia. – URL: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/miles-to-go_eastern-europe-and-central-asia_en.pdf

¹¹ Сборник лучших практик по улучшению доступа к континууму услуг в связи с ВИЧ для всех, кто в этом нуждается, в регионе ВЕЦА. – МБО «Восточноевропейское и Центральноазиатское объединение людей, живущих с ВИЧ», 2017. – URL: http://mv.ecuo.org/wp-content/uploads/sites/4/2018/08/luchshyie-praktiki_web.pdf

¹² Global AIDS update 2018: Miles to go the response to HIV in Eastern Europe and Central Asia. – URL: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/miles-to-go_eastern-europe-and-central-asia_en.pdf

¹³ UNAIDS Countries Data. – URL: <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/>

Оценочная численность МСМ



Рис. 2

В большинстве стран региона МСМ недостаточно охвачены услугами тестирования на ВИЧ: менее половины МСМ проходили тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты (Рис. 3).

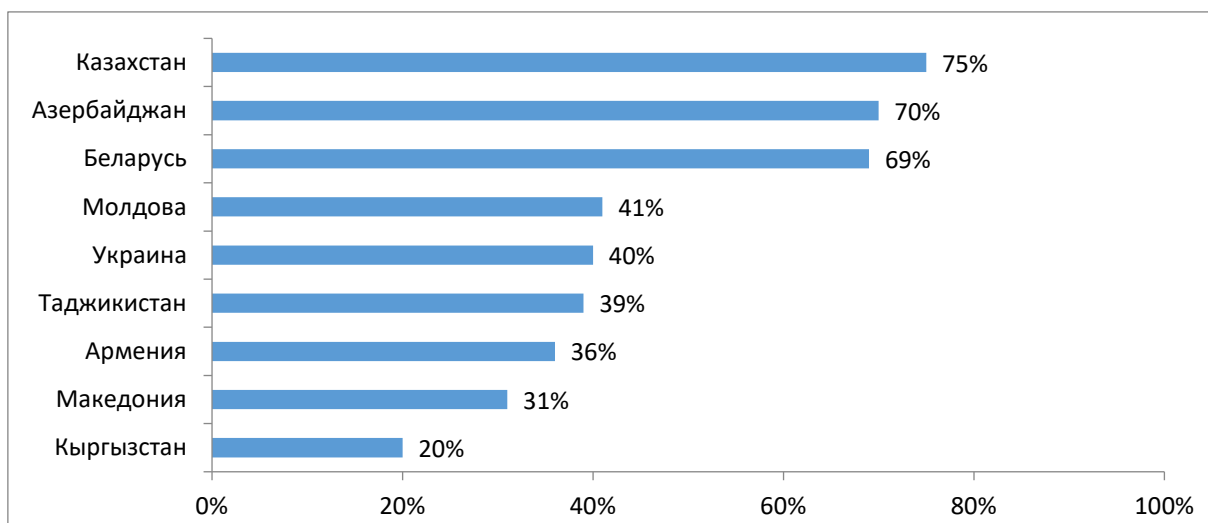


Рис. 3 МСМ, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты

Для большинства стран ВЕЦА характерны пробелы в данных о ВИЧ-инфекции среди МСМ: часто такие данные ограничены, низкого качества, собираются нерегулярно или не собираются вовсе. Наблюдается острая нехватка данных по охвату МСМ АРВ-терапией. Исследования показывают, что стратегической информации о ВИЧ среди МСМ и транс людей в странах ВЕЦА недостаточно¹⁴.

Дезагрегированные данные по доступу уязвимых групп к услугам диагностики и лечения ВИЧ-инфекции ограничены. Лишь в немногих странах региона имеются каскады лечения ВИЧ среди МСМ: национальные системы мониторинга не отслеживают статистику по конкретным ключевым группам и их доступу к лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ⁹.

¹⁴ Оценка существующей стратегической информации о ВИЧ среди МСМ и транс людей в Армении, Беларуси, Грузии, Кыргызстане и Македонии. – ЕКОМ. – 2018. – URL: https://ecom.ngo/wp-content/uploads/2018/09/SI-Information-inforgafica_rus.pdf

Каскад услуг в связи с ВИЧ для МСМ в регионе ВЕЦА: обзор литературы

Стоит отметить, что готовых каскадов непрерывной помощи в связи с ВИЧ для МСМ в странах ВЕЦА мало. В открытом доступе можно найти несколько каскадов услуг для МСМ в странах ВЕЦА, но подобная информация или устарела, или не может быть сравнима с каскадами других стран, ввиду ограничений в методике сбора данных для каскада. В большинстве же стран региона ВЕЦА имеются каскады услуг в связи с ВИЧ, которые отображают ситуацию среди ЛЖВ в целом, без разбивки данных для описания положения по отдельным ключевым группам.

Тем не менее, среди опубликованных исследований каскада услуг по ВИЧ для МСМ необходимо выделить каскад услуг для МСМ в Российской Федерации, на которую приходится большинство новых случаев ВИЧ в регионе ВЕЦА.

Каскад услуг по ВИЧ был составлен на основе выборки в размере 184 МСМ, которые получили положительный результат тестирования на ВИЧ в рамках проведения IBBS в Москве с 2010 по 2013 годы^{15, 16}.

Как видно на Рис. 3, наибольшее отставание в охвате ВИЧ-положительных МСМ наблюдается на этапе их выявления – 77% всех ВИЧ-положительных МСМ в стране не осведомлены о своем статусе.

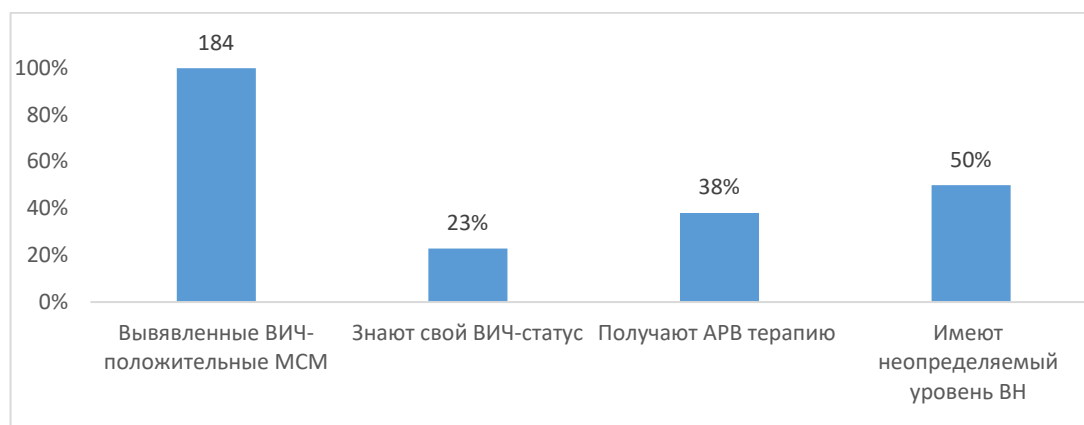


Рис. 4 Каскад услуг для МСМ в связи с ВИЧ в Российской Федерации, г. Москва (среди МСМ, которые получили положительный результат тестирования на ВИЧ в рамках IBBS 2010-2013 гг.)

В Украине, которая занимает второе место в регионе ВЕЦА по количеству новых случаев ВИЧ, оценочное число МСМ с ВИЧ-положительным статусом составляет 13 553 человека. Каскад услуг для МСМ был составлен на основе результатов IBBS, проведенного в 2017-2018 годах¹⁷ (Рис. 4).

Доля ВИЧ-положительных МСМ, которые знают о своем ВИЧ-статусе, составляет 59%. Среди МСМ, осведомленных о своем статусе, 78% получают АРВ-терапию. Среди тех МСМ, которые находятся на лечении, 76% имеют неопределяемый уровень вирусной нагрузки. Как видно, наибольшее отставание в охвате и вовлечении ВИЧ-положительных МСМ в получение помощи и поддержки снова наблюдается на первом этапе каскада услуг для МСМ.

¹⁵ <https://ecom.ngo/wp-content/uploads/2018/01/nihms786269.pdf>

¹⁶ <http://www.croiconference.org/sites/all/abstracts/967.pdf>

¹⁷ Сазонова Я. О., Салюк Т. О. Основні результати біоповедінкових досліджень серед ключових груп. – МБФ «Альянс громадського здоров'я». – Київ, 2018. – URL: http://aph.org.ua/wp-content/uploads/2018/07/OSNOVNI-REZULTATY_A4_10.07.2018_Cajit.pdf

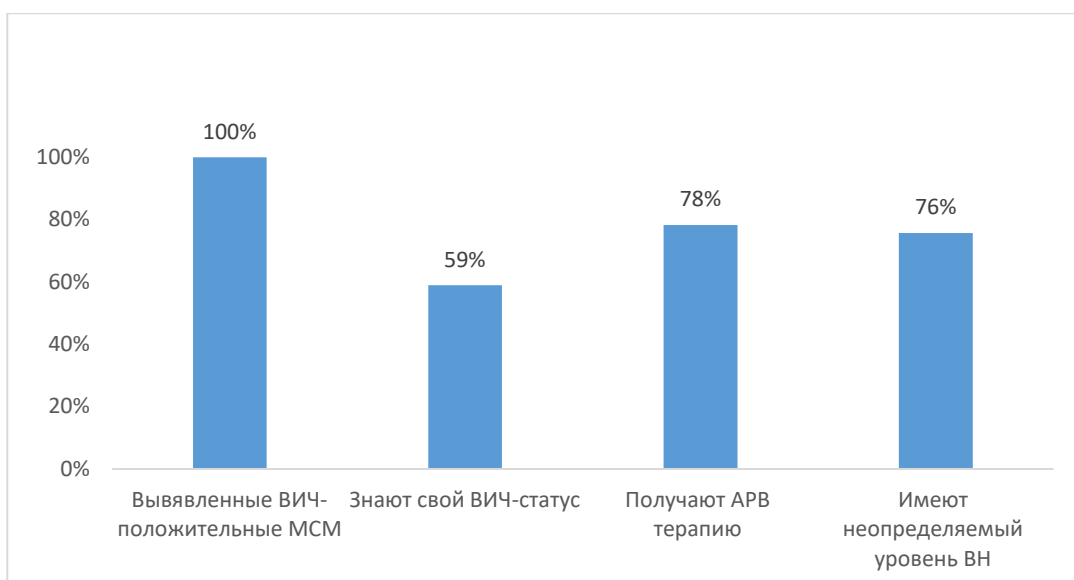


Рис. 5 Каскад услуг для МСМ в связи с ВИЧ в Украине (по результатам IBBS 2017-2018 гг.)

Каскады услуг в связи с ВИЧ среди МСМ в Таджикистане (Рис. 5) и Казахстане (Рис. 6), которые относятся к 2015 году, могут быть основаны на недостаточно качественных данных¹⁸. Однако, за неимением других, более новых и достоверных данных, указанные каскады могут служить как ориентир для общего понимания ситуации.

Вероятнее всего, в Таджикистане наибольшее отставание наблюдается на этапе выявления ВИЧ-положительных МСМ – только 19% от расчетного числа ВИЧ-положительных МСМ могут быть осведомлены о своем ВИЧ-статусе. Большого прогресса удалось достичь в рамках третьих «90» – 53% МСМ, которые получают АРВ-терапию, имеют неопределяемый уровень вирусной нагрузки. В Казахстане, вероятно, примерно одинаковое отставание наблюдается в отношении первой и второй целей из «90-90-90»: 35% всех ВИЧ-положительных МСМ осведомлены о своем ВИЧ-статусе и 32% из тех, кто знает свой ВИЧ-статус, начали АРВ-терапию.

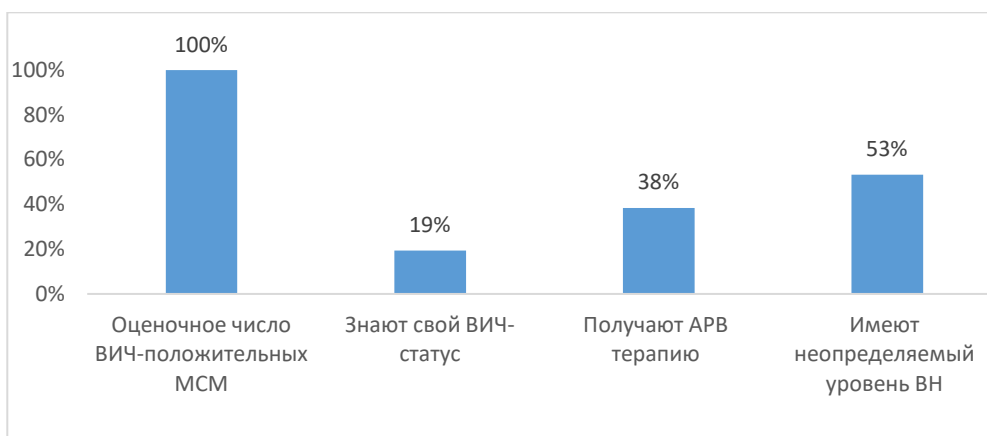


Рис. 6 Каскад услуг для МСМ в связи с ВИЧ в Таджикистане (2015 г.)

¹⁸ Gupta, S., & Granich, R. (2017). National HIV Care Continua for Key Populations: 2010 to 2016. Journal of the International Association of Providers of AIDS Care (JIAPAC), 125–132. – URL: <https://doi.org/10.1177/2325957416686195>

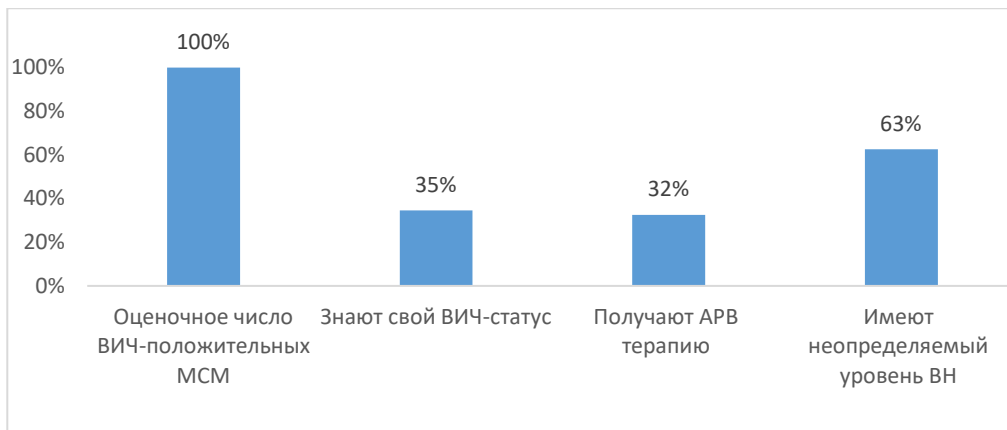


Рис. 7 Каскад услуг для MSM в связи с ВИЧ в Казахстане (2015 г.)

Каскад услуг в связи с ВИЧ для МСМ и транс людей в странах реализации проекта «Право на здоровье»

В данном разделе представлены результаты анализа каскадов услуг в связи с ВИЧ для МСМ, составленные в рамках национальных исследований, проведенных в 4 странах проекта «Право на здоровье»: Армении, Кыргызстане, Грузии и Беларуси (на момент подготовки данного обзора информация из Македонии отсутствовала). Показатели каскада услуг представлены в *Таблице 1*. Как видно, наибольшее отставание у всех стран происходит на первом этапе континуума услуг.

Таблица 1. Данные каскадов услуг в связи с ВИЧ для МСМ в 4 странах проекта «Право на здоровье»

	Оценочное количество МСМ, живущих с ВИЧ	МСМ, которые знают свой ВИЧ-статус, от оценочного числа ВИЧ-позитивных МСМ	МСМ, которые принимают АРВ-терапию, от числа тех, кто знает свой ВИЧ-статус	МСМ, у которых неопределяемая вирусная нагрузка, от числа тех, кто получает АРВ-терапию
Армения	100	75%	73%	71%
Кыргызстан	1 115	12%	56%	64%
Грузия	3560	18%	75%	88%
Беларусь	4 621	6%	82%	82%

Уровень достижения целей «90-90-90»:

	>80%
	50-79%
	0-49%

Стоит отметить, что полнота информации, которая отображена в каскадах услуг в связи с ВИЧ для МСМ, составленных ЛГБТ-организациями в сотрудничестве с экспертами национальных министерств здравоохранения, варьируется между странами. В силу доступности информации, возможностей каждой из групп исследователей и других факторов анализ причин отставания от целевых показателей в каскаде представлен группами исследователей по-разному.

Общей проблемой для стран при составлении каскадов по прогрессу в достижении целей «90-90-90» для МСМ с ВИЧ-положительным статусом является доступность и качество данных, которые используются для построения таких каскадов. Ограниченность данных может быть причиной того, что каскад не в полной мере соответствует действительности. Тем не менее, использование данных недостаточно высокого качества может быть приемлемым, если мы ставим задачу не только описать текущую ситуацию, но и поставить задачи на будущее, в том числе по улучшению качества данных.

В Армении в каскаде лечения ВИЧ-инфекции среди МСМ представлены результаты IBBS, а также данные Республиканского центра по профилактике СПИДа и данные проекта «Профилактика и повышение осведомленности о ВИЧ и СПИД среди МСМ и транс людей». По информации исследовательской группы, при проведении IBBS не всегда соблюдалась методология исследования, а именно значительная часть респондентов, привлеченных в исследование в качестве МСМ, таковыми не являлась. По мнению экспертов из организаций ЛГБТ-сообщества, респонденты, не являвшиеся МСМ, представлялись как МСМ для получения предложенного в рамках исследования вознаграждения. Этот риск не был учтен при планировании процесса сбора данных в рамках IBBS. В итоге весьма вероятно, что распространенность ВИЧ среди МСМ в Армении была недооценена.

Информация о транс людях в стране отсутствует.

Для составления каскада непрерывной помощи в связи с ВИЧ для МСМ в **Кыргызстане** были использованы данные центров СПИДа, НПО, которые работают в сфере профилактики ВИЧ среди МСМ (ОО «Кыргыз Индиго» и Ассоциация «АнтиСПИД»), программные данные международных организаций, таких как ПРООН, которая внедряет в стране основной проект по профилактике и лечению ВИЧ. В рамках анализа собранных данных, кроме консультаций с экспертами, была проведена фокус-группа с ВИЧ-позитивными МСМ. В ходе фокус-группы было получено подтверждение предположения исследователей, что часть ВИЧ-позитивных МСМ скрывает от медицинского персонала информацию о своем сексуальном поведении. Часто это происходит при прохождении тестирования, но именно в ходе тестирования формируется основная статистика относительно распределения случаев ВИЧ среди тех или иных групп населения. Сбор дополнительных качественных и количественных данных для анализа собранной статистики об охвате услугами тестирования и лечения ВИЧ-инфекции дает возможность проанализировать качество собранных данных и причины отставания от целевых показателей каскада «90-90-90».

С недавнего времени транс люди внесены в перечень ключевых групп для контроля ВИЧ-инфекции в стране, но рутинный сбор данных о профилактике и лечении ВИЧ среди транс людей еще не начал.

В **Беларуси** для разработки каскада использовались данные Республиканского центра гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья, а также расчеты программы «Спектрум». Качество сбора данных оценивалось с привлечением экспертов из числа сообщества, а также профильных специалистов.

Существенным ограничением в Беларуси в целом является отсутствие системы сбора стратегической информации о ВИЧ в системе здравоохранения. Как правило, собираются только базовые эпидемиологические данные, которые не дезагрегируются, и это осложняет проведение полноценного анализа, что могло повлиять на качество результатов исследования в стране и построение каскада.

Сбор информации о транс людях не проводится.

В **Грузии** источником данных для каскада послужили программные данные проектов, реализуемых при поддержке Глобального фонда, данные регулярных эпидемиологических исследований и эпидемиологического надзора, а также расчеты программы «Спектрум», предоставленные Научно-практическим центром инфекционной патологии, СПИДа и клинической иммунологии. Анализ проводился с привлечением национальных и местных организаций ЛГБТ-сообщества, которые предоставляют профилактические услуги в контексте ВИЧ, а также государственных учреждений здравоохранения.

Исследователи отметили отсутствие единой методологии оценки численности МСМ в стране.

Также было подчеркнуто, что в стране нет данных о тестировании транс людей на ВИЧ и их лечении.

Оценочное число ВИЧ-позитивных МСМ

При оценке численности ВИЧ-позитивных МСМ исследователи испытывали сложности с данными, которые были собраны для проведения расчетов.

К примеру, в Армении сложности были связаны с достоверностью данных, поскольку использовались результаты IBBS, достоверность которых вызывала вопросы. В Кыргызстане в 2013 и 2016 годах были проведены оценки численности МСМ, в рамках которых рассматривались две разные возрастные группы: в 2013 году – 16-49 лет, в 2016 году – 18-49 лет (для построения странового каскада были использованы данные последней оценки). Оценочное количество МСМ, которые живут с ВИЧ, в Грузии было рассчитано на основании данных программы «Спектрум» – 3 800 человек, но национальные эксперты в Грузии находят это значение завышенным, поэтому расчет может быть проведен иным путем, используя показатель распространенности ВИЧ среди МСМ (20,7%) от оценочного количества МСМ в стране (17 200 человек), таким образом число МСМ, живущих с ВИЧ составит 3 560 человек. В Беларуси оценочное число МСМ-ЛЖВ также рассчитано

по данным программы «Спектрум», вместе с тем полученные данные расходятся с результатами IBBS. Для Беларуси в целом характерны сложности с получением объективных данных относительно истинного количества МСМ с ВИЧ-положительным статусом. Оценочная численность ВИЧ-позитивных МСМ представлена на Рис. 7.

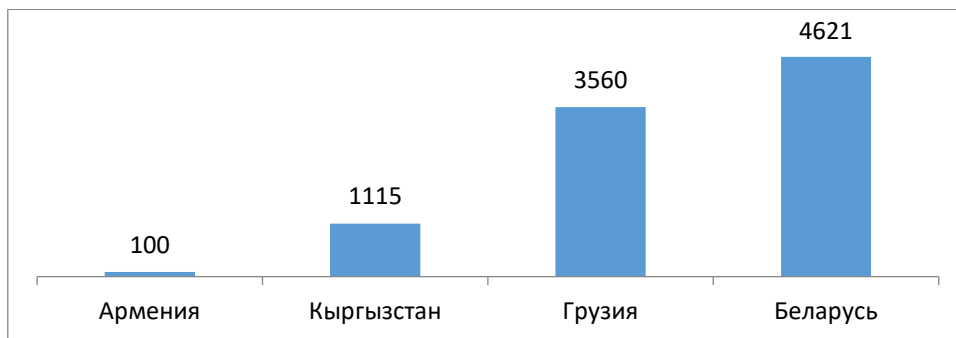


Рис. 8 Оценочная численность МСМ с ВИЧ-положительным статусом

МСМ, знающие свой ВИЧ-положительный статус

Знание ВИЧ-статуса является первым и, пожалуй, наиболее важным шагом в каскаде «90-90-90», поскольку уровень выполнения этого индикатора определяет эффективность последующих усилий по вовлечению в лечение ВИЧ-позитивных МСМ¹⁹.

Тестирование на ВИЧ крайне важно для своевременного выявления случаев ВИЧ и начала лечения. В свою очередь, низкий уровень охвата тестированием на ВИЧ и наличие барьеров, которые влияют на желание и возможности МСМ обратиться за тестированием, могут приводить к позднему выявлению ВИЧ-инфекции. Таким образом, риск передачи ВИЧ-инфекции увеличивается в случае, если ВИЧ-позитивные МСМ не знают о своем статусе.

Именно на этом этапе каскада наблюдаются наибольшие проблемы с достижением целевых показателей в большинстве рассматриваемых стран: во всех странах, о которых удалось собрать данные, отмечается низкий уровень охвата МСМ тестированием на ВИЧ. Ряд стран – Кыргызстан, Грузия и Беларусь – особенно далеки от достижения первых «90» (90% МСМ, живущих с ВИЧ, знают о своем ВИЧ-статусе). Только около 11% от оценочного числа ВИЧ-позитивных МСМ в этих трех странах знают о своем положительном ВИЧ-статусе и лишь каждый 10-й уже начал АРВ-терапию.

Исследователи отмечают, что МСМ имеют низкий уровень доверия к государственным медицинским учреждениям и при прохождении тестирования на ВИЧ часто скрывают информацию о своем сексуальном поведении, опасаясь столкнуться со стигмой и дискриминацией из-за своей сексуальной ориентации. Исследователи отмечают, что случаи разглашения личной информации и непрофессиональной коммуникации продолжают регулярно происходить в отношении МСМ и транс людей, обратившихся за консультированием и помощью в связи с ВИЧ и другими вопросами сексуального здоровья. Таким образом, случаи ВИЧ среди МСМ, выявленные в системе государственного надзора, отображаются как относящиеся к другим путям передачи ВИЧ, не связанным с сексуальными отношениями между мужчинами.

Следовательно, официальные данные центров СПИДа о количестве ВИЧ-позитивных МСМ, знающих о своем статусе и состоящих на диспансерном учете, могут быть занижены, что подтверждается наличием противоречия между собираемой медучреждениями статистикой, данными, получаемыми в рамках IBBS, и данными, получаемыми профилактическими и поддерживающими программами НПО на базе сообщества.

Самый низкий прогресс в достижении первых «90» среди рассматриваемых стран демонстрирует Беларусь. В Кыргызстане и Грузии результаты также неудовлетворительны. Армения наиболее близка к достижению цели, но в отчете национальной команды повсеместно

¹⁹ Ending AIDS Progress towards the 90–90–90 targets. – UNAIDS. – 2017. – URL: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Global_AIDS_update_2017_en.pdf

подчеркивается, что имеющийся каскад не описывает реальную ситуацию с ВИЧ среди МСМ (Рис. 8).

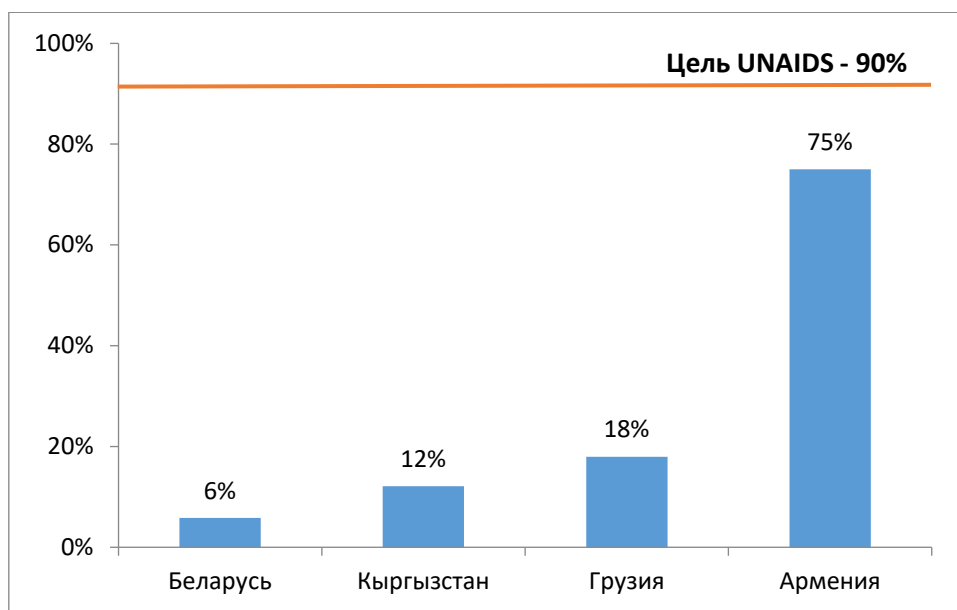


Рис. 9 МСМ, которые знают свой ВИЧ-положительный статус

В **Кыргызстане**, по данным Центра СПИДа, 135 МСМ знают о своем ВИЧ-положительном статусе, что составляет 12% от оценочного числа ВИЧ-позитивных МСМ. В то же время, эти данные противоречат данным IBBS, согласно которым 26% МСМ осведомлены о своем ВИЧ-положительном статусе. Подобные различия могут объясняться тем, что в условиях анонимности при проведении IBBS МСМ не боялись говорить о своих сексуальных предпочтениях и открыто отвечали на вопросы о знании своего ВИЧ-статуса.

Присутствующая среди представителей сообщества самостигматизация и сенситивное восприятие своей сексуальной жизни также существенно влияют на охват тестированием на ВИЧ. Сами представители сообщества могут считать вопросы, связанные с сексуальными практиками, которые задают медицинские работники, оскорбительными и слишком личными. Исследования свидетельствуют о том, что в стране самый высокий уровень внутренней гомофобии среди 13 стран ВЕЦА²⁰. К тому же, имеются свидетельства открытого негативного отношения медицинского персонала к ЛГБТ в стране²¹.

Наибольший пробел на данном этапе каскада также отмечается в **Грузии**: всего 640 МСМ из оценочного количества (3 560 МСМ-ЛЖВ) знают о своем ВИЧ-положительном статусе (18%), что значит, что более 80% ВИЧ-позитивных МСМ в стране не осведомлены о своем статусе и не начали АРВ-терапию. Стоит отметить, что проблема большого числа ЛЖВ, не знающих о своем положительном статусе, актуальна для Грузии в целом: больше половины от оценочного числа ЛЖВ в стране не проходили тестирование и не осведомлены о своем статусе.

В последние несколько лет наблюдается тенденция снижения уровня знаний о ВИЧ среди ключевых групп: более молодые представители всех ключевых сообществ реже, чем их сверстники в прошлом, владеют необходимой информацией о ВИЧ, а также о том, где они могут пройти тестирование и получить поддержку. В то же время, низкая осведомленность о ВИЧ присуща сообществу МСМ в целом.

В **Беларуси** всего 6% от оценочного числа МСМ-ЛЖВ знают о своем положительном ВИЧ-статусе.

²⁰ Шестаковский А., Касянчук М. Исследование интернализированной гомонегативности (внутренней гомофобии): Аналитический отчет / Евразийская коалиция по мужскому здоровью (ЕКОМ). – Таллинн, 2018. – 161 с.

²¹ Москотина Р. и др. Исследование отношения к ЛГБТ среди сотрудников ключевых социальных сервисов пяти стран Центральной и Восточной Европы и Центральной Азии в рамках Региональной программы ЕКОМ «Право на здоровье» / Р. Москотина, Н. Дмитрук, О. Трофименко, Ю. Привалов, М. Касянчук (Евразийская коалиция по мужскому здоровью). – Таллинн, 2017. – 94 с.

Существующее отставание от целевого индикатора может быть связано с нехваткой финансовых ресурсов у государства для закупки тестов на ВИЧ, оплаты необходимой для тестирования инфраструктуры и поддерживающих услуг. В рамках действующей государственной программы борьбы с ВИЧ МСМ не выделяются в отдельную уязвимую группу. Финансирование в рамках программы выделяется не целевым образом, а на интервенции для «общего населения», не ориентированные на ключевые группы.

Видимо поэтому в Беларуси существуют пробелы при охвате МСМ программами профилактики ВИЧ: только 19% от оценочного числа МСМ в стране охвачены программами информирования и поддержки. Крайне мало ВИЧ-положительных МСМ имеют доступ к консультированию и поддержке по принципу «равный-равному» для принятия своего ВИЧ-положительного статуса и формирования устойчивой приверженности к лечению – всего 7% из запланированных 40%.

В Армении оценочное число ВИЧ-положительных МСМ составляет 100 человек. Из них 75 знают о своем ВИЧ-статусе, что соответствует 75% в первом столбце каскада лечения ВИЧ для МСМ. Если оценка числа ВИЧ-положительных МСМ в стране верна, то для достижения первых «90» Армении необходимо помочь еще 15 ВИЧ-положительным МСМ узнать о наличии у них ВИЧ-инфекции.

Наряду с впечатляющей статистикой, исследователи указывают на наличие существенных барьеров для развития тестирования среди МСМ в Армении. Так, существуют административные препятствия для организации тестирования на ВИЧ на базе НПО в случае применения экспресс-тестов, использующих каплю крови из пальца. При этом важно подчеркнуть, что с 2017 года НПО могут проводить селективное тестирование на ВИЧ с применением экспресс-тестов, использующих околослюнную жидкость (т.н. «тесты по слюне»). Поставки этих тестов производятся при финансовой поддержке международных доноров. Но экспресс-тесты по слюне дороже, чем те, что используют кровь, и ввиду того, что страна находится на этапе перехода от международного финансирования к национальному, есть вероятность, что правительство не будет закупать слюновые тесты за счет госбюджета. Другим препятствием для широкого охвата тестированием исследователи считают то, что подтверждение ВИЧ-статуса и назначение АРВ-терапии в Армении возможно только в Республиканском центре по профилактике СПИДа в Ереване. Это может демотивировать людей, живущих в других городах.

МСМ, знающие о своем ВИЧ-положительном статусе, которые получают АРВ-терапию

До недавнего времени в странах действовали национальные клинические протоколы, согласно которым АРВ-терапию начинали при определенном уровне клеток CD4 у ЛЖВ. ВИЧ-положительным пациентам необходимо было регулярно, часто в течение нескольких лет, сдавать тесты на уровень CD4 в крови, ожидая, пока их состояние ухудшится настолько, чтобы получить право на лечение. Часть ЛЖВ могли теряться, не получая доступа к лечению.

За последние 3 года национальные клинические протоколы лечения ВИЧ-инфекции в странах ВЕЦА были пересмотрены, в них были учтены новые рекомендации ВОЗ, согласно которым АРВ-терапия должна предоставляться всем ЛЖВ, независимо от количества клеток CD4 у пациента. Например, такие изменения были приняты в 2015 году в Грузии, в 2017 году – в Кыргызстане и Армении, в 2018 году – в Беларуси.

Наибольшее отставание в достижении вторых «90» (90% МСМ, знающих о своем ВИЧ-статусе, получают АРВ-терапию), наблюдается в **Кыргызстане**, где АРВ-терапию принимают 56% ВИЧ-положительных МСМ, знающих свой статус. В **Беларуси** этот показатель составляет 79%, однако при этом нет достаточного доступа к объективным данным относительно истинного числа МСМ с ВИЧ-положительным статусом, которые получают АРВ-терапию. В **Армении** и **Грузии** доля МСМ, знающих о своем ВИЧ-положительном статусе, которые получают АРВ-терапию, составляет 73% и 75% соответственно (Рис. 9).

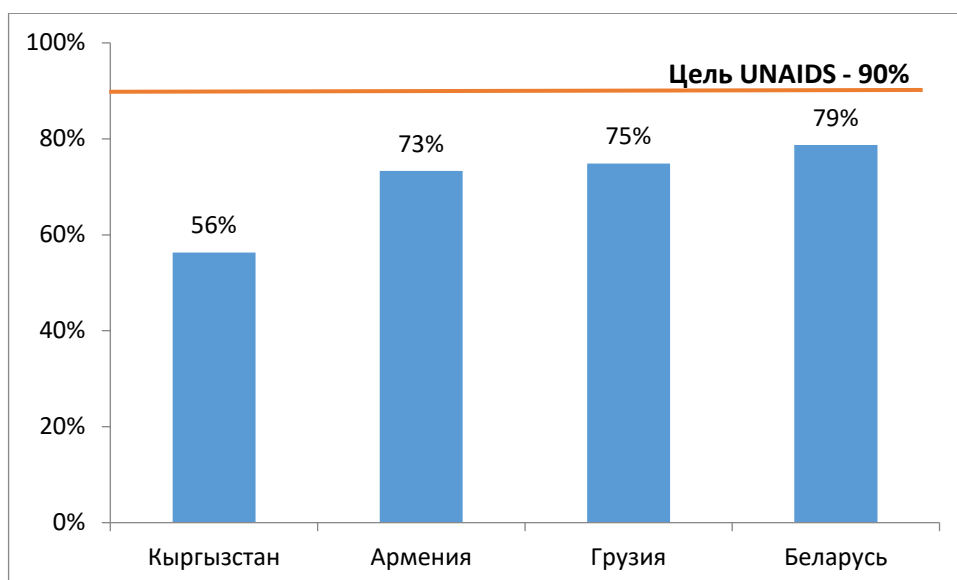


Рис. 10 MSM, знающие о своем ВИЧ-положительном статусе, которые получают АРВ-терапию

MSM с ВИЧ-положительным статусом, получающие АРВ-терапию, которые имеют неопределяемый уровень вирусной нагрузки

Наилучшим образом выглядит ситуация с достижением неопределяемой вирусной нагрузки у тех, кто принимает АРВ-терапию. В части стран этот показатель для MSM приближается к глобальным целям: в Грузии и Беларуси он уже почти равен 90%! Это позволяет говорить о хорошем качестве работы врачей-инфекционистов и эффективности применяемых схем АРВ-терапии.

Введение оптимизированных схем лечения и лекарственных форм препаратов способно повысить эффективность и продолжительность АРВ-терапии, а также увеличить приверженность к лечению и усилить подавление вируса²².

Новые антиретровирусные препараты способны быстрее подавлять вирусную нагрузку, имеют меньше побочных эффектов и меньший риск возникновения резистентности, а также потенциально могут снижать затраты на терапию и повышать эффективность программ лечения²².

На сегодня в рассматриваемых странах в национальные протоколы лечения ВИЧ-инфекции добавлены обновленные схемы лечения с применением новых препаратов. Практически все страны смогли существенно приблизиться к достижению последней цели из «90-90-90», а именно – 90% MSM, живущих с ВИЧ, которые получают АРВ-терапию, имеют неопределяемый уровень вирусной нагрузки. На этом этапе большинство стран демонстрируют значительные достижения: в **Грузии** 88% MSM, живущих с ВИЧ, которые получают АРВ-терапию, имеют неопределяемый уровень вирусной нагрузки, в **Беларуси** – 81,5%, в **Кыргызстане** – 64%, в **Армении** – 71% (Рис. 10).

²² Краткое руководство ВОЗ «Лечение ВИЧ-инфекции. Переход на новые антиретровирусные препараты в программах противодействия ВИЧ-инфекции». – URL: <http://ecuo.org/wp-content/uploads/2018/02/polisi-brif-RED-web.pdf>

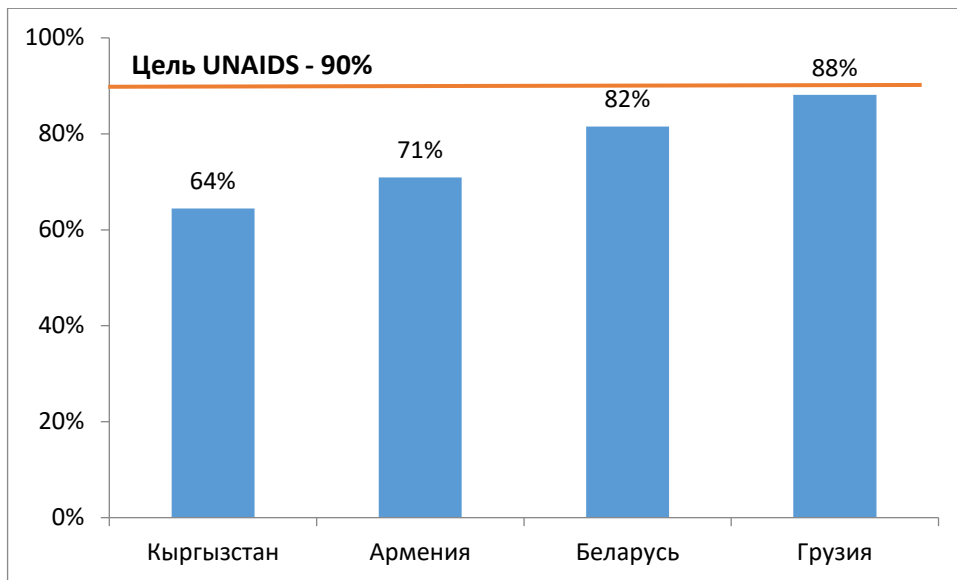


Рис. 11 MSM с ВИЧ-положительным статусом, получающие АРВ-терапию, которые имеют неопределяемый уровень вирусной нагрузки

Выводы

1. Каскад как инструмент мониторинга:
 - «Руководство по составлению, анализу и использованию каскада непрерывной помощи для МСМ в связи с ВИЧ-инфекцией» позволяет организациям ЛГБТ-сообщества и другим НПО эффективно оценить охват МСМ и транс людей услугами профилактики и лечения ВИЧ-инфекции и качество этих услуг, а именно создать план исследования, построить необходимые партнерские отношения, в том числе с представителями национальных министерств здравоохранения и специалистами медучреждений, после чего собрать данные и проанализировать их, обеспечивая значимое вовлечение в этот процесс сообщества и других заинтересованных сторон.
 - Также данный инструмент позволяет определить, какие данные, необходимые для принятия решений в рамках национальных программ противодействия ВИЧ-инфекции, недоступны или недостаточно качественны. Часть данных отсутствует просто в силу нехватки исследований и услуг, в рамках которых эти данные могут быть получены. Так, данных о ключевых проблемах с приверженностью к АРВ-терапии у МСМ нет потому, что нет соответствующих исследований, а данные о доступности услуг в области психического здоровья отсутствуют из-за отсутствия таких услуг для МСМ и транс людей. Другие данные недоступны потому, что нет механизмов разбивки общих данных (например, оценить охват транс людей профилактическими интервенциями невозможно, так как в статистических формах они учитываются как МСМ). Значительное влияние на качество данных оказывает стигма и дискриминация по признаку сексуального поведения и гендерной идентичности. Например, реальное число МСМ, знающих о своем положительном ВИЧ-статусе, может быть больше, но недоверие к сотрудникам медицинских госучреждений со стороны МСМ препятствует тому, чтобы МСМ сообщали о том, что практикуют секс с партнерами одного с ними пола. В итоге каскады, построенные с учетом данных сомнительной надежности, могут не отражать реальной ситуации с ВИЧ среди МСМ в стране и вести к принятию неэффективных программных, адвокационных и стратегических решений.

Основные пробелы в каскаде:

- Рассматриваемые страны демонстрируют существенное отставание в достижении всех целей «90-90-90», но наибольшие пробелы возникают на самом первом этапе, когда ВИЧ-позитивные МСМ должны получить возможность узнать о своем статусе.
- Значительное число МСМ, которые не осведомлены о своем положительном ВИЧ-статусе, говорит о недостаточном охвате МСМ программами профилактики ВИЧ, и, в частности, тестированием на ВИЧ и услугами поддержки. Это позволяет утверждать, что существующие программы профилактики – методы и/или объемы финансирования этих программ – не соответствуют потребностям МСМ и транс людей. Кроме того, это свидетельствует о том, что очень большое число МСМ и транс людей, живущих с ВИЧ, до сих пор не имеют доступа к АРВ-терапии, что угрожает их здоровью и жизни, а также способствует дальнейшему распространению ВИЧ-инфекции в странах региона.

Рекомендации относительно доступности и качества данных

Для улучшения доступности и качества данных для составления каскада услуг в связи с ВИЧ для МСМ и транс людей необходимо:

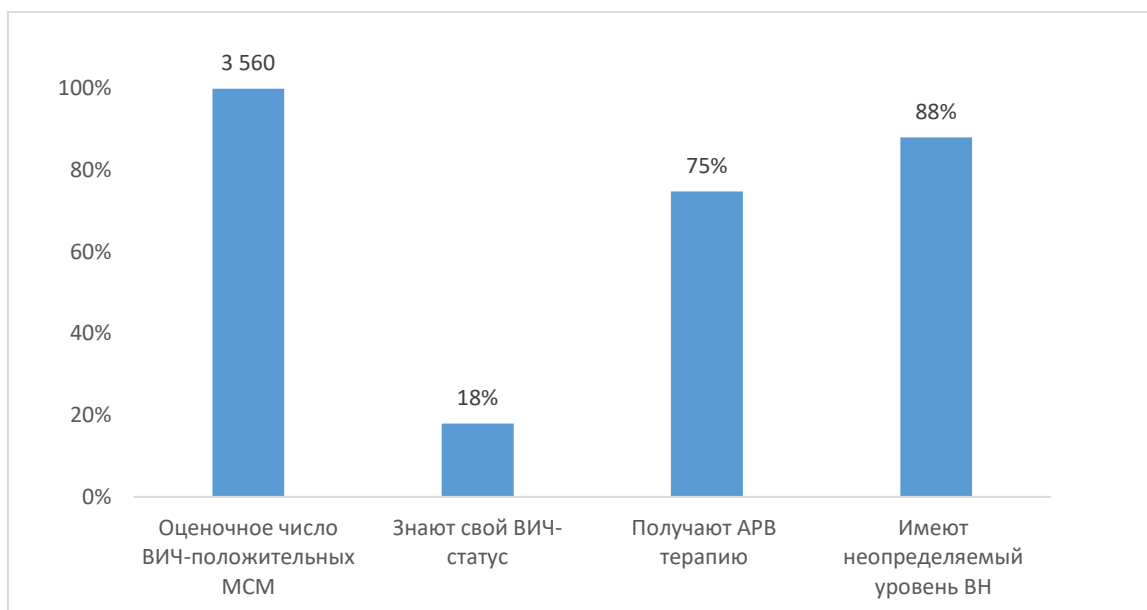
1. В приоритетном порядке способствовать получению достоверных данных об оценочном числе МСМ в стране. Это необходимые базовые данные, качество которых обуславливает эффективность планирования и инвестиций всех национальных программ противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции. Необходимо содействовать официальному принятию в странах основанного на лучших международных практиках метода оценки численности ключевых групп, включая геев, других МСМ и транс людей.
2. Пересмотреть национальные индикаторы для программ профилактики и лечения ВИЧ-инфекции, чтобы удостовериться, что они позволяют вести эффективный мониторинг

распространенности рискованного поведения, распространенности ВИЧ-инфекции, сопутствующих и маркерных заболеваний, а также доступности и качества услуг, необходимых для эффективной профилактики и лечения ВИЧ-инфекции. Для этого наборы национальных индикаторов должны содержать: прямое упоминание геев, других МСМ и транс людей как ключевых групп; перечень необходимых услуг профилактики и лечения для МСМ и транс людей, основанный на лучших национальных и международных практиках; указания относительно требуемого качества данных и способов обеспечения этого качества.

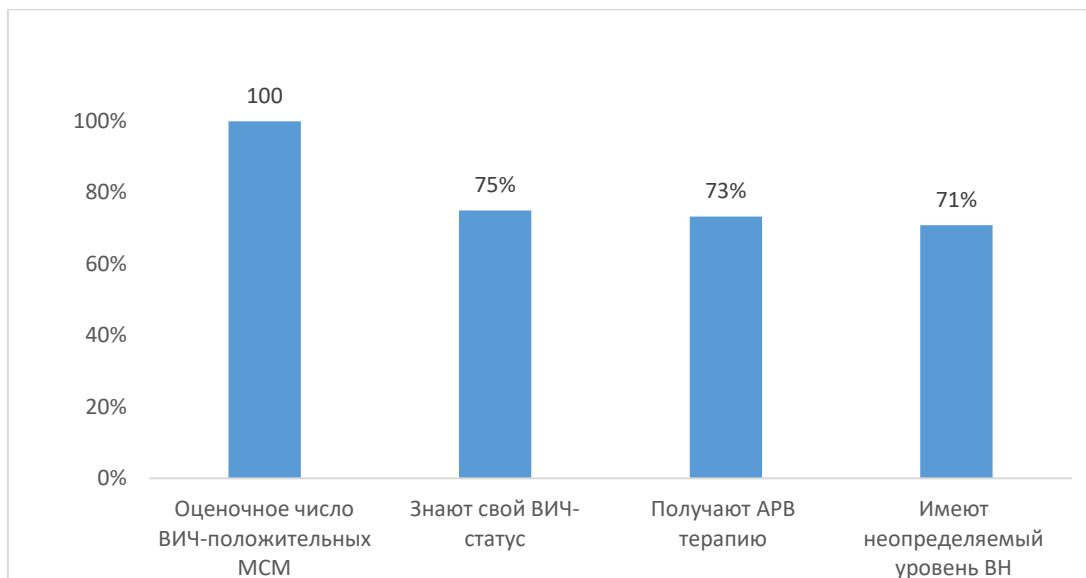
3. Усилить мониторинг проведения IBBS среди МСМ для содействия соблюдению методологии исследования и обязательному значимому вовлечению организаций сообщества, что должно обеспечивать повышение качества собираемых данных и их анализа.
4. Включить в регулярные национальные исследования о прогрессе в противодействии распространению ВИЧ-инфекции вопросы и механизмы, которые позволят собирать данные, необходимые для построения и анализа каскадов комплексных услуг по ВИЧ для МСМ и транс людей.
 - Использовать метод триангуляции для оценки соответствия данных об охвате и качестве услуг профилактики и лечения ВИЧ-инфекции среди МСМ и транс людей: данные IBBS, данные центров СПИДа и других медучреждений, данные НПО, расчеты программы «Спектрум».
 - Способствовать усилению потенциала организаций сообщества, государственных структур и медицинских учреждений в вопросах сбора, анализа и использования стратегической информации о ВИЧ среди МСМ и транс людей.
 - Развивать сотрудничество между организациями сообщества и специалистами, оказывающими МСМ и транс людям услуги в сфере охраны здоровья, для преодоления дискриминации и стигмы на основании сексуального поведения и гендерной идентичности как ключевых барьеров, препятствующих эффективному сбору и анализу данных, необходимых для принятия решений в области противодействия распространению ВИЧ-инфекции.

Приложение: страновые каскады услуг в связи с ВИЧ среди МСМ

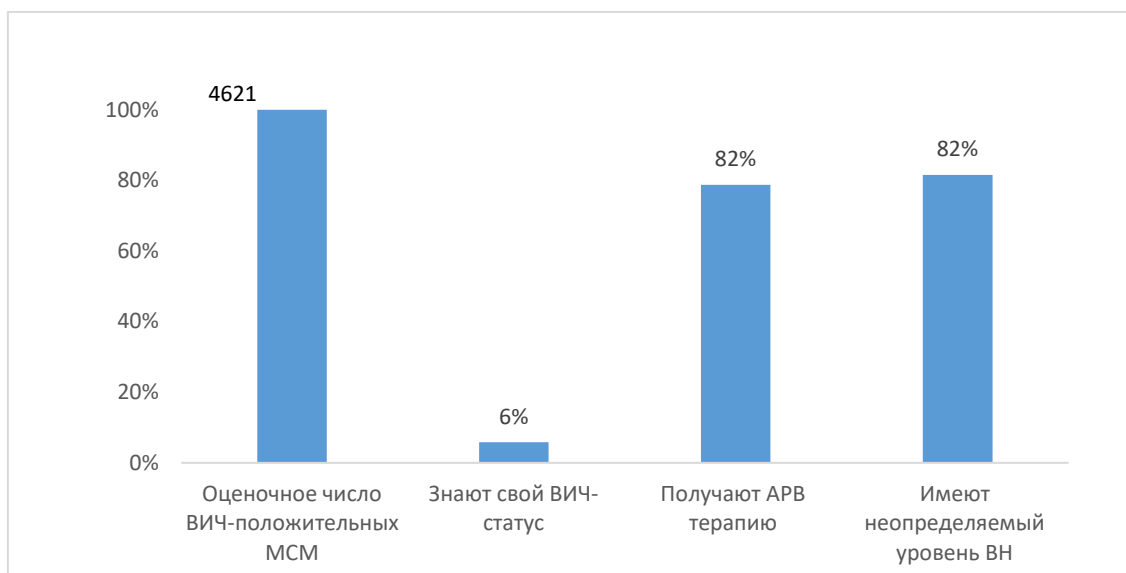
Грузия



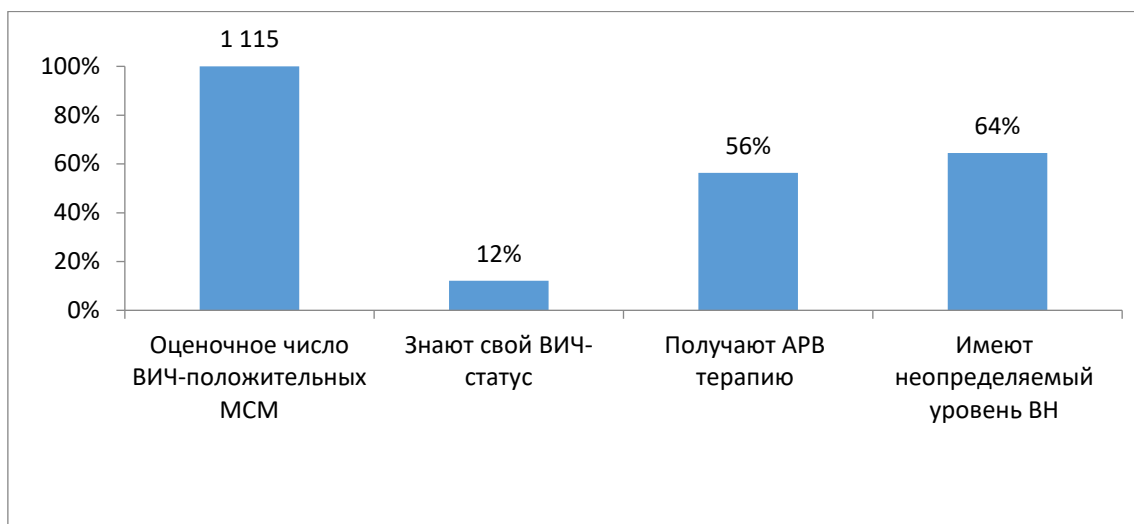
Армения



Беларусь



Кыргызстан



Полные тексты отчетов доступны на веб-сайте ЕКОМ в разделе «Центр знаний».