



**ИТОГИ
ВТОРОЙ РЕГИОНАЛЬНОЙ
КОНСУЛЬТАЦИИ
ПО ДОКОНТАКТНОЙ
ПРОФИЛАКТИКЕ (ДКП)
В ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ**

международный опыт мониторинга
и стратегические рекомендации
для региона

Настоящий документ отражает ключевые выводы, аналитические наблюдения и согласованные позиции, сформированные в ходе Второй региональной консультации по доконтактной профилактике (ДКП) в Центральной Азии. В документе систематизированы основные результаты экспертных обсуждений, представленных национальных практик и региональных приоритетов в сфере внедрения и мониторинга программ PrEP. Материал основан на сопоставительном анализе международных моделей мониторинга и оценки программ ДКП, включая подходы Всемирной организации здравоохранения, CDC/PEPFAR и европейских стран, а также на содержательных дискуссиях участников консультации — представителей государственных структур, международных организаций, гражданского общества и профессионального сообщества региона.

Документ направлен на формирование согласованного регионального видения развития систем мониторинга ДКП, определение приоритетных индикаторов и институциональных механизмов, а также на усиление доказательной базы для устойчивого масштабирования программ профилактики ВИЧ в странах Центральной Азии.

1. РЕГИОНАЛЬНЫЙ КОНТЕКСТ И ВЫЗОВЫ

Эпидемия ВИЧ в странах Центральной Азии продолжает сохранять концентрированный характер и в наибольшей степени затрагивает ключевые группы населения: людей, употребляющих инъекционные наркотики, мужчин, имеющих сексуальные контакты с мужчинами, работников коммерческого секса, трансгендерных людей, мигрантов, а также лиц, находящихся в местах лишения свободы. В ряде стран региона наблюдается сохраняющаяся или умеренно растущая динамика новых случаев ВИЧ-инфекции, что указывает на необходимость усиления комплексных профилактических мер.

Регион характеризуется рядом структурных факторов, осложняющих ответ на эпидемию: высокий уровень стигматизации и дискриминации в отношении ключевых групп, ограниченный доступ к услугам здравоохранения в отдалённых и сельских районах, миграционные потоки внутри региона и за его пределы, а также зависимость значительной части профилактических программ от внешнего финансирования. Эти особенности требуют адаптированных и устойчивых моделей профилактики, способных учитывать как эпидемиологическую ситуацию, так и социально-экономический контекст.

В условиях сохраняющейся уязвимости ключевых групп внедрение доконтактной профилактики (ДКП) приобретает стратегическое значение как инструмент снижения новых случаев ВИЧ-инфекции. При правильной организации ДКП способна существенно сократить риск инфицирования среди лиц с высоким уровнем экспозиции, дополняя существующие меры профилактики, включая тестирование, лечение ВИЧ и программы снижения вреда.

Участники Второй региональной консультации подчеркнули, что устойчивость и эффективность программ ДКП напрямую зависят от наличия структурированной системы мониторинга и оценки.

Такая система должна обеспечивать прозрачность процессов, управляемость программных решений и формирование доказательной базы для корректировки стратегий. Без системного мониторинга невозможно объективно оценить охват целевых групп, уровень приверженности, причины прекращения приема препаратов и реальное влияние ДКП на эпидемиологические показатели, что, в свою очередь, ограничивает возможности масштабирования и институционализации программ в национальных системах здравоохранения.






2. МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ МОНИТОРИНГА ДКП

Развитие программ доконтактной профилактики в различных странах сопровождалось формированием структурированных систем мониторинга и оценки, позволяющих обеспечивать управляемость программ, сопоставимость данных и оценку их реального воздействия на эпидемиологическую ситуацию. Международный опыт демонстрирует, что устойчивость ДКП невозможна без четко определённых индикаторов, стандартизированных подходов к сбору данных и регулярного анализа результатов.

2.1 ПОДХОД ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения предлагает каскадную модель мониторинга ДКП, логически выстроенную по аналогии с каскадом лечения ВИЧ. Эта модель охватывает весь путь клиента в программе: от первичного скрининга риска заражения ВИЧ и определения соответствия клиническим и эпидемиологическим критериям — до инициации приема препаратов, достижения приверженности, продолжения использования при сохраняющемся риске и прекращения приема в случае снижения или отсутствия риска.

Подход ВОЗ подчеркивает необходимость системного отслеживания как клинических, так и программных параметров. **К ключевым индикаторам относятся:**

-  охват ДКП среди лиц, которым она показана;
-  доля клиентов, продолжающих прием через 3 месяца после инициации (раннее удержание);
-  частота сероконверсии среди пользователей ДКП;
-  случаи прекращения приема по причине токсичности или иных медицинских противопоказаний;
-  дезагрегация данных по полу, возрасту, принадлежности к ключевым группам населения и другим социально-демографическим характеристикам.





ВОЗ также рекомендует использование минимального стандартизированного набора данных, включающего даты назначения и выдачи препаратов, результаты тестирования на ВИЧ, тип режима приема (ежедневный или ситуационный), а также применение анонимных идентификационных кодов для обеспечения конфиденциальности.

Особое значение в модели ВОЗ придается сопоставимости данных на национальном и субнациональном уровнях, что позволяет странам оценивать прогресс, выявлять пробелы в охвате и адаптировать стратегию внедрения ДКП с учетом эпидемиологических тенденций. Для стран Центральной Азии этот подход представляет ценность как основа для формирования унифицированной региональной системы мониторинга, обеспечивающей прозрачность и доказательность профилактических усилий.

2.2 ПОДХОД CDC/PEPFAR

Подход CDC и инициативы PEPFAR к мониторингу ДКП отличается высокой степенью операционализации и ориентацией на управленческое применение данных. Система индикаторов построена таким образом, чтобы обеспечивать регулярное отслеживание динамики вовлечения клиентов, их удержания в программах и непрерывности получения услуг.

Ключевые индикаторы включают, в частности:

-  **PrEP_NEW** — количество лиц, впервые начавших прием ДКП в отчетном периоде;
-  **PrEP_CT** — количество лиц, вернувшихся на повторный визит и продолжающих получение ДКП;
-  **PrEP_OFFER** — количество людей, которым была предложена ДКП;
-  дополнительные показатели, отражающие направление клиентов сообществами, использование самотестирования и повторное вовлечение.

Такая структура индикаторов позволяет анализировать не только факт начала приема, но и траекторию клиента в системе услуг: от предложения ДКП до повторных визитов и устойчивого удержания. Особое внимание уделяется дезагрегации данных по полу, возрасту, типу учреждения и принадлежности к ключевым группам населения, что делает возможным выявление неравенств в доступе и корректировку программных стратегий.

Значимой особенностью модели CDC/PEPFAR является акцент на мониторинге на уровне сообщества. Общественные организации рассматриваются не только как провайдеры услуг, но и как участники системы подотчетности. Оцениваются такие параметры, как уровень осведомленности о ДКП, барьеры доступа, маршрутизация клиентов, а также причины отказа или прекращения приема. Это позволяет получать данные, выходящие за рамки клинической статистики, и учитывать социальные факторы, влияющие на эффективность программ.







В рамках PEPFAR данные мониторинга используются как инструмент оперативного управления: результаты анализа влияют на перераспределение ресурсов, приоритизацию географических зон, изменение коммуникационных стратегий и адаптацию сервисных моделей. Для стран Центральной Азии данный подход представляет особый интерес, поскольку демонстрирует, каким образом система мониторинга может стать не формальной отчетностью, а механизмом стратегического управления профилактикой ВИЧ.

2.3 ЕВРОПЕЙСКИЕ ПРАКТИКИ

Европейский опыт мониторинга ДКП демонстрирует высокую степень институционализации программ и их интеграции в национальные системы здравоохранения. В отличие от донорских моделей, здесь ДКП рассматривается как элемент устойчивой государственной политики в области общественного здоровья.

В Великобритании мониторинг ДКП интегрирован в систему Национальной службы здравоохранения (NHS) и базируется преимущественно на данных специализированных служб сексуального здоровья. Сбор информации осуществляется через национальные системы эпидемиологического надзора, включая базы данных по обращениям в клиники, тестированию на ВИЧ и ИППП, назначению и прекращению ДКП.

Система позволяет отслеживать:

-  количество лиц, обратившихся за услугами сексуального здоровья;
-  число людей, соответствующих критериям назначения ДКП;
-  инициацию и продолжение приема;
-  случаи прекращения по различным причинам;
-  сероконверсии среди пользователей;
-  диагностику ИППП на фоне использования ДКП.

Особое внимание уделяется дезагрегации по полу, возрасту, этнической принадлежности, гендерной идентичности и сексуальной ориентации, что позволяет выявлять неравенства в доступе и корректировать сервисные модели. Дополнительно используются опросы на уровне сообщества для оценки потребности в ДКП, приверженности и восприятия услуг — это расширяет аналитическую базу за пределы клинических данных.

В Германии система мониторинга координируется национальными структурами эпидемиологического надзора и тесно связана с механизмами обязательного медицинского страхования. После включения ДКП в систему страхового покрытия мониторинг стал опираться на несколько источников данных: страховые реестры, аптечные базы рецептов, клинические регистры и данные национального эпиднадзора.

Такой многокомпонентный подход позволяет анализировать охват, динамику использования, прекращение приема и влияние на новые случаи ВИЧ среди ключевых групп. Важной особенностью немецкой модели является связь мониторинга с финансовыми потоками, что обеспечивает прозрачность расходов и оценку экономической эффективности программ.

Европейские практики демонстрируют, что интеграция ДКП в национальные системы здравоохранения и страхования позволяет перевести программы из статуса пилотных инициатив в устойчивый элемент государственной политики, где мониторинг выполняет функцию стратегического управления и долгосрочного эпидемиологического контроля.

2.4 ЦИФРОВЫЕ РЕШЕНИЯ (пример Вьетнама)

Опыт Вьетнама демонстрирует, каким образом цифровизация может стать ключевым инструментом масштабирования и повышения управляемости программ ДКП в странах со средним уровнем дохода и ограниченными ресурсами системы здравоохранения. В рамках национальной программы была внедрена интегрированная цифровая платформа мониторинга, объединяющая регистрацию клиентов, клинические данные и элементы управления логистикой.

Система обеспечивает централизованный сбор информации о новых и текущих пользователях ДКП, фиксацию дат назначения и выдачи препаратов, результаты тестирования на ВИЧ, случаи прекращения приема и причины выбытия.

Использование уникальных анонимных идентификационных кодов позволяет сохранять конфиденциальность клиентов при одновременном обеспечении прослеживаемости их маршрута в системе услуг.

Одним из важных компонентов цифровой платформы является мониторинг приверженности. Система фиксирует повторные визиты, длительность удержания, а также позволяет интегрировать напоминания через SMS и мобильные приложения. Это способствует снижению потерь из-под наблюдения и повышению регулярности приема препаратов.

Отдельное значение имеет модуль управления поставками. На основе данных о количестве новых и продолжающих клиентов формируются прогнозы потребности в препаратах, что позволяет минимизировать перебои и избыточные запасы. Региональные органы здравоохранения получают агрегированные данные для планирования закупок и распределения ресурсов.

Цифровая модель Вьетнама иллюстрирует, что внедрение единой национальной платформы позволяет объединить клинический мониторинг, управленческие решения и логистику в единую систему. Для стран Центральной Азии такой подход представляет практический интерес, поскольку позволяет повысить прозрачность программ, укрепить подотчетность и обеспечить устойчивость масштабирования ДКП при ограниченных ресурсах.

3. КЛЮЧЕВЫЕ ВЫВОДЫ КОНСУЛЬТАЦИИ

В ходе Второй региональной консультации участники сошлись во мнении, что развитие программ ДКП в странах Центральной Азии должно сопровождаться созданием унифицированной, методологически выверенной системы мониторинга и оценки. Такая система не может ограничиваться сбором количественных показателей; она должна обеспечивать комплексное понимание процессов вовлечения, удержания и реального воздействия программ на эпидемиологическую ситуацию.

В качестве базового принципа было определено использование стандартизированных индикаторов, сопоставимых с международными подходами. Это включает показатели инициации ДКП, удержания через определённые интервалы (включая трёхмесячный рубеж), сероконверсии среди пользователей, причин прекращения приема, а также охвата ключевых групп населения. Обязательным элементом признана дезагрегация данных по полу, возрасту, принадлежности к ключевым группам, географическому региону и типу учреждения, что позволяет выявлять структурные неравенства и корректировать программные решения.

Отдельное внимание было уделено необходимости перехода к электронным системам учета, обеспечивающим оперативность анализа, прозрачность отчетности и снижение рисков дублирования данных. Использование анонимных идентификаторов и стандартизированных форм отчетности рассматривается как условие сохранения конфиденциальности и повышения качества данных.







Участники консультации подчеркнули, что количественный мониторинг должен дополняться компонентом качественных исследований. Анализ стигмы, дискриминации, социальных барьеров, мотивации к использованию ДКП и причин прекращения приема позволяет глубже понять поведенческие и структурные факторы, влияющие на эффективность программ. Без такого анализа мониторинг рискует стать формальной отчетной процедурой, не отражающей реальных препятствий на пути доступа к услугам.

Для региона Центральной Азии принципиально важным выводом стало признание необходимости межгосударственной сопоставимости подходов. Активные миграционные процессы, трансграничная мобильность трудовых мигрантов и пересечение уязвимых групп между странами требуют гармонизации индикаторов и методологий. Совместимость систем мониторинга позволит отслеживать динамику охвата и удержания в транснациональном контексте, укреплять региональное сотрудничество и формировать согласованную стратегию противодействия ВИЧ на пространстве Центральной Азии.

4. СТРАТЕГИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ СТРАН ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ

С учетом обсуждений и анализа международного опыта участникам консультации было рекомендовано формирование многоуровневой системы мониторинга ДКП, сочетающей централизованную координацию и децентрализованную реализацию. Координирующая роль должна быть закреплена за национальными центрами профилактики ВИЧ при министерствах здравоохранения, которые обеспечивают методологическое руководство, унификацию индикаторов, контроль качества данных и подготовку национальных аналитических обзоров. При этом сбор первичной информации целесообразно осуществлять на региональном уровне — в государственных медицинских организациях, службах сексуального здоровья, а также при участии неправительственных организаций и сообществ, работающих с ключевыми группами населения. Базовый набор индикаторов должен быть ограничен, но содержательно достаточен для оценки эффективности программ.

В него рекомендуется включить показатели:

-  инициации ДКП (число лиц, впервые начавших прием);
-  возобновления приема после перерыва;
-  удержания через 3 месяца и в более длительных временных интервалах;
-  сероконверсии среди пользователей;
-  прекращения приема с указанием причин (токсичность, снижение риска, потеря контакта и др.);
-  охвата ключевых групп населения с обязательной дезагрегацией по полу, возрасту и другим социально-демографическим характеристикам.

Особое внимание следует уделить цифровизации процессов учета. Рекомендуется внедрение электронных баз данных с использованием анонимных уникальных идентификаторов, что позволит обеспечить конфиденциальность клиентов и одновременно прослеживаемость их маршрута в системе услуг. Цифровые инструменты должны предусматривать возможность формирования отчетов в реальном времени, агрегацию данных по регионам и автоматизированную проверку полноты информации.

Регулярность анализа данных является важным условием управляемости программ. Оптимальной моделью представляется квартальная отчетность на региональном уровне с последующим ежегодным национальным аналитическим обзором, включающим оценку тенденций, выявление пробелов и формирование рекомендаций по корректировке стратегии.

Дополнительно рекомендуется интеграция мониторинга ДКП с другими компонентами системы противодействия ВИЧ — тестированием, лечением и программами снижения вреда, что позволит формировать целостное представление о профилактическом континууме и обеспечит стратегическую согласованность усилий на национальном и региональном уровнях.

5. ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ УСТОЙЧИВОСТИ ПРОГРАММ

Участники консультации подчеркнули, что мониторинг ДКП не является исключительно техническим компонентом программы, а представляет собой стратегический инструмент управления эпидемией ВИЧ. Систематический сбор и анализ данных позволяют принимать обоснованные управленческие решения, своевременно корректировать приоритеты и перераспределять ресурсы в соответствии с реальными потребностями ключевых групп населения и эпидемиологической динамикой.

В условиях, когда значительная часть программ профилактики в странах Центральной Азии продолжает зависеть от внешнего финансирования, мониторинг играет важную роль в обеспечении подотчетности донорских средств. Прозрачность данных об охвате, удержании, эффективности и барьерах доступа укрепляет доверие международных партнеров и создает условия для долгосрочного сотрудничества. Одновременно наличие качественной доказательной базы облегчает диалог с национальными органами власти по вопросам софинансирования и институционализации ДКП.

Постепенная интеграция финансирования ДКП в национальные бюджеты здравоохранения невозможна без демонстрации измеримых результатов и оценки экономической целесообразности программ. Система мониторинга позволяет анализировать соотношение затрат и достигнутых эпидемиологических эффектов, выявлять наиболее эффективные сервисные модели и обосновывать расширение доступа к профилактике.

Создание устойчивой системы мониторинга, основанной на стандартизированных индикаторах, цифровых инструментах учета и регулярной аналитике, формирует прочную доказательную базу для масштабирования ДКП. Это, в свою очередь, способствует достижению целей глобальной стратегии противодействия ВИЧ, включая снижение числа новых случаев инфицирования и укрепление национальных систем общественного здравоохранения в странах Центральной Азии.

