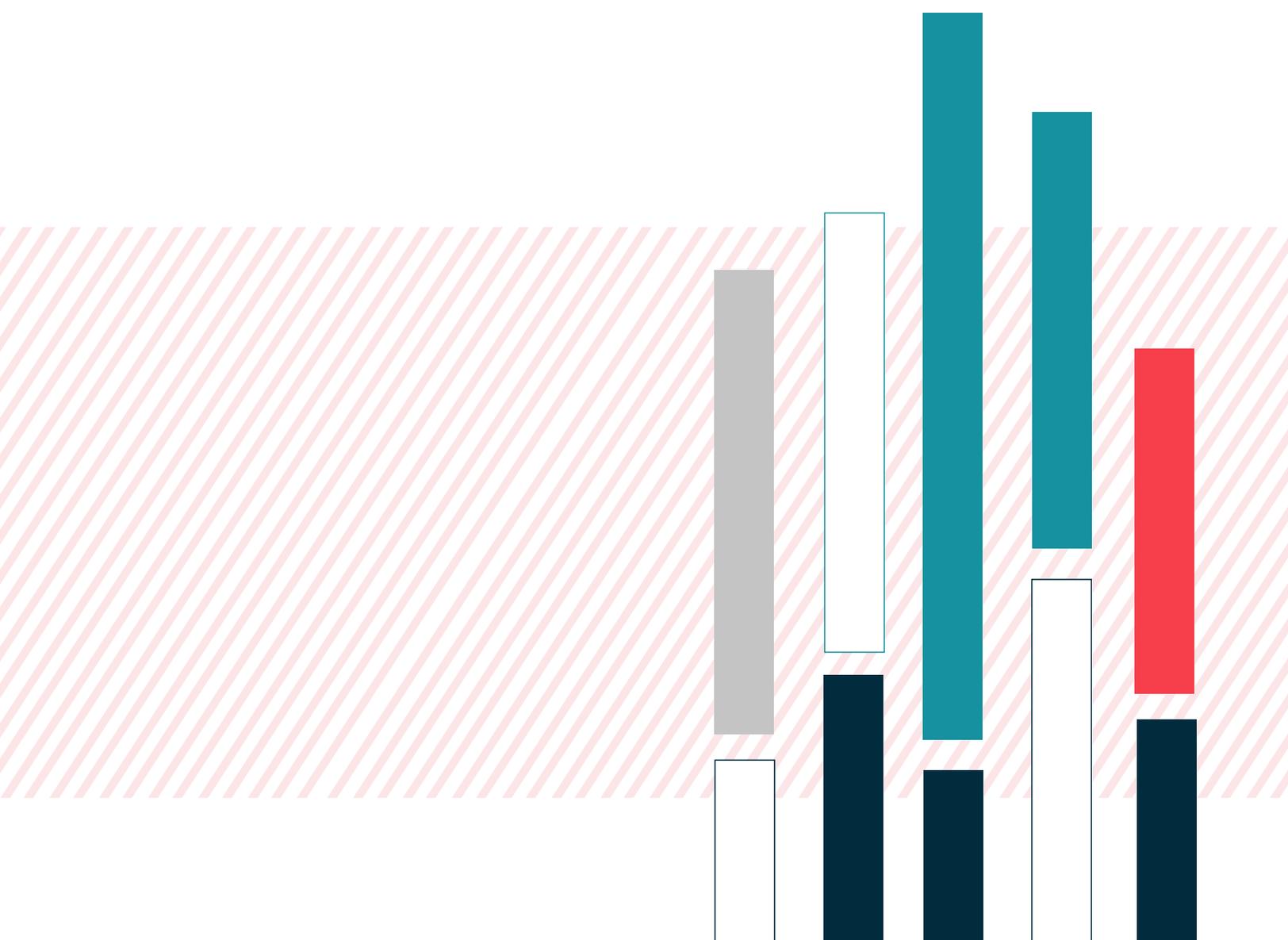


ОБЗОР РЕЗУЛЬТАТОВ НАЦИОНАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ
В СТРАНАХ ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЫ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ

КАСКАД НЕПРЕРЫВНОЙ ПОМОЩИ В СВЯЗИ С ВИЧ ДЛЯ МСМ В ВЕЦА



Составитель: Надежда Семчук, при участии Геннадия Рощупкина.



Публикация подготовлена и опубликована в рамках региональной программы «Право на здоровье», реализуемой 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 ЕКОМ.

Оглавление

Список сокращений.....	2
Резюме	3
Вступление.....	5
Каскад услуг в связи с ВИЧ для МСМ в регионе ВЕЦА: обзор литературы	8
Каскад услуг в связи с ВИЧ для МСМ и транс* людей в странах реализации проекта «Право на здоровье».....	9
Оценочное число ВИЧ-положительных МСМ.....	11
МСМ, знающие свой ВИЧ-положительный статус	13
МСМ, знающие о своем ВИЧ-положительном статусе, которые получают АРВ-терапию.....	14
МСМ с ВИЧ-положительным статусом, получающие АРВ-терапию, которые имеют неопределяемый уровень вирусной нагрузки	16
Выводы	17
Рекомендации относительно доступности и качества данных.....	19
Приложение: страновые каскады услуг в связи с ВИЧ среди МСМ.....	20

Список сокращений

АРВ	терапия – антиретровирусная терапия
ВЕЦА	Восточная Европа и Центральная Азия
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВН	вирусная нагрузка
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГФ	Глобальный Фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией
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
ОО	общественная организация
СПИД	синдром приобретенного иммунодефицита
ЮНЭЙДС	Объединенная программа ООН по ВИЧ/ СПИДу
CD4	CD4-лимфоциты
ЕСДС	Европейский центр профилактики и контроля заболеваний
PrEP	доконтактная профилактика (pre-exposure prophylaxis)

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, доступность 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 и транс* людей. Опубликованных каскадов услуг для МСМ мало. 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 и Казахстане.

В Российской Федерации, на которую приходится большинство новых случаев ВИЧ в регионе ВЕЦА, наибольшее отставание от целей «90-90-90» наблюдается на этапе диагностики ВИЧ-инфекции – только 23% ВИЧ-позитивных МСМ осведомлены о своем ВИЧ-статусе (данные 2015 года). Такой же результат и по Казахстану – 23%. В Украине наибольший пробел также приходится на первый этап каскада, однако удалось достичь лучшего результата – 59% из числа ВИЧ-позитивных МСМ знают о своем статусе.

Анализ каскадов услуг для МСМ в 5 странах программы «Право на здоровье», осуществлялся на базе национальных исследований, проведенных в 2018-2019 гг. 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 медицинских учреждений.

При составлении каскадов услуг в этих 5 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 дезагрегации 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 по достижению первых «90» (90% ВИЧ-позитивных МСМ прошли тест на ВИЧ и знают свой ВИЧ-статус) ситуация обстоит лучше в Армении и Македонии, где 54% 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, 19% в Кыргызстане и 26% в Грузии.

Среди барьеров на пути к достижению первых «90» 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; высокий уровень стигмы по отношению к ВИЧ-позитивным МСМ и транс* людям внутри ЛГБТ сообщества;

финансовые и административные сложности с проведением тестирования на ВИЧ на базе ЛГБТ-организаций и других организаций гражданского общества; географические и административные ограничения доступности ВИЧ-сервиса.

В достижении вторых «90» (90% ВИЧ-положительных МСМ, знающих свой ВИЧ-статус, получают АРВ-терапию) наиболее успешна Македония, которой удалось полностью достичь цели – 91%. Беларусь и Грузия приближаются к достижению целевого значения и достигли результата в 84%. В Армении и Кыргызстане индикатор равен 59%.

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.

Среди причин, которые препятствуют достижению вторых «90», исследователи отмечали ограниченную доступность объективных данных относительно истинного числа МСМ с ВИЧ-положительным статусом, которые получают АРВ-терапию; время ожидания от момента положительного результата экспресс-теста до подтверждения диагноза, постановки на диспансерный учет и начала лечения; распространенные среди МСМ стигму и страх посещения медицинских учреждений для получения лечения, субъективные представления МСМ-ЛЖВ о режиме лечения, побочных эффектах, возможностях смены схем лечения. Также значительным барьером является отсутствие у многих мигрантов возможности получать АРВ терапию в стране, куда они едут на заработки или в поисках убежища.

Наилучшим образом выглядит ситуация с достижением третьих «90» – неопределяемой вирусной нагрузки у тех, кто принимает АРВ-терапию. В Грузии и Кыргызстане этот показатель достиг глобальной цели и равен 90%. Три другие страны – Македония, Армения и Беларусь достигли также результата более 80%. Это позволяет говорить о хорошем качестве работы врачей-инфекционистов и эффективности применяемых схем АРВ-терапии.

Среди существующих барьеров, которые все еще могут препятствовать полному достижению 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.

С другой стороны, если сравнивать третьи «90» не со вторыми, а с оценочным числом ВИЧ+ МСМ и транс* людей, ситуация будет скорее критическая, чем позитивная.

Полные тексты национальных отчетов доступны в ЕКОМ.

Вступление

В регионе ВЕЦА самая быстрорастущая эпидемия ВИЧ во всем мире¹. 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%. В 2018 году было диагностировано 150 000 новых случаев ВИЧ и 38 000 случаев смерти от СПИДа².

Важными инструментами для ликвидации эпидемии являются доконтактная профилактика (PrEP) и раннее начало лечения ВИЧ-инфекции антиретровирусными препаратами. При правильном применении, PrEP снижает риски заражения ВИЧ почти до нуля, а АРВ-терапия значительно снижает смертность у людей, инфицированных ВИЧ, и является эффективным методом предотвращения распространения ВИЧ-инфекции, особенно в случае начала лечения сразу после постановки диагноза. Достижение значительного и устойчивого подавления размножения вируса в организме человека, того, что называют неопределяемой вирусной нагрузкой, играет ключевую роль в снижении влияния ВИЧ на отдельного человека и общество в целом, способствуя улучшению качества жизни ЛЖВ и сокращению новых случаев ВИЧ-инфекции³. Согласно рекомендациям и стратегии ВОЗ «тестирование и лечение»⁴ инициировать начало АРВ-терапии у людей с диагнозом ВИЧ необходимо сразу же после установления факта инфицирования, независимо от количества клеток CD4 или вирусной нагрузки⁵.

В 2014 году Объединенной программой ООН по ВИЧ/СПИДУ (ЮНЭЙДС) и партнерами были предложены три амбициозные цели, названные «90-90-90»⁶, которые 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 нагрузку.

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-инфекции⁷.

¹ UNAIDS DATA 2019. – URL: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-UNAIDS-data_en.pdf

² 2018 GLOBAL HIV STATISTICS UNAIDS. – URL: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Fact-Sheet_en.pdf

³ 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>

⁴ 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/>

⁵ Treatment as prevention (TASP) for HIV. – URL: https://www.avert.org/professionals/hiv-programming/prevention/treatment-as-prevention#footnote9_151gqoc

⁶ 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

⁷ Руководство по составлению, анализу и использованию каскада непрерывной помощи для МСМ в связи с ВИЧ-инфекцией. ЕКОМ, 2017.

Ниже представлен каскад лечения среди ЛЖВ в регионе ВЕЦА в 2018 году⁸. По состоянию на конец 2018 год среди 1,7млн людей, живущих с ВИЧ, в регионе ВЕЦА 72% знают о своем ВИЧ-статусе, среди них 53% имеют доступ к АРВ-терапии. Доля ЛЖВ, которые получают АРВ-терапию и у которых наблюдается неопределяемая вирусная нагрузка, составляет 77% (Рис. 1).

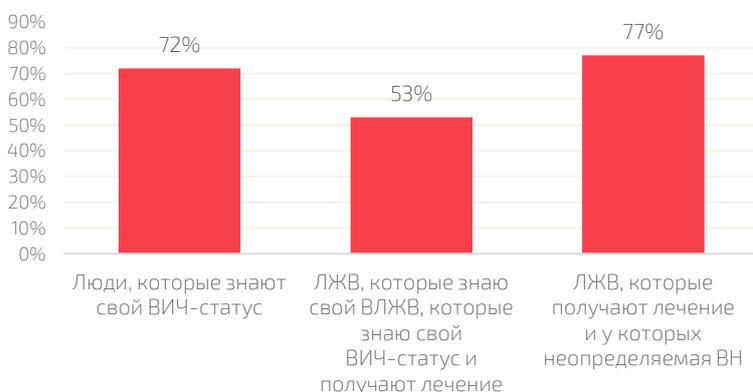


Рис. 1. Каскад лечения среди ЛЖВ, ВЕЦА, 2018 (UNAIDS)

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. Кроме того, охват ключевых групп 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 ВИЧ¹².



Рис. 2 Показатели распространенности ВИЧ среди МСМ в странах ВЕЦА

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 доходов⁹¹⁰. Среди причин, которые препятствуют доступу ЛЖВ к медицинскому сопровождению и лечению, приводят к откладыванию начала АРВ-терапии, низкой приверженности к лечению или отказу от лечения, можно назвать плохую осведомленность о доступных

Одной из ключевых уязвимых групп в контексте ВИЧ-инфекции являются МСМ, на которых в 2018 году приходилось 22% всех новых случаев ВИЧ в странах ВЕЦА¹³. Показатели распространенности ВИЧ среди МСМ в странах ВЕЦА варьируются от 1,1% в Азербайджане до 21,5% в Грузии (Тбилиси) и 22,8% в г. Санкт-Петербург (Россия)¹² (Рис. 2).

⁸ UNAIDS DATA 2019. – URL: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-UNAIDS-data_en.pdf

⁹ 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 Центральноазиатское объединение людей, живущих с ВИЧ», 2016. – URL: http://mv.ecuo.org/wp-content/uploads/sites/4/2018/08/fin_bucklet.pdf

¹⁰ Концепция по доступу к лечению. – МБО «Восточноевропейское и Центральноазиатское объединение людей, живущих с ВИЧ», 2017. – URL: <http://mv.ecuo.org/wp-content/uploads/sites/4/2018/08/KONTSEPTSIYA-VTSO-LZHV-WEB.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 Кратко о главном. ЕКОМ подготовила краткие справки о ВИЧ среди МСМ в странах региона ВЕЦА. – Режим доступа к ресурсу: http://ecom.ngo/country_briefs/

¹³ UNAIDS DATA 2019. – URL: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-UNAIDS-data_en.pdf

Оценочная численность МСМ в странах ВЕЦА¹⁴ представлена на Рис. 3

Страна	Оценочная численность МСМ
Российская Федерация	2,1 млн
Украина	181 500
Казахстан	62 000
Беларусь	60 000
Азербайджан	23 900
Грузия	18 500
Молдова	17 100
Кыргызстан	16 900
Армения	16 100
Таджикистан	13 400
Македония	11 054
Узбекистан	3 000

Рис. 1 Оценочная численность МСМ в странах ВЕЦА

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 результаты¹⁴ (Рис. 4).



Рис. 2 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 недостаточно¹⁵. Деагрегированные 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 ВИЧ.

Основная исходная цифра для всей статистики по ВИЧ в группе МСМ – оценочная численность МСМ в стране, – в ряде стран вообще отсутствует, либо очень существенно отличается от такой в сравнении с другими странами (в десятки раз, что сложно объяснить влиянием социальной среды и миграцией), или менялась уже несколько раз за последние 10 лет, а исследования, с

¹⁴ Кратко о главном. ЕКОМ подготовила краткие справки о ВИЧ среди МСМ в странах региона ВЕЦА. – Режим доступа к ресурсу: http://ecom.ngo/country_briefs/

¹⁵ 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-Infomation-inforgafica_rus.pdf

помощью которых она определяется, проводятся без соблюдения технологии. Учитывая высокий уровень гомофобии во всех странах региона, можно предположить, что именно гомофобия является основным препятствием для обеспечения качества данных и, соответственно, мешает эффективно использовать финансы и другие ресурсы национальных программ противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции.

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

Стоит отметить, что опубликованных 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 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 биоповеденческого исследования в Москве с 2010 по 2013 гг.^{16 17}.

Как видно на **Рис. 5**, наибольшее отставание в каскаде услуг сосредоточено на этапе диагностирования случаев ВИЧ среди МСМ – 77% среди выявленных ВИЧ-положительных МСМ не были осведомлены о своем статусе.

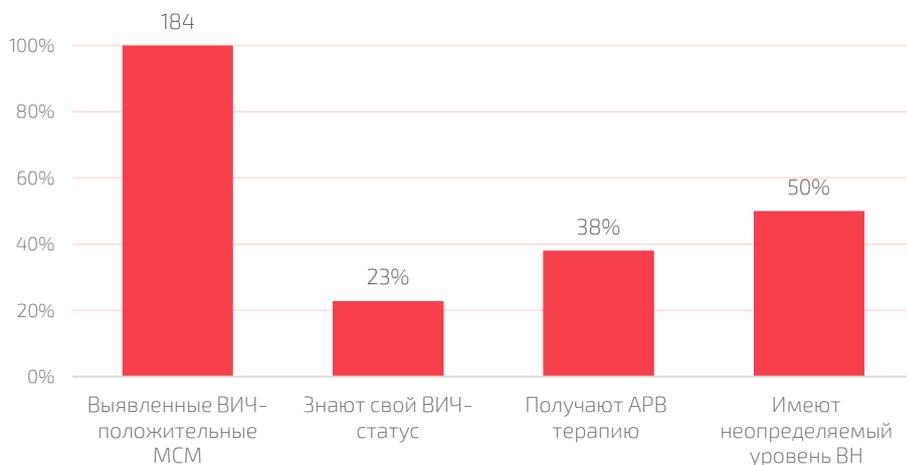


Рис. 3 Каскад услуг для МСМ в связи с ВИЧ в Российской Федерации, г. Москва (среди МСМ, которые получили ВИЧ-положительный результат тестирования на ВИЧ в рамках IBBS 2010–2013 гг.)

Есть и более новые данные об охвате лечением МСМ в России. В рамках биоповеденческого исследования среди МСМ, которое было проведено в 2017 году¹⁸, были получены данные о доле ЛЖВ

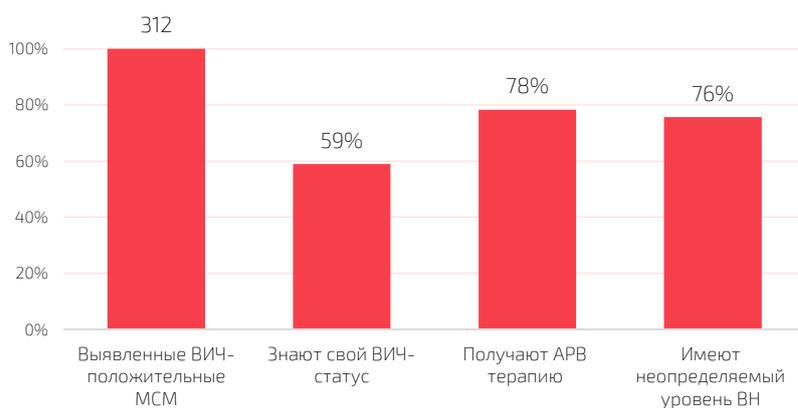
среди МСМ, знающих о своем ВИЧ статусе и получающих АРТ: в Санкт-Петербурге 88,82% (52 человека), в Екатеринбурге – 88,70% (26 человек), в Москве – 100,00% (7 человек). Однако скудность этих данных и отсутствие дополнительной необходимой информации относительно других индикаторов каскада не дают возможности для построения каскада услуг для МСМ по состоянию на 2017 г.

¹⁶ <https://ecom.ngo/wp-content/uploads/2018/01/nihms786269.pdf>

¹⁷ <http://www.croiconference.org/sites/all/abstracts/967.pdf>

¹⁸ Распространенность ВИЧ-инфекции и рискованного поведения среди уязвимых групп населения в 7 регионах Российской Федерации, результаты био-поведенческого исследования, 2017 г. – URL: <http://www.hivrusia.info/wp-content/uploads/2019/05/Biopovedencheskoe-issledovanie-v-7-gorodah-2017.pdf>

Рис. 6 Каскад услуг для МСМ в связи с ВИЧ в Украине (по результатам IBBS 2017-2018 гг.)



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.

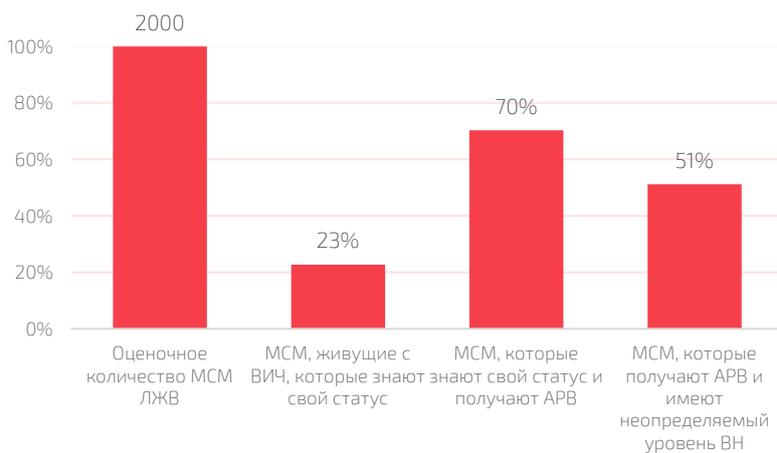
В Украине, которая занимает второе место в регионе ВЕЦА по количеству новых случаев ВИЧ, оценочное число МСМ с ВИЧ-положительным статусом составляет 13 553 человека. Каскад услуг для МСМ был составлен на основе результатов биоповеденческого исследования, проведенного в 2017-2018 годах¹⁹ (Рис. 6).

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.

Рис. 7 Каскад медицинской помощи при ВИЧ-инфекции МСМ в Республике Казахстан (2017 г.)



В Республике Казахстан также наибольшее отставание наблюдается на этапе выявления ВИЧ-положительных МСМ: только 23% от оценочного числа МСМ, которые живут с ВИЧ, знают свой ВИЧ-статус. Намного лучше обстоят дела с доступом к АРВ – 70% МСМ, которые осведомлены о своем ВИЧ-статусе получают лечение, из них 51% МСМ имеют неопределяемый уровень вирусной нагрузки²⁰ (Рис. 7).

¹⁹ 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_Cajt.pdf

²⁰ Петренко И.И. Доступ к МСМ через аутрич-работников сотрудников местных центров СПИД / Материалы 2й Региональной Консультации по ВИЧ среди МСМ и транс* людей в ВЕЦА, ЕКОМ. – 2018.

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 2018-2019 гг. в 5 странах проекта «Право на здоровье»: Армении, Беларуси, Грузии, Кыргызстане, и Македонии (по последней приведены данные только за 2019 г.). Каскады по прогрессу достижения целей «90-90-90» для ВИЧ-положительных МСМ в динамике представлены в **Таблица 1**. Как видно, наибольшее отставание у всех стран происходит на первом этапе континуума услуг – в достижении цели, когда 90% ВИЧ-положительных МСМ должны знать свой статус.

	Оценочное количество МСМ, живущих с ВИЧ		МСМ, которые знают свой ВИЧ-статус, от оценочного числа ВИЧ-положительных 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, %			
	2018	2019	2018		2019		2018		2019		2018		2019	
			N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Армения	100	300	75	75%	158	53%	55	73%	93	59%	39	71%	76	82%
Беларусь	4621	5880	259	6%	348	6%	211	81%	292	84%	172	82%	250	86%
Грузия	4490	2997	640	14%	773	26%	479	75%	648	84%	422	88%	584	90%
Кыргызстан	1115	1115	135	12%	207	19%	76	56%	123	59%	49	64%	112	91%
Македония	-	338	-	-	181	54%	-	-	165	91%	-	-	134	81%

Таблица 1. Данные каскадов услуг в связи с ВИЧ для МСМ в 5 странах проекта «Право на здоровье» по состоянию на 2018-2019 гг.

Уровень достижения целей «90-90-90»: ■ > 80% ■ 50-79% ■ 0-49%

По сравнению с каскадами, составленными национальными командами по состоянию на 2018 год, в 2019 году наблюдается некоторый прогресс в достижении стратегии «90-90-90», однако все еще существуют пробелы в индикаторах каскада, в особенности доли МСМ, которые знают свой ВИЧ-статус, от оценочного числа ВИЧ-положительных МСМ.

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 отражает действительность. Тем не менее, использование данных недостаточно высокого качества может быть приемлемым, если мы ставим задачу не столько описать текущую ситуацию, сколько поставить задачи на будущее, в том числе по улучшению качества данных.

Для оценки каскада услуг по ВИЧ среди МСМ в Армении были использованы результаты биоповеденческих исследований среди МСМ 2016 и 2018 гг., данные Республиканского центра по профилактике СПИДа, данные проекта «Профилактика и повышение осведомленности о ВИЧ и СПИД среди МСМ и транс* людей». По оценкам местной команды исследователей результаты биоповеденческого исследования 2016 года не в полной мере отражали ситуацию с ВИЧ-инфекцией среди МСМ в Армении, ввиду того, что был риск, что значительная часть респондентов, привлеченных в исследование в качестве МСМ, таковыми не являлась. Подобного не было отмечено относительно биоповеденческого исследования 2018 года.

Биоповеденческое исследование среди транс* людей в Армении также было проведено в 2018 году. Распространенность ВИЧ в указанной группе составила 2%²¹.

В Беларуси для построения каскадов использовались данные Республиканского центра гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья, сведения официального Республиканского Регистра ВИЧ-инфицированных пациентов, данные биоповеденческих исследований 2015 и 2017 гг., а также расчеты программы «Спектрум». Качество сбора данных оценивалось с привлечением экспертов из числа сообщества, а также профильных специалистов.

Процесс сбора данных для построения каскада выявил ряд ограничений, в частности доступности и объективности данных о численности МСМ, которые живут с ВИЧ. В стране существуют пробелы в собираемой стратегической информации о ВИЧ. Как правило, собираются только базовые эпидемиологические показатели, которые не дезагрегируются, и это затрудняет проведение полноценного анализа, оказывает влияние на возможности использования данных и построения каскада. Полноценный сбор информации о транс* людях не проводится.

В Грузии источниками данных для каскада послужили программные данные проектов, реализуемых при поддержке Глобального фонда, данные Научно-практического центра инфекционных болезней, СПИДа и клинической иммунологии, данные биоповеденческого исследования среди МСМ 2018 года, а также данные программы «Спектрум». Анализ проводился с привлечением местных организаций, членов и активистов ЛГБТ-сообщества, а также государственных учреждений здравоохранения.

Соответствующих полных данных о тестировании транс* людей на ВИЧ и их лечении в стране нет.

Для составления каскада непрерывной помощи в связи с ВИЧ для МСМ в Кыргызстане были использованы данные Центра СПИД, местных НПО, которые работают в сфере профилактики ВИЧ среди МСМ (ОО «Кыргыз Индиго» и Ассоциация «АнтиСПИД»), а также программные данные международных организаций, таких как ПРООН и Population Services International (PSI), которые внедряют в стране программы по профилактике и лечению ВИЧ/ТБ. Помимо этого, на этапе сбора информации были проведены фокус-групповые дискуссии с ВИЧ-позитивными МСМ, а также опрос специалистов, работающих в сфере предоставления услуг для МСМ и транс* людей.

С 2018 года транс* люди внесены в перечень ключевых групп для контроля ВИЧ-инфекции в стране, однако существующие данные по транс* людям относительно профилактики и лечения ВИЧ крайне ограничены, что не позволяет провести оценку каскада в связи с ВИЧ группы.

В то же время есть свидетельства, что среди транс* людей может быть активный процесс распространения ВИЧ-инфекции. Проведение биоповеденческого исследования среди транс* людей в Кыргызстане запланировано на 2020 год.

Для расчета и оценки каскада непрерывной помощи в связи с ВИЧ для МСМ в Македонии были использованы данные биоповеденческого исследования среди МСМ 2017-2018 гг., инструмент моделирования от Европейского центра профилактики и контроля заболеваний (ECDC), данные реестра всех случаев ВИЧ-инфекции Института общественного здоровья, данные по лечению всех ЛЖВ Клиники по инфекционным заболеваниям.

Данных о ВИЧ среди транс* людей в Македонии крайне мало для построения каскада в связи с ВИЧ.

²¹ Integrated biological-behavioral surveillance survey among people who inject drugs, female sex workers, men who have sex with men and transgender persons. – URL: http://www.armajds.am/images/IBBS_ARMENIA_2018_eng_FINAL.pdf

Оценочное число ВИЧ-положительных МСМ

Для расчета индикатора каскада по оценочному числу МСМ, которые живут с ВИЧ, исследователи в странах испытывали определенные сложности с данными. Большинство стран имели трудности с получением объективных данных относительно истинного количества МСМ с ВИЧ-положительным статусом. В одних странах сложности были связаны с достоверностью полученных данных, в других – с несоответствием данных, полученных от применения разных методик и подходов к проведению оценки численности.

В Армении вызывали вопросы результаты биоповеденческого исследования среди МСМ 2016 года, на основе которых было рассчитано оценочное число ВИЧ-положительных МСМ в стране для каскада 2018 года. Как уже упоминалось ранее, в исследовании принимали участие респонденты, которые представлялись как МСМ, но таковыми не являлись, что и могло повлиять на результаты.

В **Беларуси** для построения каскада 2018 года индикатор оценочного числа МСМ-ЛЖВ был рассчитано по данным программы «Спектрум», вместе с тем полученные данные расходились с результатами биоповеденческого исследования 2015 года. Возможно это стало причиной того, что упомянутый индикатор каскада по состоянию на 2019 год базировался уже на данных биоповеденческого исследования 2017 года.

Оценочное количество МСМ, которые живут с ВИЧ в **Грузии** в 2018 году было рассчитано с применением разных подходов: на основе данных программы «Спектрум» – этот показатель составил 3800 человек, а с учетом данных распространенности ВИЧ среди МСМ в стране и мнения национальных экспертов – 3560 человек. По состоянию на 2019 год оценочное количество МСМ, которые живут с ВИЧ – 2997 человек. Подобные изменения в показателях, вероятнее всего, могут быть связаны с применением разной методологии оценки численности.

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. В связи с этим были получены разные показатели оценки. Для построения странового каскада 2018 и 2019 гг. были использованы данные последней оценки 2016 года - 1115 человек

В **Македонии** оценочная численность МСМ/ЛЖВ была рассчитана также с применением нескольких методик – был использован инструмент моделирования от ECDC, а также данные биоповеденческого исследования среди МСМ 2017-2018 гг. Оба подхода вызывали у национальных исследователей вопросы, так как каждый из них был связан с теми или иными ограничениями. По результатам применения инструмента моделирования от ECDC на конец 2018 года в стране насчитывалось 338 МСМ/ЛЖВ, а по данным биоповеденческого исследования - 597 МСМ/ЛЖВ.

Принимая во внимание тот факт, что во всех странах присутствуют спорные моменты относительно расчетов оценочного числа МСМ, которые живут с ВИЧ, этот вопрос требует безотлагательного дополнительного изучения и принятия согласованных подходов к расчетам этого показателя



Рис. 8 Оценочная численность МСМ с ВИЧ-положительным статусом

в странах региона, результаты которых могут сравниваться с данными из других регионов мира. Волатильность и слабое обоснование данного показателя в странах может отразиться на том, что размер целевой группы, которая нуждается в пакете услуг, будет обозначен неверно. Оценочная численность ВИЧ-положительных МСМ в рамках составленных каскадов 2018-2019 гг. представлена на **Рис. 8**.

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-положительных МСМ.

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-положительные МСМ не знают о своем статусе или существуют преграды для обращения за помощью в связи с ВИЧ-инфекцией.

Именно на данном этапе каскада наблюдаются наибольшие проблемы с достижением целевых показателей в большинстве рассматриваемых странах. Ряд стран, а именно Беларусь, Кыргызстан и Грузия, особенно далеки от достижения первых «90» (90% МСМ, живущих с ВИЧ, знают о своем ВИЧ-статусе): от 6% до 26% ВИЧ-положительных МСМ в этих трех странах знают о своем положительном ВИЧ-статусе. Однако в Кыргызстане и Грузии с каскада 2018 года прослеживается положительная динамика по улучшению достижения этого индикатора. В то время как в Беларуси показатель остался без изменений на крайне низком уровне - 6%. Национальными экспертами из Беларуси упоминалось, что 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 (таких как консультирование, сопровождение и обучение). 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», без достаточного ориентирования на специфику и потребности этой ключевой группы.

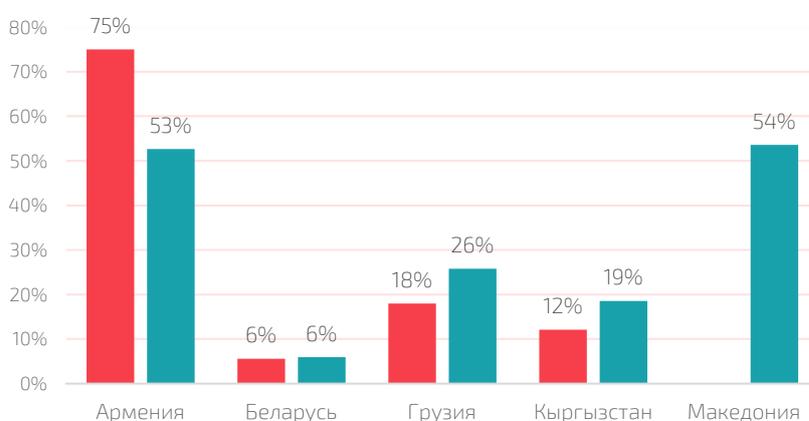


Рис. 9 МСМ, которые знают свой ВИЧ-положительный статус

Наилучшие результаты среди стран проекта демонстрируют Армения и Македония, где показатель равен 54%. Стоит отдельно отметить изменения в динамике в Армении: доля МСМ, знающих свой ВИЧ-статус уменьшилась в сравнении с предыдущим периодом, однако это отражает позитивные изменения в стране, так как данные о числе ВИЧ+ МСМ стали точнее, охват и

эффективность тестирования выше, благодаря чему больше ВИЧ+ МСМ узнали о своем ВИЧ-статусе и получили возможность получить лечение, которое важно для сохранения их здоровья и для профилактики распространения инфекции в стране (Рис. 9).

Исследуя причины недостаточного или вовсе низкого уровня охвата тестированием на ВИЧ-инфекцию среди МСМ, национальными командами были упомянуты следующие причины, которые характерны для всех рассматриваемых стран. Первостепенным фактором влияния является повсеместная стигма в отношении МСМ по причине их сексуального поведения. МСМ и транс* люди имеют низкий уровень доверия к государственным медицинским учреждениям и при прохождении тестирования на ВИЧ часто скрывают информацию о своих сексуальных практиках, что ведет к их регистрации как представителей других групп населения. Присутствующая среди представителей сообщества самостигматизация и отсутствие возможности открыто и безопасно сообщать врачам о специфике своей сексуальной жизни существенно влияют на охват тестированием на ВИЧ. В силу опасения встретить гомофобное отношение,

МСМ и транс* люди могут считать вопросы, связанные с их гендером и сексуальными практиками, которые задают медицинские работники во время консультирования и тестирования на ВИЧ, оскорбительными и слишком личными. В некоторых странах, к примеру, в Кыргызстане, имеются свидетельства открытого негативного отношения медицинского персонала к ЛГБТ в стране²², и в итоге там наблюдается самый высокий уровень внутренней гомофобии среди 13 стран ВЕЦА²³.

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 в статистических формах как относящиеся к другим путям передачи ВИЧ, не связанным с сексуальными отношениями между мужчинами.

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

Вместе с административными барьерами, высокий уровень стигмы по отношению к ВИЧ-положительным МСМ внутри ЛГБТ сообщества также является препятствием для более широкого распространения консультирования и тестирования на ВИЧ на базе общественных организаций.

Среди других причин, с которыми связан пробел в достижении первых «90», исследователи отмечали, к примеру, географические и административные ограничения доступности ВИЧ-сервиса. Квалифицированных и дружественных для МСМ и транс* людей специалистов мало, а те, что есть базируются преимущественно в столицах стран. Также существуют страновые особенности этого класса причин. К примеру, в Армении постановка диагноза ВИЧ и назначение АРВ-терапии возможно только в Республиканском центре по профилактике СПИДа в Ереване, что может существенно демотивировать людей, живущих в других городах. Кроме того, в стране есть административные препятствия для организации тестирования на ВИЧ на базе НПО с применением экспресс-тестов, использующих каплю крови из пальца. Тут важно подчеркнуть, что с 2017 года НПО могут проводить селективное тестирование на ВИЧ с применением экспресс-тестов, использующих околослезную жидкость (т. н. «тесты по слюне»). Однако эта услуга предоставляется только в рамках проектов, финансируемых международными донорами, что является фактором риска для устойчивости программ. Смотестирование в Армении крайне малодоступно, так как тесты отсутствуют в свободной продаже, у населения, в том числе и представителей ключевых групп, нет необходимой информации о смотестировании.

В Грузии в последние несколько лет наблюдается тенденция снижения уровня знаний о ВИЧ среди ключевых групп: более молодые представители всех ключевых сообществ реже, чем люди их возраста в прошлом, владеют необходимой информацией о ВИЧ, а также о том, где они могут пройти тестирование и получить поддержку.

²² 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.

²³ Шестаковский А., Касянчук М. Исследование интернализированной гомонегативности (внутренней гомофобии): Аналитический отчет / Евразийская коалиция по мужскому здоровью (ЕКОМ). – Таллинн, 2018. – 161 с.

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 только после того, как уровень клеток CD4 опускался ниже определенной цифры. ВИЧ-позитивным пациентам необходимо было регулярно, часто в течение нескольких лет, сдавать тесты на уровень CD4, ожидая, пока их состояние ухудшится настолько, чтобы получить право на лечение. Часть ЛЖВ могли отказываться от продолжения медицинского мониторинга, не получая доступа к необходимому лечению.

За последние 4 года национальные клинические протоколы лечения ВИЧ-инфекции в странах ВЕЦА были пересмотрены, в них учтены новые рекомендации ВОЗ, согласно которым АРВ-терапия должна предоставляться всем ЛЖВ, независимо от количества клеток CD4 у пациента.

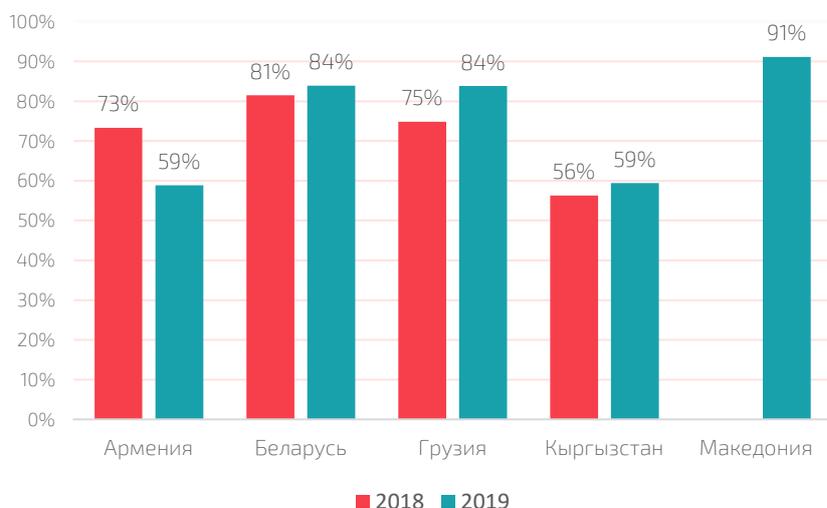


Рис. 10 МСМ, которые принимают АРВ-терапию, от числа тех, кто знает свой ВИЧ-статус

отмечается положительная динамика, и на 2019 год индикатор равен 84%. Македония полностью достигла цели вторых «90» для МСМ: уже 91% МСМ, которые осведомлены о своем статусе, получают лечение (Рис. 10).

Среди причин, которые препятствуют достижению вторых «90» для МСМ и транс* людей, исследователи отмечали стратегические (недостаточный доступ к объективным данным относительно истинного числа МСМ с ВИЧ-положительным статусом, которые получают АРВ-терапию), системные (необходимость ожидания в течении нескольких дней с момента положительного результата экспресс-теста до подтверждения диагноза, постановки на диспансерный учет и начала лечения), индивидуальные (стигма и боязнь посещения медицинских учреждений для получения лечения, распространенность субъективных, часто неправдоподобных представлений МСМ-ЛЖВ о режиме лечения, побочных эффектах, возможностях смены схем лечения). Также значительным барьером является миграция. К примеру, в Кыргызстане в случае переезда за рубеж лица с ВИЧ-статусом, ему выдают лекарства на 6 месяцев, однако в связи с высокой стоимостью проезда и необходимостью работать без перерывов, таким людям затруднительно приезжать два раза в год за АРВ-препаратами, что, в свою очередь, отражается на приверженности к лечению.

Национальной командой из Македонии было подчеркнуто, что достичь индикатора на уровне 91% стало возможным благодаря тесной и слаженной работе Клиники инфекционных заболеваний (централизованное учреждение, которое предоставляет лечение в стране), сообщества и организаций гражданского сектора. АРВ-лечение в стране является доступным, и в дополнение к ней налажена система психосоциальной поддержки для ЛЖВ.

Наибольшее отставание среди стран проекта в достижении вторых «90» среди МСМ (90% ЛЖВ, знающих о своем ВИЧ-статусе, получают АРВ-терапию), наблюдается в Армении и Кыргызстане, где АРВ-терапию принимают 59% ВИЧ-позитивных МСМ, знающих свой статус. Как уже упоминалось ранее, данные в Армении по состоянию 2019 года представляются наиболее достоверными, чем данные 2018 года, поэтому сравнивать данные 2018 и 2019 гг. будет не совсем верно. В Беларуси и Грузии

МСМ 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. На сегодня в рассматриваемых странах в национальные протоколы лечения ВИЧ-инфекции добавлены обновленные схемы лечения с применением новых препаратов. Введение оптимизированных схем лечения и лекарственных форм препаратов способно повысить эффективность и продолжительность АРВ-терапии, а также увеличить приверженность к лечению и усилить подавление вируса. 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 лечения²⁴.

Практически все страны смогли существенно приблизиться к достижению последней цели из «90-90-90», а именно – 90% МСМ, живущих с ВИЧ, которые получают АРВ-терапию, имеют неопределяемый уровень вирусной нагрузки. В Грузии и Кыргызстане этот показатель равен 90%. Остальные страны – Армения, Беларусь и Македония – также приближаются к достижению целевого индикатора, пробел составляет от 4% (Беларусь) до 9% (Армения, Македония) (Рис. 11).



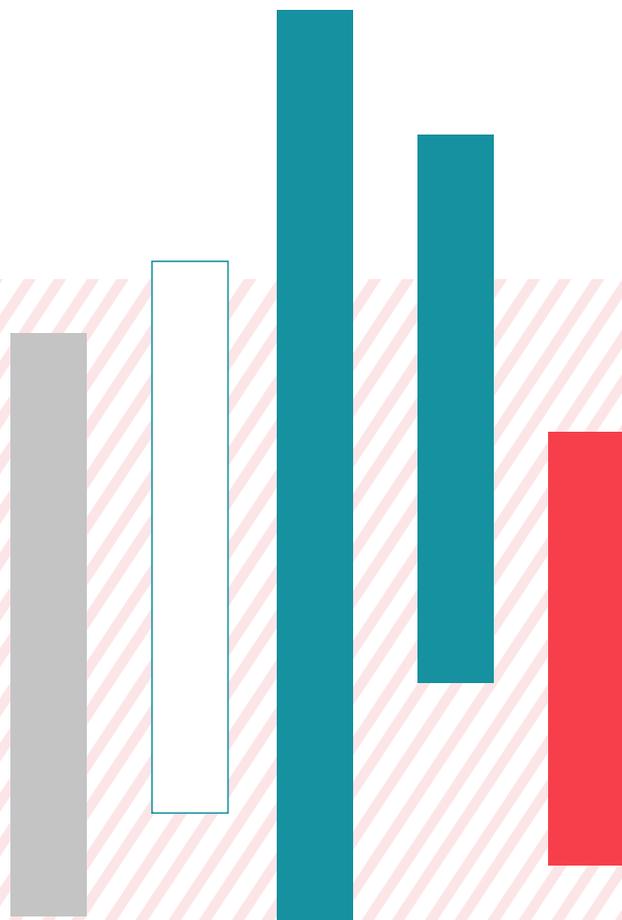
Рис. 4 МСМ с ВИЧ-положительным статусом, получающие АРВ-терапию, которые имеют неопределяемый уровень вирусной нагрузки

Подобные достижения в рассматриваемых странах позволяют говорить о хорошем качестве работы врачей-инфекционистов и эффективности применяемых схем АРВ-терапии. Кроме того, значительный вклад в результат вносят усилия по формированию высокого уровня приверженности к лечению среди ЛЖВ путем индивидуального подхода к выбору схем лечения, сопровождаемым психосоциальным услугам, напоминаниям о регулярных визитах.

Среди существующих барьеров, которые все еще могут препятствовать полному достижению индикатора, национальными исследователями были отмечены некоторые сложности в формировании приверженности к лечению в силу, к примеру, географических ограничений доступности медицинских услуг в связи с ВИЧ, так как люди из регионов имеют более низкий уровень доступа к качественным услугам.

²⁴ Краткое руководство ВОЗ «Лечение ВИЧ-инфекции. Переход на новые антиретровирусные препараты в программах противодействия ВИЧ-инфекции». – URL: <https://www.who.int/hiv/pub/toolkits/transition-to-new-arv/en/>

Выводы
Проблемы
Рекомендации



Выводы

1. Каскад как инструмент мониторинга:

- Разработанное ЕКОМ «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, доступность и пользование этими услугами целевой группой. Работа с инструментом, планирование исследования по сбору данных для каскада, позволяет построить и наладить необходимые партнерские отношения, в том числе с представителями национальных министерств здравоохранения и специалистами медицинских учреждений, 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 объективны и качественны. Часть данных отсутствует просто в силу отсутствия исследований, но многих данных нет потому, что нет услуг, в рамках или в связи, с которыми эти данные могут быть получены. Так, данных о ключевых проблемах с приверженностью к АРВ-терапии у МСМ нет потому, что нет соответствующих исследований, а потребностях в области психического здоровья отсутствуют из-за отсутствия таких услуг для МСМ и транс* людей. Другие данные недоступны потому, что нет механизмов дезагрегации 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 учреждений со стороны МСМ препятствует тому, чтобы МСМ сообщали о том, что практикуют секс с партнерами одного с ними пола. В итоге в определенной своей части каскады, построенные с учетом данных невысокой 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 первых двух целей «90-90-90» для МСМ: ЛЖВ, которые знают свой ВИЧ-положительный статус и ЛЖВ, которые принимают АРВ-терапию, от числа тех, кто знает свой ВИЧ-статус.
- Значительное число МСМ, которые не осведомлены о своем положительном ВИЧ-статусе, говорит о недостаточной доступности тестирования на ВИЧ, недостаточном охвате МСМ программами профилактики 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.

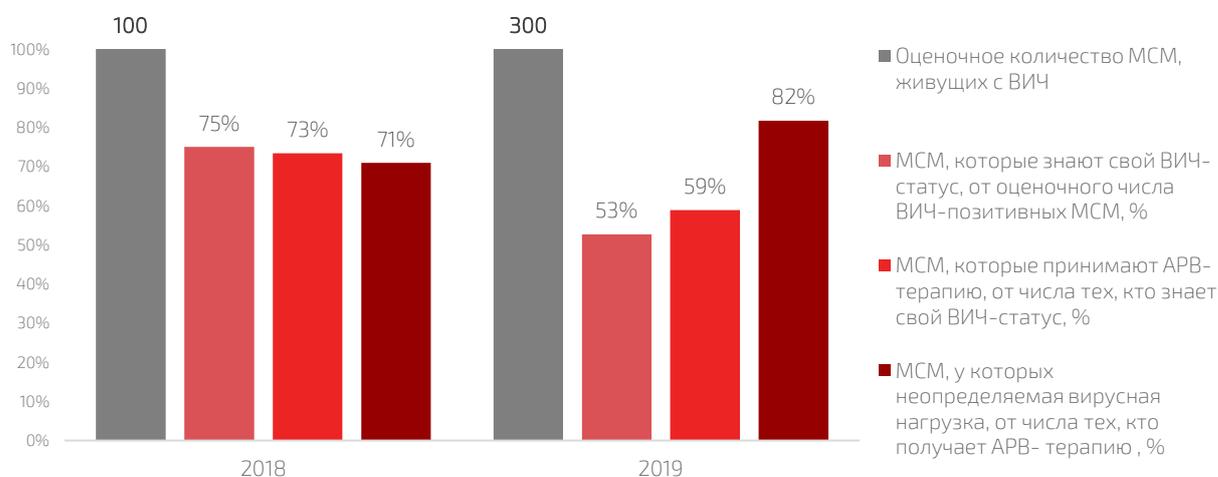
Рекомендации относительно доступности и качества данных

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

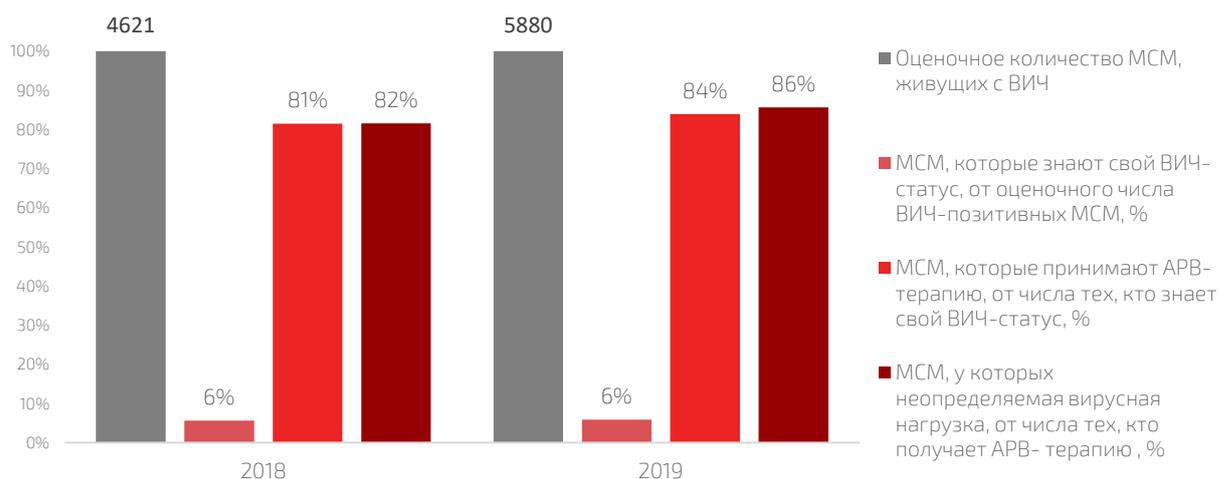
1. В приоритетном порядке при значимом участии сообщества способствовать получению достоверных данных об оценочном числе МСМ в стране. Это необходимые базовые данные, качество которых обуславливает эффективность планирования и инвестиций всех национальных программ противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции. 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 биоповеденческих исследований среди МСМ для содействия соблюдению методологии исследования и обязательному значимому вовлечению организаций сообщества, что должно обеспечивать высокий уровень качества собираемых данных и их анализа. Расширять проведение биоповеденческих исследований среди транс* людей.
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 биоповеденческих исследований, данные центров СПИДа и других медицинских учреждений, 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

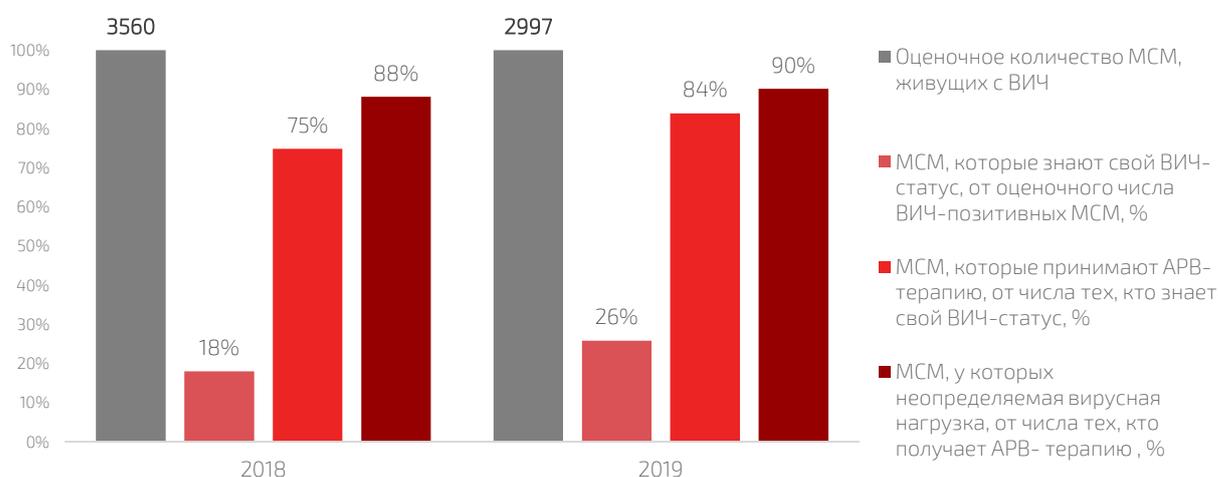
Армения



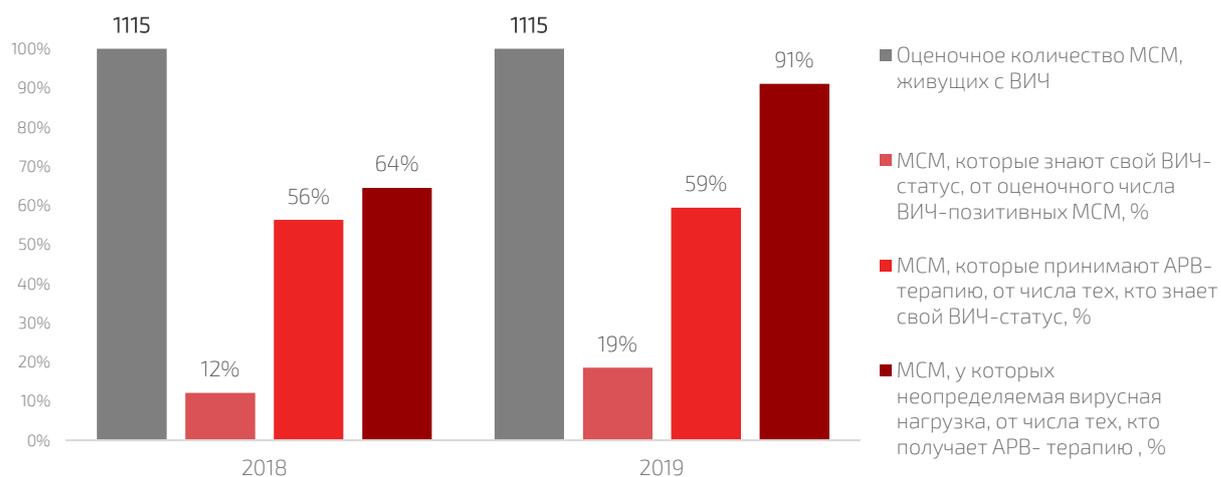
Беларусь



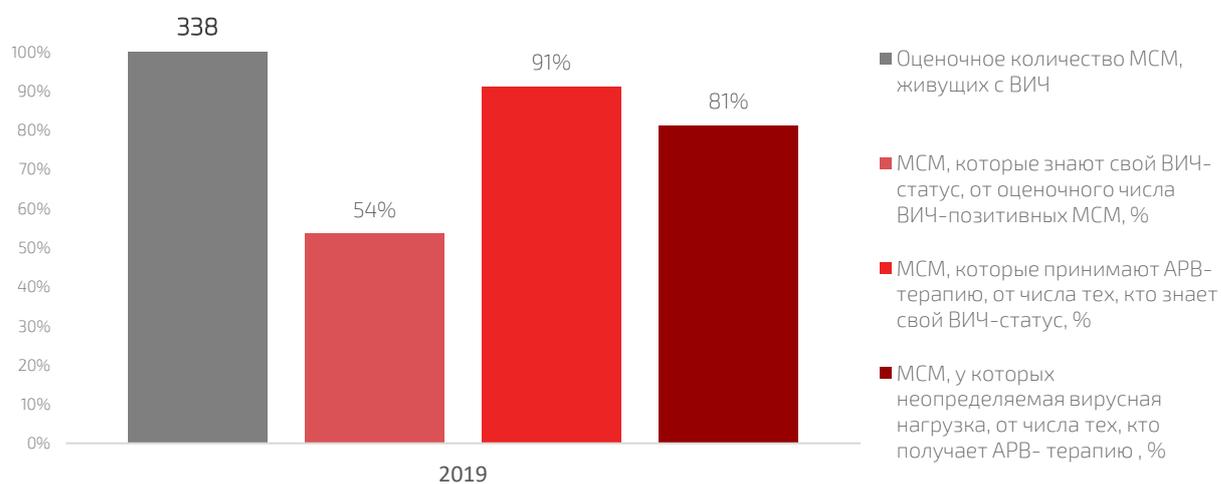
Грузия



Кыргызстан



Македония



Полные тексты отчетов доступны на сайте ЕКОМ www.ecom.ngo в разделе "Центр знаний"