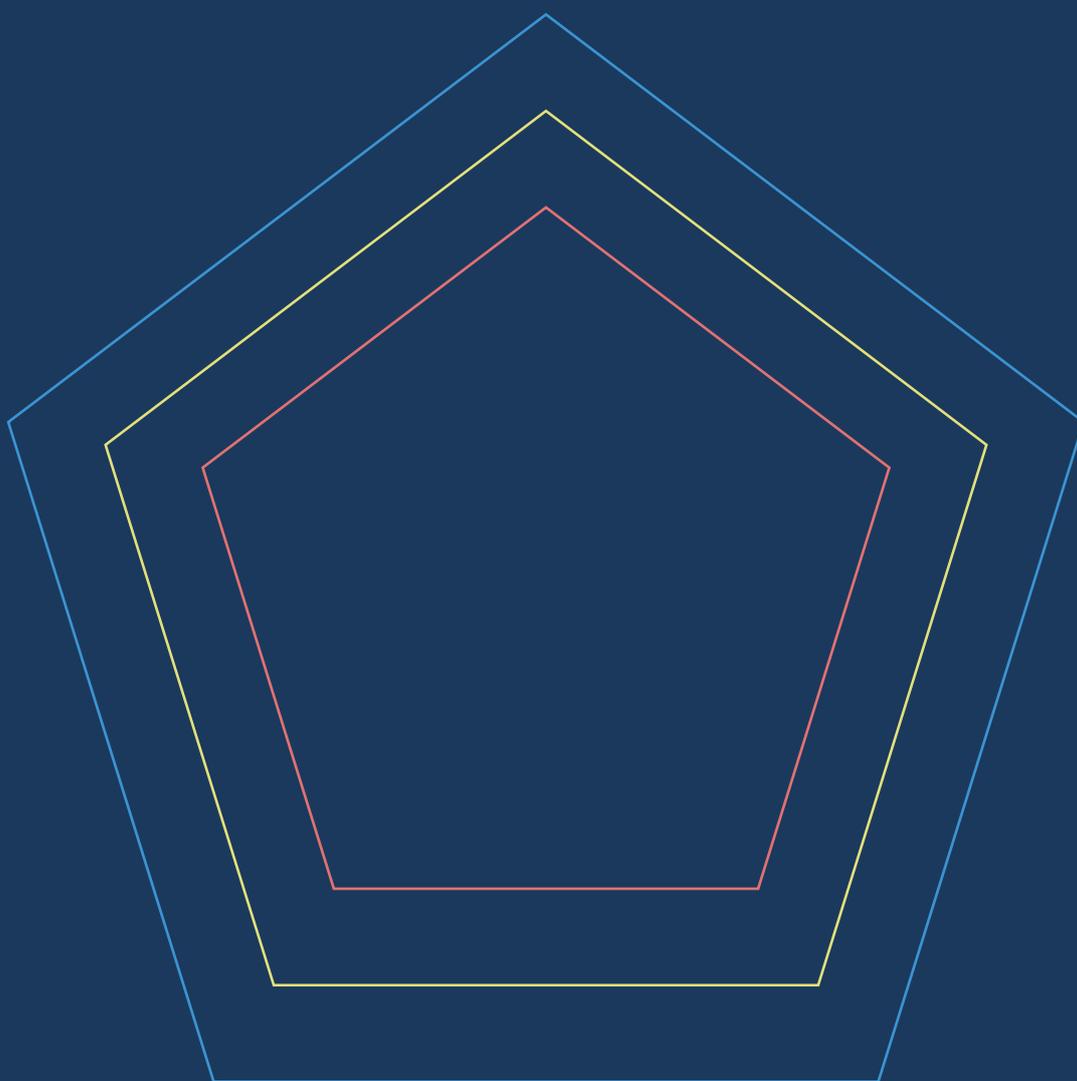

Сводное руководство по профилактике, диагностике, лечению и помощи в связи с ВИЧ-инфекцией, вирусными гепатитами и инфекциями, передаваемыми половым путем, для ключевых групп населения



Всемирная организация
здравоохранения

Европейский регион

Авторство фотографий

Глава 1: © Getty Images/Jonathan Torgovnik

Глава 2: © Flickr/Pippa Ranger

Глава 3: © Getty Images/Jonathan Torgovnik

Глава 4: © Women's Network South Africa NPUD

Глава 5: © GATE community photos 2022

Глава 6: © GATE community photos 2022

Глава 7: © WHO/Blink Media - Nikolay Doychinov

Глава 8: © GATE community photos 2022

Сводное руководство по профилактике,
диагностике, лечению и помощи в связи
с ВИЧ-инфекцией, вирусными гепатитами
и инфекциями, передаваемыми половым
путем, для ключевых групп населения



Всемирная организация
здравоохранения

Европейский регион

Реферат

В сводном руководстве изложены меры общественного здравоохранения применительно к ВИЧ-инфекции, вирусным гепатитам и инфекциям, передаваемым половым путем (ИППП), для пяти следующих ключевых групп населения: мужчины, практикующие половые контакты с мужчинами; трансгендерные и гендерно разнообразные люди; секс-работники и работницы; люди, употребляющие инъекционные наркотики; люди, находящиеся в местах лишения свободы и других учреждениях закрытого типа.

В руководстве, предназначенном для менеджеров национальных программ, доноров и правозащитников, даются рекомендации о том, как расставить приоритеты в осуществлении различных медицинских вмешательств, чтобы оказать наибольшее воздействие на ВИЧ, вирусные гепатиты и ИППП, а также обеспечить всеобщий охват для решения других проблем здравоохранения применительно к ключевым группам населения.

Мероприятия, перечисленные в этих рекомендациях, были разделены для каждой ключевой группы населения на четыре категории:

1. Важнейшие для обеспечения полезного эффекта: вмешательства в отношении благоприятствующих факторов, которые рекомендованы в целях снижения структурных барьеров для доступа ключевых групп населения к услугам здравоохранения.
2. Важнейшие для обеспечения полезного эффекта: медицинские вмешательства, которые оказывают продемонстрированное прямое воздействие на ВИЧ-инфекцию, вирусные гепатиты и ИППП в ключевых группах населения.
3. Вмешательства, важнейшие для обеспечения медико-санитарного эффекта в более широком плане, которыми должны быть охвачены ключевые группы населения, но которые не оказывают прямого воздействия на ВИЧ-инфекцию, вирусные гепатиты или ИППП.
4. Вспомогательные вмешательства, осуществляемые силами сектора здравоохранения, которые поддерживают осуществление других мер, например, направленные на формирование спроса, предоставление информации и проведение образовательных мероприятий.

Руководство призывает страны уделять приоритетное внимание охвату ключевых групп и оказывать поддержку их сообществам, которые призваны играть лидирующую роль в осуществлении надлежащих мер и в предоставлении справедливых, доступных и приемлемых услуг этим группам.

Ключевые слова

HIV INFECTIONS

RISK FACTORS

VULNERABLE POPULATIONS

HEPATITIS, VIRAL, HUMAN

GUIDELINE

SEXUALLY TRANSMITTED DISEASE

ISBN 978-92-890-6037-0 (PDF)

© Всемирная организация здравоохранения, 2024 г.

Некоторые права защищены. Настоящая публикация распространяется на условиях лицензии Creative Commons 3.0 IGO «С указанием авторства – Некоммерческая – Распространение на тех же условиях» (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Лицензией допускается копирование, распространение и адаптация публикации в некоммерческих целях с указанием библиографической ссылки согласно нижеприведенному образцу. Никакое использование публикации не означает одобрения ВОЗ какой-либо организации, товара или услуги. Использование логотипа ВОЗ не допускается. Распространение адаптированных вариантов публикации допускается на условиях указанной или эквивалентной лицензии Creative Commons. При переводе публикации на другие языки приводится библиографическая ссылка согласно нижеприведенному образцу и следующая оговорка: «Настоящий перевод не был выполнен Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). ВОЗ не несет ответственности за его содержание и точность. Аутентичным подлинным текстом является оригинальное издание на английском языке «Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: World Health Organization; 2022».

Урегулирование споров, связанных с условиями лицензии, производится в соответствии с согласительным регламентом Всемирной организации интеллектуальной собственности (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>).

Образец библиографической ссылки. Всемирная организация здравоохранения. Сводное руководство по профилактике, диагностике, лечению и помощи в связи с ВИЧ-инфекцией, вирусными гепатитами и инфекциями, передаваемыми половым путем, для ключевых групп населения. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2024. Лицензия: [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo).

Данные каталогизации перед публикацией (CIP). Данные CIP доступны по ссылке: <http://apps.who.int/iris/>.

Приобретение, авторские права и лицензирование. По вопросам приобретения публикаций ВОЗ см. <http://apps.who.int/bookorders>. По вопросам оформления заявок на коммерческое использование и направления запросов, касающихся права пользования и лицензирования, см. <http://www.who.int/about/licensing/>.

Материалы третьих сторон. Пользователь, желающий использовать в своих целях содержащиеся в настоящей публикации материалы, принадлежащие третьим сторонам, например таблицы, рисунки или изображения, должен установить, требуется ли для этого разрешение обладателя авторского права, и при необходимости получить такое разрешение. Ответственность за нарушение прав на содержащиеся в публикации материалы третьих сторон несет пользователь.

Оговорки общего характера. Используемые в настоящей публикации обозначения и приводимые в ней материалы не означают выражения мнения ВОЗ относительно правового статуса любой страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации границ. Штрихпунктирные линии на картах обозначают приблизительные границы, которые могут быть не полностью согласованы.

Упоминание определенных компаний или продукции определенных производителей не означает, что они одобрены или рекомендованы ВОЗ в отличие от аналогичных компаний или продукции, не названных в тексте. Названия патентованных изделий, исключая ошибки и пропуски в тексте, выделяются начальными прописными буквами.

ВОЗ приняты все разумные меры для проверки точности информации, содержащейся в настоящей публикации. Однако данные материалы публикуются без каких-либо прямых или косвенных гарантий. Ответственность за интерпретацию и использование материалов несет пользователь. ВОЗ не несет никакой ответственности за ущерб, связанный с использованием материалов.

Дизайн: Lushomo

Содержание



Выражение благодарности	vi
Сокращения	ix
Глоссарий	xi
Резюме	xvii
Перечень важнейших рекомендаций: медицинских и в отношении благоприятствующих факторов	xx

ГЛАВА 1. Введение 1

Ключевые группы населения применительно к ВИЧ-инфекции, вирусным гепатитам и ИППП.	2
Структурные барьеры.	3
Меры реагирования в связи с ВИЧ, вирусными гепатитами и ИППП в ключевых группах населения.	6
Цели и задачи	9
Аудитория.	9
Принципы руководства	10
Как пользоваться руководством.	12

ГЛАВА 2. Методы 13

Общий обзор	14
Авторский коллектив	14
Конкурирующие интересы	15
Определение тематического охвата руководства	16
Ценности и предпочтения людей, входящих в ключевые группы.	17
Разработка приоритетных наборов	18
Планы распространения и обновления.	18

ГЛАВА 3. Ключевые благоприятствующие факторы 19

Введение	20
Опыт, ценности и предпочтения ключевых групп населения, связанные со структурными барьерами и важнейшими благоприятствующими факторами	21
Основные вмешательства для обеспечения полезного эффекта: важнейшие благоприятствующие факторы	22
Барьеры в сфере законодательства и политики и факторы, способствующие их преодолению	22
Стигматизация и дискриминация	25
Расширение прав и возможностей сообществ.	27
Насилие	30

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



ГЛАВА 4. Рекомендуемый набор вмешательств 33

Введение.....	34
Рекомендуемый набор.....	35
Важнейшие для обеспечения полезного эффекта: вмешательства в отношении благоприятствующих факторов.....	35
Важнейшие для обеспечения полезного эффекта: медицинские вмешательства.....	40
Важнейшие для обеспечения медико-санитарного эффекта в более широком плане: медицинские вмешательства.....	54
Вспомогательные вмешательства.....	59

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

ГЛАВА 5. Наборы вмешательств, по ключевым группам 61

Введение.....	62
Секс-работники.....	62
Люди, употребляющие инъекционные наркотики.....	66
Мужчины, практикующие секс с мужчинами.....	70
Трансгендерные и гендерно разнообразные люди.....	72
Люди, находящиеся в местах лишения свободы и других учреждениях закрытого типа.....	

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

ГЛАВА 6. Предоставление услуг 79

Общие сведения.....	80
Услуги, руководимые сообществом, распределение функций и вовлечение рядовых членов ключевых групп населения.....	81
Интеграция.....	84
Децентрализация.....	85
Дифференцированное предоставление услуг.....	86
Виртуальные вмешательства.....	86
Самопомощь.....	88

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ГЛАВА 7. Соображения относительно программ и услуг для подростков и молодежи в составе ключевых групп населения 91

Общие сведения.....	92
Изменения в сфере законодательства и политики.....	93
Элементы успешного планирования и осуществления программ в поддержку молодых людей в составе ключевых групп населения.....	94

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



ГЛАВА 8. Разработка мер реагирования: процессы принятия решений, планирования и мониторинга 99

Введение.....	100
Анализ ситуации.....	100
Планирование и осуществление действий.....	103
Мониторинг и оценка эффективности действий.....	105
Текущее планирование и разработка действий.....	106

ГЛАВА 9. Дополнительная информация о разработке новых рекомендаций 111

Введение.....	
Методика.....	
Фактические данные и принятие решений по новым рекомендациям.....	113

Библиография..... 149

Веб-приложения (на англ. языке)

- Веб-приложение А. Summaries of declarations of interest
[Резюме деклараций интересов]
(<https://apps.who.int/iris/handle/10665/360443>)
- Веб-приложение В. Values and preferences report
[Доклад о ценностях и предпочтениях]
(<https://apps.who.int/iris/handle/10665/360444>)
- Веб-приложение С. Systematic review findings and GRADE tables
[Результаты систематических обзоров и таблицы GRADE]
(<https://apps.who.int/iris/handle/10665/360445>)
- Веб-приложение D. Evidence to decision making tables
[Таблицы «от доказательств к решениям»]
(<https://apps.who.int/iris/handle/10665/360446>)

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ





Выражение благодарности

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) с признательностью отмечает ценный вклад, внесенный многочисленными экспертами и организациями в разработку данного руководства.

Специалист по методологии GRADE (система оценки обоснованности научных рекомендаций)

Nandi Siegfried (независимый консультант, Южная Африка).

Члены Группы по разработке руководства

Председатели: **Erika Castellanos**, организация Global Action for Trans Equality (GATE) [Глобальные действия за транс-равенство], Нидерланды; **Frances Cowan**, Центр охраны сексуального здоровья и исследований ВИЧ/СПИДа (CeSHNAR), Зимбабве.

Christopher Akolo, FHI 360, Соединенные Штаты Америки (США); **Ochonye Bartholomew Boniface**, «Хартленд Эллайнс», Нигерия; **Judy Chang**, Секретариат Международной сети людей, употребляющих наркотики (INPUD), Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии; **Angelica Espinosa Miranda**, Министерство здравоохранения, Бразилия; **Patricia J Garcia**, Университет Кайетано Эредиа, Перу; **Kimberly Green**, PATH, Вьетнам; **Adeeba Kamarulzaman**, Университет Малайи, Малайзия; **Mehdi Karkouri**, Университетский клинический центр им. Ибн Рушда, Марокко; **Fahe Kerubo**, Глобальная сеть молодых людей, живущих с ВИЧ (Y + Global), Кения; **Pablo Mabanza**, FHI 360, Демократическая Республика Конго; **Lisa Maher**, Институт Кирби, Австралия; **Kenneth Mayer**, Институт Фенуэй, США; **Ruth Morgan Thomas**, Глобальная сеть проектов в помощь секс-работникам (NSWP), Соединенное Королевство; **Mary Mugambi**, Министерство здравоохранения, Кения; **Nittaya Phanuphak**, Институт исследований и инноваций в борьбе с ВИЧ, Таиланд; **Asa Radix**, Центр общинного здравоохранения Каллен-Лорд, США; **Sushena Reza-Paul**, Ашодайя, Индия; **Jürgen Rockstroh**, Боннский университет, Германия; **Andrew Scheibe**, Центр оказания помощи в связи с ТБ-ВИЧ и Университет Претории, Южная Африка; **Jessica Seleme**, Министерство здравоохранения, Мозамбик; **Andrew Spieldenner**, MPact Global Action for Gay Men’s Health and Rights [Глобальные действия в защиту здоровья и прав мужчин-геев], США; **Ketevan Stvilia**, Национальный центр контроля заболеваний и общественного здравоохранения, Грузия; **Ernst Wisse**, Médecins du Monde [Врачи мира], Франция.

Группа внешних рецензентов

Michael Akanji, «Хартленд Эллайнс», Нигерия; **Trista Bingham**, Центры по контролю и профилактике заболеваний, США; **Machteld Busz**, Мейнлайн, Нидерланды; **Gina Dallabetta**, Фонд Билла и Мелинды Гейтс, США; **Sinead Delany-Moretlwe**, Wits RHI, Южная Африка; **Kostyantyn Dumchev**, Украинский институт политики общественного здравоохранения, Украина; **Gaston Djomand**, Центры по контролю и профилактике заболеваний, США; **Oriel Fernandes**, Инициатива Клинтон по обеспечению доступа к услугам здравоохранения, Руанда; **Doreen Gaura**, Just Detention International-South Africa [Международная организация за справедливые условия интернирования], Южная Африка; **Omran Algharib**, Youth rise [Молодежный восход], Ливан; **Jason Grebely**, Институт Кирби, Австралия; **Gail Knudson**, университет Британской Колумбии и Всемирная профессиональная ассоциация по охране трансгендерного здоровья, Канада; **Sandra Ka Hon Chu**, HIV Legal Network [Сеть по правовым аспектам ВИЧ], Канада; **Jeff Klausner**, Школа медицины Кека при Университете Южной Калифорнии, США; **Ed Ngoskin**, Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, Швейцария; **Lucy O’Connell**, Врачи без границ, Южная Африка; **Tinashe Rufurwadzo**, Y+ Global, Нидерланды; **Tracey Swan**, Международная коалиция по вопросам обеспечения доступа к лечению, Испания; **Ancella Voets**, независимый консультант, Соединенное Королевство; **Brian White**, Фонд Элизабет Глейзер по педиатрическим аспектам СПИДа, США.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



Составители обзоров фактических данных

Lily Aboud, Университет им. Джеймса Кука, Австралия; **Eric PF Chow**, Мельбурнский центр охраны сексуального здоровья, Австралия; **Joseph Doyle**, Институт Бернета и Больница Альфреда, Австралия; **Margaret Hellard**, Институт Бернета и Больница Альфреда, Австралия; **Caitlin Kennedy**, Университет Джонса Хопкинса, США; **Jason J. Ong**, Университет Монаш, Австралия; **Teresa Yeh**, Университет Джонса Хопкинса, США; **Yangqi Xu**, Мельбурнский университет, Австралия).

Исследования ценностей и предпочтений ключевых групп населения

Max Appenroth, организация Global Action for Trans Equality (GATE) [Глобальные действия за транс-равенство], Германия; **Erika Castellanos** организация «Global Action for Trans Equality» (GATE) [Глобальные действия за транс-равенство], Нидерланды; **Judy Chang**, Секретариат Международной сети людей, употребляющих наркотики (INPUD), Соединенное Королевство; **Annie Madden**, Университет Нового Южного Уэльса, Австралия; **Ruth Morgan Thomas**, Глобальная сеть проектов в помощь секс-работникам (NSWP), Соединенное Королевство; **Anna Shapiro**, Глобальная сеть проектов в помощь секс-работникам (NSWP), Соединенное Королевство; **Andrew Spieldenner**, MPact Global Action for Gay Men's Health and Rights [Глобальные действия в защиту здоровья и прав мужчин-геев], США.

Коспонсоры со стороны ЮНЭЙДС

Clemens Benedikt, Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС); **Ludo Bok**, Программа развития Организации Объединенных Наций (ПРООН), США; **Monica Ciupagea**, Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (УНП ООН), Австрия; **Emily Christie**, Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС); **Cleiton Euzebio de Lima**, Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), Швейцария; **Sonia Arias Garcia**, Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), Швейцария; **Boyan Konstantinov**, Программа развития Организации Объединенных Наций (ПРООН), США; **Archana Patkar**, Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС); **Shirley Mark Prabhu**, Детский фонд Организации Объединенных Наций, США; **Keith Sabin**, Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), Швейцария; **Ehab Salah**, Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (УНП ООН), Австрия; **Purvi Shah**, региональный консультант, ЮНЭЙДС RST AP и группа штаб-квартиры ВОЗ «Тестирование, профилактика и население», Индия; **Tim Sladden**, Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА), США.

Сотрудники и консультанты ВОЗ

Общая координация

Virginia Macdonald, **Rachel Baggaley**, **Annette Verster**, **Niklas Luhmann** и **Maeve B. Mello**, Департамент глобальных программ по ВИЧ, гепатиту и инфекциям, передаваемым половым путем, обеспечили общую координацию процесса разработки руководства при поддержке со стороны **Cadi Irvine**, консультанта ВОЗ, и под руководством **Meg Doherty**, директора Департамента глобальных программ по ВИЧ, гепатиту и инфекциям, передаваемым половым путем.

Руководящий комитет WHO

Rachel Baggaley, **Muhammad Jamil**, **Niklas Luhmann**, **Virginia Macdonald**, **Maeve B Mello**, **Morkor Newman Owiredu**, **Andrew Seale**, **Annette Verster** и **Teodora Wi**, Департамент глобальных программ по ВИЧ, гепатиту и инфекциям, передаваемым половым путем; **Annabel Baddeley**, Департамент глобальной программы борьбы с туберкулезом; **Tarun Dua** и **Vladimir Poznyak**, Департамент по вопросам психического здоровья и употребления психоактивных веществ; **Liane Gonsalves**, Отдел по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам **Casimir Manzengo**, Региональное бюро ВОЗ для стран Африки, Конго; **Antons Mozalevskis**, Европейское региональное бюро ВОЗ; **Igor Toskin**, Департамент сексуального и репродуктивного здоровья и исследований.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОБНОСТИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



Другие сотрудники и консультанты штаб-квартиры ВОЗ

Wole Ameyan, Muhammad Shahid Jamil, Marco Vitoria, Департамент глобальных программ по ВИЧ, гепатиту и инфекциям, передаваемым половым путем; **Heather Marie Schmidt**, ВОЗ, Департамент глобальных программ по ВИЧ, гепатиту и инфекциям, передаваемым половым путем, и ЮНЭЙДС. **Cadi Irvine, Bradley Mathers** и **Robin Schaefer**, консультанты, Департамент глобальных программ по ВИЧ, гепатиту и инфекциям, передаваемым половым путем.

Региональные бюро и страновые офисы

Страновые офисы. **Maria Nerissa Dominguez** и **Rajendra Prasad Hubraj Yadav**, ВОЗ – Филиппины; **Christine Kisia**, ВОЗ – Кения; **Nino Mamulashvili**, ВОЗ – Грузия; **Etienne Mutombo Mpozi**, ВОЗ – Демократическая Республика Конго; **Muhammad Safdar Kamal Pasha**, Страновой офис ВОЗ, Пакистан.

Региональные бюро: **Hugues Lago, Frank Lule, Casimir Manzeno** и **Eager Olyel**, Региональное бюро ВОЗ для стран Африки; **Omar Sued**, Региональное бюро ВОЗ для стран Америки; **Joumana Hermez**, Региональное бюро ВОЗ для стран Восточного Средиземноморья; **Antons Mozalevskis** и **Nicole Seguy**, Европейское региональное бюро; **Nabeel Mangadan-Konath, Bharat Rewari** и **Mukta Sharma**, Региональное бюро ВОЗ для стран Юго-Восточной Азии; **Po Lin Chan**, Региональное бюро ВОЗ для стран Западной части Тихого океана.

Наблюдатели

Trista Bingham, Центры по контролю и профилактике заболеваний (ЦКЗ), США; **Gina Dallabeta**, Фонд Билла и Мелинды Гейтс, США; **Cary James**, Всемирный альянс по борьбе с гепатитами, Соединенное Королевство; **Gail Knudson**, Всемирная профессиональная ассоциация по охране трансгендерного здоровья (WPATH), США; **Susie McLean**, Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, Швейцария; **Craig McLure**, Инициатива Клинтона по обеспечению доступа к услугам здравоохранения (CHAI), США; **Tinashe Rufurwadzo**, Y+ Global, Нидерланды; **Tisha Wheeler**, Агентство Соединенных Штатов по международному развитию (ЮСАИД), США.

Финансирование

Разработка настоящего руководства осуществлена при финансовой поддержке со стороны Фонда Билла и Мелинды Гейтс и Чрезвычайного фонда Президента Соединенных Штатов для оказания помощи в связи со СПИДом (PEPFAR).

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



Сокращения

АЛТ	аланинаминотрансфераза
АРВ	антиретровирусные (о препаратах)
АРТ	антиретровирусная терапия
ВГВ	вирус гепатита В
ВГС	вирус гепатита С
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека (термин также нередко употребляется для обозначение инфекции, вызванной данным вирусом)
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВОУЗ	всеобщий охват услугами здравоохранения
ВПГ	вирус простого герпеса
ВПЧ	вирус папилломы человека
ДИ	доверительный интервал
ДКП	доконтактная профилактика
ДРП	дородовая помощь
ИППП	инфекции, передаваемые половым путем
КПИ	Конвенция Организации Объединенных Наций о правах инвалидов
МАНК	метод амплификации нуклеиновых кислот
НСП	национальный стратегический план
ОР	относительный риск
ПКП	постконтактная профилактика
ПОШ	программы обмена игл и шприцев
ППЛ	периодическое презумптивное лечение
ПППД	противовирусные препараты прямого действия
ПРООН	Программа развития Организации Объединенных Наций
ПТАО	поддерживающая терапия агонистами опиоидов
РКИ	рандомизированное контролируемое исследование
РУЛС	расширение участия людей, живущих с ВИЧ
СНСД	страны с низким и средним уровнем дохода
СПИД	синдром приобретенного иммунодефицита
ТБ	туберкулез
УВО	устойчивый вирусологический ответ
УНП ООН	Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности
ЦКЗ	Центры по контролю и профилактике заболеваний (США)
ЦУР	Цели в области устойчивого развития
ЮНИСЕФ	Детский фонд Организации Объединенных Наций
ЮНФПА	Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения
ЮНЭЙДС	Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу
ЮСАИД	Агентство Соединенных Штатов по международному развитию

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ

		↑
AIM	модель воздействия СПИДа [AIDS impact model]	ВВЕДЕНИЕ
GRADE	система оценки обоснованности научных рекомендаций [G [Grading] – классификация, R [Recommendations] – рекомендации, A [Assessment] – оценка, D [Development] – разработка, E [Evaluation] – анализ]	
HBeAg	e-антиген вируса гепатита В [Hepatitis B e antigen]	
HBsAg	поверхностный антиген вируса гепатита В [hepatitis B surface antigen]	
MEC	медицинские критерии допустимости применения контрацептивных средств [medical eligibility criteria for contraceptive use]	МЕТОДЫ
MhGAP	Программа ВОЗ по заполнению пробелов в области охраны психического здоровья [Mental health gap action programme]	
NSWP	Глобальная сеть проектов в помощь секс-работникам [Global Network of Sex Work Projects]	БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ ФАКТОРЫ
PICO	P [Population] – популяция, I [Intervention] – вмешательство, C [Comparator] – сравнение, O [Outcome] – результат	
QALY	годы жизни с учетом качества [quality-adjusted life-years]	
		РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА
		НАБОРЫ ВМЕШАТЕЛЬСТВ
		ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ УСЛУГ
		ПОДРОСТКИ И МОЛОДЕЖЬ
		РАЗРАБОТКА МЕР
		ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ



Глоссарий

Антиретровирусная терапия (АРТ) [*Antiretroviral therapy, ART*] – применение комбинации антиретровирусных (АРВ) препаратов для лечения ВИЧ-инфекции.

Антиретровирусные (АРВ) препараты [*Antiretroviral drugs, ARV drugs*] – лекарства, используемые для лечения ВИЧ-инфекции.

Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) [*Human immunodeficiency virus, HIV*] – существуют два типа вируса: ВИЧ-1 и ВИЧ-2. Возбудителем подавляющего числа случаев ВИЧ-инфекции в глобальном масштабе является ВИЧ-1.

Дети [*Children*] – согласно тексту статьи 1 Конвенции о правах ребенка, «ребенком является каждое человеческое существо до достижения 18-летнего возраста, если по закону, применимому к данному ребенку, он не достигает совершеннолетия ранее».

Децентрализация [*Decentralization*] – процесс передачи существенных полномочий и ресурсов из центрального министерства здравоохранения в другие учреждения или подразделения, находящиеся на других уровнях системы здравоохранения (областных, районных, муниципальных), в структуры первичной медико-санитарной помощи и местных сообществ.

Дифференцированное предоставление услуг [*Differentiated service delivery*] – подход, предусматривающий упрощенный порядок предоставления услуг и их адаптацию в целях более полноценного удовлетворения потребностей людей, живущих с ВИЧ, вирусными гепатитами или инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), а также в целях оптимизации использования ресурсов системы здравоохранения.

Доконтактная (предконтактная) профилактика (ДКП) [*Pre-exposure prophylaxis, PrEP*] – прием АРВ-препаратов ВИЧ-негативными людьми в период, предшествующий контакту с инфекцией, для предотвращения инфицирования.

Интегрированное предоставление услуг [*Integrated service delivery*] – организация и предоставление людям услуг здравоохранения, в том числе по таким направлениям, как укрепление здоровья, профилактика, диагностика и лечение заболеваний, реабилитация и паллиативная помощь, координируемых между различными уровнями и структурами в рамках системы здравоохранения и за ее пределами, в соответствии с потребностями людей на протяжении всей жизни (1).

Ключевые группы населения [*Key populations*] – определенные популяционные группы, которые в силу специфических видов высокорискованного поведения подвержены повышенному риску заражения ВИЧ, вирусными гепатитами или ИППП вне зависимости от типа эпидемии и местного контекста. Кроме того, часто имеются правовые и социальные аспекты, связанные с формами поведения, которые усиливают уязвимость этих групп к ВИЧ. В настоящем руководстве основное внимание уделяется следующим пяти ключевым группам: 1) мужчины, практикующие секс с мужчинами (МСМ); 2) люди, употребляющие инъекционные наркотики; 3) люди, находящиеся в местах лишения свободы и других учреждениях закрытого типа; 4) секс-работники (секс-работницы); 5) трансгендерные и гендерно разнообразие люди. Люди, находящиеся в местах лишения свободы и других учреждениях закрытого типа, включены в настоящее руководство, поскольку среди них нередко высока доля представителей других уязвимых групп, им свойственен повышенный уровень рискованных форм поведения, а также в этих условиях отмечается дефицит услуг медицинской помощи и поддержки в связи с ВИЧ-инфекцией, вирусными гепатитами и ИППП. Учет ключевых групп населения имеет большое значение для анализа динамики

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТНЫЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



передачи ВИЧ, вирусных гепатитов и ИППП. Эти группы также являются ключевыми партнерами в реализации эффективных противоэпидемических мер.

Люди, находящиеся в местах лишения свободы и других учреждениях закрытого типа

[People in prisons and other closed settings] – существует множество различных терминов, используемых для обозначения мест содержания под стражей, в которых пребывают люди, ожидающие суда, отбывающие сроки уголовного наказания либо интернированные по другой причине. Аналогичным образом применяются различные термины для обозначения таких контингентов. В настоящем руководстве термин «места лишения свободы и другие учреждения закрытого типа» относится ко всем местам содержания под стражей в пределах страны, а термины «заключенные» [prisoners] и «задержанные» [detainees] относятся ко всем лицам, включая взрослых и несовершеннолетних мужчин, женщин, трансгендерных и других гендерно разнообразных людей, содержащимся под стражей в учреждениях уголовного правосудия и пенитенциарных учреждениях в период уголовного расследования, в ожидании суда и после вынесения обвинительного приговора. Этот термин формально не включает лиц, задержанных по причинам, связанным с иммиграцией или статусом беженца, задержанных без предъявления обвинений, и лиц, направленных на принудительное лечение или помещенных в реабилитационные центры. Тем не менее большинство изложенных в руководстве соображений применимы и к этим людям.

Люди, употребляющие инъекционные наркотики *[People who inject drugs]* – люди, вводящие в свой организм психоактивные вещества в немедицинских целях с помощью инъекций. К таким веществам, в частности, относятся опиоиды, стимуляторы амфетаминового ряда, кокаин и гипно-седативные средства, включая новые психоактивные вещества¹. Введение может осуществляться внутривенно, внутримышечно, подкожно или с использованием иных видов инъекционного доступа. К этой категории лиц не относятся люди, делающие себе инъекции лекарственных препаратов в лечебных целях, то есть терапевтические инъекции. Настоящее руководство ориентировано в первую очередь на людей, употребляющих инъекционные наркотики, поскольку они подвержены повышенному риску передачи ВИЧ и ВГС в результате совместного использования контаминированной кровью приспособлений для инъекций, однако положения руководства также во многом актуальны применительно к людям, которые употребляют психоактивные вещества другими способами, например интраназально, посредством курения или приема внутрь.

Люди, употребляющие наркотики *[People who use drugs]* – люди, употребляющие психоактивные вещества, вводя их в организм тем или иным способом, включая инъекционный, пероральный, ингаляционный, трансмукозальный (сублингвальный, ректальный, интраназальный) или трансдермальный. При этом нередко не учитывается употребление широко распространенных веществ, таких как алкогольные и кофеиносодержащие напитки и пищевые продукты.

Мероприятия сообществ *[community-led responses]* – действия и стратегии, осуществляемые данными группами в целях улучшения здоровья и защиты прав человека применительно к членам соответствующих сообществ. Эти мероприятия разрабатываются и осуществляются как самими сообществами, так и организациями, группами и сетями, представляющими их интересы.

Метод амплификации нуклеиновых кислот (МАНК) *[Nucleic acid amplification test, NAAT]* – молекулярная технология, например метод полимеразной цепной реакции (ПЦР)

¹ Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (УНП ООН) использует термин «новые психоактивные вещества» со следующим определением: вещества, которые являются предметом злоупотребления либо в чистом виде, либо в виде препаратов и которые не регулируются Единой конвенцией о наркотических средствах 1961 г. или Конвенцией о психотропных веществах 1971 г., но могут представлять угрозу общественному здоровью. С более подробной информацией можно ознакомиться, посетив Консультативный портал раннего предупреждения УНП ООН по новым психоактивным веществам, 2022 г. (2).

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОБНОСТИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



или изотермической амплификации нуклеиновых кислот (NASBA), которая позволяет выявлять крайне низкие концентрации вирусных нуклеиновых кислот (РНК или ДНК) как количественным, так и качественным способом.

Мужчины, практикующие секс с мужчинами [*Men who have sex with men*] – мужчины, вступающие в половые отношения с другими мужчинами. Понятия «мужчина» и «секс» трактуются по-разному в различных культурах и обществах, а также на индивидуальном уровне. Таким образом, данный термин включает широкое разнообразие условий и контекстов половых отношений между мужчинами, вне зависимости от многочисленных мотивов вступления в такие отношения, половой и гендерной самоидентификации и принадлежности к тому или иному сообществу или к какой-либо социальной группе.

Недавняя инфекция, вызванная вирусом гепатита С [*Recent hepatitis C infection*] – определяется по следующим критериям:

- положительный тест на РНК или антиген ВГС у пациента с наличием отрицательных результатов тестирования на антитела, РНК или антиген в течение предшествующего года (включая случаи повторного заражения);
- положительный тест на РНК или антиген ВГС, А ТАКЖЕ свежий отрицательный тест на антитела к ВГС;
- положительный тест на антитела, РНК или антиген ВГС, А ТАКЖЕ клиническая симптоматика острого гепатита в течение предшествующего года.

Незащищенный секс [*Unprotected sex*] – секс без применения научно обоснованных средств профилактики. К ним относятся презервативы с лубрикантами, использование которых защищает от ВИЧ, вирусных гепатитов и ИППП, а также доконтактная профилактика ВИЧ-инфекции. Успешная АРТ с достижением вирусной супрессии предотвращает передачу ВИЧ половым партнерам.

Они определяются потребностями и устремлениями членов сообществ и включают такие виды деятельности, как адвокация, проведение кампаний и предъявление требований к руководителям, принимающим решения; мониторинг политики, практики и предоставления услуг; партисипаторные исследования; просвещение и обмен информацией; предоставление услуг; наращивание потенциала; финансирование общественных организаций, групп и сетей.

Организации, руководимые сообществами [*Community-led organizations*] – группы и сети, деятельность которых определяется соответствующими сообществами и осуществляется в интересах этих сообществ. Они представляют собой автономные структуры, в которых управление и руководство, персонал, официальные представители и волонтеры отражают в своей работе опыт, перспективы и мнения сообщества и которые имеют прозрачные механизмы подотчетности перед членами сообщества.

Острый гепатит С [*Acute hepatitis C*] – недавняя ВГС-инфекция, определяемая наличием ряда следующих клинических критериев: острое развитие симптомов, таких как тошнота или общее недомогание плюс желтуха или повышение (десятикратное) уровня аланинаминотрансферазы (АЛТ) в сыворотке крови.

Подростки [*Adolescents*] – к подросткам, как правило, относят возрастную группу от 10 до 19 лет. Подростковый возраст – это переходный период в индивидуальном развитии, характеризующийся гормональными, соматическими и психологическими изменениями в период от полового созревания до формирования взрослого состояния организма. Подростки не являются однородной группой; темпы физического и эмоционального взросления подвержены индивидуальным различиям, и выраженность их может быть неодинаковой у лиц одного и того же возраста. Кроме того, на здоровье подростков и их способность самостоятельно принимать важные решения и обращаться в службы

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТНЫЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



поддержки могут оказывать влияние различные социальные и культурные факторы. В настоящем документе в основном используется термин «подростки». Другие термины, которые обозначают частично перекрывающиеся друг друга возрастные группы: **молодежь, юноши и девушки** [*youth*] – лица в возрасте от 15 до 24 лет, и **подростки и молодежь** [*young people*] – лица в возрасте от 10 до 24 лет. Подростки также могут составлять часть одной или нескольких ключевых групп населения.

Помощь, ориентированная на нужды людей [*People-centred care*] – медицинская помощь, направленная на удовлетворение комплексных потребностей и ожиданий людей в контексте охраны здоровья, а не только на лечение болезней.

Постконтактная профилактика (ПКП) [*Post-exposure prophylaxis, PEP*] – прием АРВ-препаратов ВИЧ-негативными людьми в период после контакта с инфекцией для предотвращения инфицирования.

Работник без специального образования [*Lay provider*] – любой человек, который выполняет функции, связанные с оказанием медицинской помощи, и обучен выполнению конкретных услуг, но не имеет формальной квалификации или диплома о высшем образовании.

Разделение функций [*Task sharing*] – рациональное перераспределение обязанностей между медицинскими работниками с более высокой профессиональной подготовкой и другими сотрудниками, например без специального образования.

Самотестирование на ВГС (СТ-ВГС) [*HCV self-testing, HCVST*] – процедура, при которой индивидуум, нередко в приватной обстановке, наедине с самим собой или в присутствии доверенного лица, берет у себя биологический образец (кровь или околосенную жидкость), ставит экспресс-тест на наличие антител к ВГС и затем самостоятельно интерпретирует результат.

Самотестирование на ВИЧ [*HIV self-testing*] – процедура, при которой индивидуум, нередко в приватной обстановке, наедине с самим собой или в присутствии доверенного лица, берет у себя биологический образец (околосенную жидкость или кровь), ставит экспресс-тест и затем самостоятельно интерпретирует результат.

Секс-работники, секс-работницы [*Sex workers*] – взрослые (не младше 18 лет) женщины, мужчины, трансгендерные и гендерно разнообразные люди, регулярно или эпизодически оказывающие сексуальные услуги в обмен на деньги или товары. Секс-работа (*sex work*) в качестве секса по обоюдному согласию между взрослыми людьми может осуществляться в многочисленных формах и варьируется между странами и сообществами и внутри них. Эта деятельность также варьируется по степени формальной организованности. Согласно положениям Конвенции о правах ребенка, дети и подростки в возрасте до 18 лет, которые обменивают секс на деньги, товары или услуги, подвергаются «сексуальной эксплуатации» и не рассматриваются в качестве секс-работников.

Сохраняющаяся подверженность риску инфицирования ВГС [*Ongoing risk exposure for HCV*] – систематическое участие в тех или иных видах деятельности, повышающей риск передачи ВГС, например сопряженной с контактом с кровью или кровесодержащими биологическими жидкостями, инфицированными ВГС, включая употребление инъекционных наркотиков и сексуальные контакты между мужчинами.

Существенный риск (ВИЧ-инфекции) [*Substantial risk of HIV infection*] – риск заражения ВИЧ значительно варьируется между группами населения и в зависимости от географического положения. Статистическая частота возникновения новых случаев ВИЧ-инфекции на популяционном уровне является важным фактором, определяющим индивидуальный риск инфицирования. Однако при рассмотрении вопроса о показаниях к ДКП важно учитывать характеристики и формы поведения отдельных лиц и их партнеров, которые

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫРЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВАНАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬРАЗРАБОТКА
МЕРДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



могут приводить к заражению ВИЧ. Даже в условиях общего низкого уровня заболеваемости ВИЧ отдельные категории лиц могут быть подвержены существенному риску, и им принесут пользу услуги ДКП. Людям, обращающимся за такими услугами, следует уделять приоритетное внимание, поскольку сам факт обращения за ДКП указывает на вероятный риск ВИЧ-инфицирования. Когда ДКП применяется с учетом риска (то есть в период риска заражения ВИЧ), этот метод может быть ресурсоэффективным. Этот показатель варьируется между странами, группами населения и в зависимости от применяемых препаратов. Вместе с тем эффективность использования ресурсов не должна быть единственным соображением при реализации программ ДКП, поскольку сохранение ВИЧ-негативного статуса и контроль над риском заражения ВИЧ имеют нематериальную ценность для людей и сообществ.

Тестирование на ВИЧ на базе социальных сетей [*Social network-based HIV testing*] – расширенный вариант услуг для партнеров. Квалифицированный работник предлагает людям с ВИЧ или ВИЧ-отрицательным лицам, подвергающимся постоянному риску заражения ВИЧ, активно мотивировать и привлекать членов их сообществ, объединенных сексуальными отношениями, употреблением инъекционных наркотиков или социальной активностью, к участию в добровольном тестировании на ВИЧ. Социальная сеть – это группа людей, связанных общими отношениями, которая может включать сексуальных партнеров, лиц, совместно употребляющих инъекционные наркотики, а также социальные контакты.

Тестирование на месте оказания помощи [*Point-of-care testing*] – проводится в том же учреждении, где предоставляются услуги клинической помощи; пациент или медицинский работник получают результаты в тот же день, когда был взят образец и выполнено тестирование, что позволяет своевременно принимать клинические решения.

Трансгендерные и гендерно разнообразные люди [*Trans and gender diverse people*] – обобщающий термин для обозначения всех людей, чья гендерная идентичность, роли и самовыражение не соответствуют нормам и ожиданиям, традиционно связанным с паспортным полом, присвоенным им при рождении; в эту группу входят трансгендеры, транссексуалы и другие люди с гендерной неконформностью. Трансгендерные и гендерно разнообразные люди могут идентифицировать себя в качестве трансгендеров, женщин, мужчин, транс-женщин или транс-мужчин, транссексуалов и демонстрировать многие другие варианты гендерно неконформной идентичности. Они могут выражать свой гендер различными мужскими, женскими и/или андрогинными признаками. Высокая уязвимость и особые потребности в области охраны здоровья трансгендерных и гендерно разнообразных людей требуют особого и независимого статуса в глобальной борьбе с ВИЧ.

Услуги для партнеров [*Partner services*] (иногда также обозначаются как раскрытие статуса, отслеживание контактов, индексное тестирование, ассистированное уведомление партнера) – добровольный процесс, при котором квалифицированный работник опрашивает людей с диагнозом ВИЧ об их сексуальных партнерах и/или партнерах по употреблению инъекционных наркотиков, а затем, при согласии со стороны ВИЧ-положительного клиента, предлагает партнеру услуги добровольного тестирования на ВИЧ. Услуги для партнеров предоставляются по направлению от медицинского (социального) работника или от самого пациента.

Устойчивый вирусологический ответ (УВО) при ВГС-инфекции [*HCV sustained virological response, SVR*] – неопределяемый уровень РНК ВГС в крови через определенный промежуток времени после завершения лечения, обычно через 12 недель (УВО12) или 24 недели (УВО24).

Химсекс [*Chemsex*] – для целей настоящего руководства определяется как практика сексуальной активности на фоне приема психоактивных веществ, преимущественно стимуляторов, обычно с участием многочисленных партнеров и в течение длительного времени.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫРЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВАНАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬРАЗРАБОТКА
МЕРДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



Хроническая ВГВ-инфекция [*Chronic hepatitis B virus (HBV) infection*] – устойчивое обнаружение HBsAg в течение по крайней мере шести месяцев. Критерием подтверждения диагноза хронического гепатита В в клинической практике часто служит обнаружение HBsAg в двух образцах, взятых с интервалом не менее шести месяцев.

Хроническая ВГС-инфекция [*Chronic hepatitis C virus (HCV) infection*] – положительный результат тестирования на антитела к ВГС и на РНК ВГС, когда течение инфекции превышает шесть месяцев.

Цирроз печени [*Cirrhosis*] – развернутая стадия поражения печени, характеризующаяся обширным фиброзом, появлением узелковых уплотнений ткани печени, изменениями архитектоники печени и нарушением печеночного кровообращения.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



Резюме

Предназначение

В настоящем сводном руководстве изложены меры общественного здравоохранения применительно к ВИЧ-инфекции, вирусным гепатитам и инфекциям, передаваемым половым путем (ИППП), для пяти следующих ключевых групп населения: мужчины, практикующие половые контакты с мужчинами; трансгендерные и гендерно разнообразные люди; секс-работники и работницы; люди, употребляющие инъекционные наркотики; люди, находящиеся в местах лишения свободы и других учреждениях закрытого типа. Представлены и рассмотрены новые рекомендации, а также собраны в консолидированном виде рекомендации и методические указания из ранее опубликованных руководств Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

Вышеперечисленные группы были первоначально выделены в качестве «ключевых» в рамках мер реагирования в связи с ВИЧ и рассмотрены в данном руководстве в более широком плане – в контексте трех областей инфекционной патологии. Это обосновано следующими соображениями.

- Структурные барьеры, ограничивающие доступ пяти ключевых групп населения к услугам в связи с ВИЧ, в равной мере актуальны и применительно к вирусным гепатитам и ИППП.
- Поведенческие характеристики, связанные с риском заражения ВИЧ, например секс без презерватива и небезопасные инъекции, которые в целом чаще отмечаются в ключевых группах населения, также относятся к числу тех, которые повышают риск заражения вирусными гепатитами и ИППП.
- Многие из мер, рекомендованных для профилактики ВИЧ-инфекции, также предупреждают передачу вирусных гепатитов и ИППП.

Определенные социальные, правовые, структурные и другие контекстуальные факторы оказывают повышенное воздействие на ключевые группы населения, усугубляя их уязвимость к ВИЧ-инфекции, вирусным гепатитам и ИППП и препятствуя их доступу к медицинской помощи и другим основным услугам. В настоящем руководстве подчеркивается критическая важность устранения структурных барьеров в качестве основного приоритета.

Принципы, положенные в основу руководства

Настоящее руководство разработано в соответствии со следующими принципами:

- права человека;
- гендерное равенство;
- справедливость и инклюзивность;
- медицинская этика;
- всеобщий охват услугами здравоохранения;
- научно обоснованное общественное здравоохранение;
- принятие мер при лидирующей роли сообществ ключевых групп населения.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



Методика разработки руководства

Настоящий документ представляет собой переработанную версию ранее изданной публикации «Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations, 2016 update» [Сводное руководство по профилактике, диагностике, лечению и помощи в связи с ВИЧ для ключевых групп населения, обновление 2016 года]. В нем приведены прежние рекомендации, которые сохранили свою актуальность, обновленные и вновь сформулированные рекомендации, заявления о надлежащей практике и другие методические указания.

В рамках разработки новых рекомендаций специалисты ВОЗ составили вопросы PICO (P [Population] – популяция, I [Intervention] – вмешательство, C [Comparator] – сравнение, O [Outcome] – результат), а привлеченные внешние исследователи при поддержке со стороны ВОЗ выполнили систематические обзоры фактических данных, чтобы ответить на эти вопросы.

Также, по предложению ВОЗ, четыре глобальные сети ключевых групп населения (мужчины, практикующие секс с мужчинами, секс-работники, трансгендерные и гендерно разнообразные люди, а также люди, употребляющие инъекционные наркотики) провели новое качественное исследование ценностей и предпочтений в своей среде. Полученные результаты были использованы в качестве компонентов синтеза фактических данных.

Обобщенные таким образом доказательства были включены в систему «от доказательств к решениям» и легли в основу обсуждений на виртуальном совещании Группы по разработке руководства, которое проходило в течение шести дней с 30 августа по 8 сентября 2021 г. под председательством двух членов этой группы. На совещании также были урегулированы все конфликты интересов. При поддержке со стороны специалиста по методологии и председателей члены группы обсудили потенциальные преимущества и негативные аспекты вмешательств, ценности и предпочтения заинтересованных сторон, приемлемость, осуществимость, использование ресурсов и соображения по вопросам прав человека и справедливости. По совокупности сформулированных заключений и на основе использования методики GRADE (системы оценки обоснованности научных рекомендаций – Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) были определены сила и направленность каждой рекомендации. Все рекомендации были составлены на основе консенсуса.

В настоящем обновленном руководстве, предназначенном для менеджеров национальных программ, доноров и защитников интересов ключевых групп, даются рекомендации о том, как расставить приоритеты в осуществлении различных наборов медицинских вмешательств, чтобы оказать наибольшее воздействие на ВИЧ, вирусные гепатиты и ИППП, а также обеспечить всеобщий охват для решения других проблем здравоохранения применительно к ключевым группам населения.

Все вмешательства, включенные в настоящее руководство на основе первоначального определения сферы охвата, были распределены по следующим категориям для каждой ключевой группы.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОБКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



1. Важнейшие для обеспечения полезного эффекта: вмешательства в отношении благоприятствующих факторов

Все вмешательства, рекомендованные в целях снижения структурных барьеров для доступа ключевых групп населения к услугам здравоохранения.

2. Важнейшие для обеспечения полезного эффекта: медицинские вмешательства

Мероприятия сектора здравоохранения, которые оказывают продемонстрированное прямое воздействие на ВИЧ-инфекцию, вирусные гепатиты и ИППП в ключевых группах населения.

3. Важнейшие для обеспечения медико-санитарного эффекта в более широком плане

Вмешательства, осуществляемые силами сектора здравоохранения, которыми должны быть охвачены ключевые группы населения, но которые не оказывают прямого воздействия на ВИЧ-инфекцию, вирусные гепатиты или ИППП.

4. Вспомогательные

Вмешательства, осуществляемые силами сектора здравоохранения, которые поддерживают осуществление других мер, например направленные на формирование спроса, предоставление информации и проведение образовательных мероприятий.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



Перечень важнейших рекомендаций: медицинских и в отношении благоприятствующих факторов

Важнейшие для обеспечения полезного эффекта: вмешательства в отношении благоприятствующих факторов

Отмена карательных законов, политики и практики
Сокращение стигматизации и дискриминации
Расширение прав и возможностей сообществ
Борьба с насилием

Важнейшие для обеспечения полезного эффекта: медицинские вмешательства

Профилактика ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов и ИППП

Снижение вреда: программы обмена игл и шприцев (ПОШ), поддерживающая терапия с применением агонистов опиатов (ПТАО), применение налоксона для лечения передозировки
Презервативы и лубрикант
Доконтактная профилактика (ДКП) ВИЧ-инфекции
Постконтактная профилактика (ПКП) ВИЧ-инфекции и ИППП
Профилактика вертикальной передачи ВИЧ-инфекции, сифилиса и ВГВ-инфекции
Вакцинация против гепатита В
Борьба с негативными последствиями практики химсекса

Диагностика

Услуги тестирования на ВИЧ
Тестирование на ИППП
Тестирование на гепатиты В и С

Лечение

Лечение ВИЧ-инфекции
Раннее выявление (скрининг), диагностика, лечение и профилактика ВИЧ-ассоциированного туберкулеза
Лечение ИППП
Лечение гепатитов В и С

Важнейшие для обеспечения медико-санитарного эффекта в более широком плане: медицинские вмешательства

Анальное здоровье
Помощь в отношении зачатия и во время беременности
Контрацепция
Гендерно-подтверждающая помощь
Психическое здоровье
Профилактика, диагностика и лечение рака шейки матки
Безопасное прерывание беременности
Скрининг и лечение в связи с опасным и вредным употреблением алкоголя и других психоактивных веществ
Скрининг и лечение ТБ

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ

ГЛАВА 1

Введение





Ключевые группы населения применительно к ВИЧ-инфекции, вирусным гепатитам и ИППП

В вышедшем в 2014 г. оригинальном издании Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) «Сводное руководство по ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения: профилактика, диагностика, лечение и уход» (3) и в его обновленной версии от 2016 г. (4) были изложены вопросы профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции применительно к пяти следующим ключевым группам населения: мужчины, практикующие секс с мужчинами; секс-работники; люди, находящиеся в местах лишения свободы и других учреждениях закрытого типа; люди, употребляющие инъекционные наркотики; трансгендерные и гендерно разнообразные люди. Однако представители этих групп населения также в непропорционально высокой степени страдают от вирусных гепатитов и инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). Отмечается растущее признание важности комплексных, индивидуально ориентированных вмешательств по всем трем областям инфекционной патологии, осуществляемых при лидирующей роли сообществ. Кроме того, рискованное поведение и уязвимость ключевых групп населения и их сообществ определяют динамику эпидемий ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов и ИППП с возникновением так называемых синдемий (определяемых как две или более инфекции, взаимодействующие синергически и определяющие избыточное бремя болезней среди населения). Это означает, что профилактика, диагностика и лечение ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов и ИППП среди ключевых групп населения играют центральную роль в элиминации этих инфекционных болезней как угроз общественному здравоохранению.

В то время как стратегии борьбы с вирусными гепатитами и ИППП охватывают дополнительные приоритетные группы населения (например, медицинских работников – в отношении инфекции, вызываемой вирусом гепатита В (ВГВ), беременных женщин – в отношении сифилиса и ВГВ-инфекции) (5, 6), а также другие группы населения, уязвимые к ВИЧ, в настоящем руководстве основное внимание применительно ко всем трем областям инфекционной патологии сосредоточено на вышеперечисленных пяти группах, первоначально определенных как «ключевые» в борьбе с ВИЧ. Причины этому следующие.

- Структурные барьеры, ограничивающие доступ пяти ключевых групп населения к услугам в связи с ВИЧ-инфекцией, в равной мере актуальны в отношении вирусных гепатитов и ИППП.
- Поведенческие характеристики, связанные с риском заражения ВИЧ-инфекцией, например секс без презерватива и небезопасные инъекции, которые в целом чаще отмечаются в ключевых группах населения, также относятся к числу тех, которые повышают риск заражения вирусными гепатитами и ИППП.
- Многие из мер, рекомендованных для профилактики ВИЧ-инфекции, также предупреждают передачу вирусных гепатитов и ИППП.

Важно отметить, что люди могут принадлежать более чем к одной ключевой группе, демонстрировать сразу несколько форм рискованного поведения, и при этом некоторые люди могут вести себя рискованно, не причисляя себя к тому или иному определенному сообществу; пример – мужчины, вступающие в сексуальные контакты с другими мужчинами, но не идентифицирующие себя как геи. Люди, употребляющие инъекционные наркотики, часто прекращают эту практику, секс-работники уходят из секс-бизнеса, люди попадают в пенитенциарные учреждения и выходят на свободу; поэтому важно учитывать сложности и изменения в жизни людей.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



В большинстве стран недостаточный охват и зачастую низкое качество услуг для ключевых групп населения по-прежнему препятствуют осуществлению эффективных мер борьбы с ВИЧ, вирусными гепатитами и ИППП. Все страны должны уделять приоритетное внимание охвату ключевых групп и оказывать поддержку их сообществам, которые призваны играть лидирующую роль в осуществлении надлежащих мер и в предоставлении справедливых, доступных и приемлемых услуг этим группам.

Структурные барьеры

Определенные социальные, правовые, структурные и другие контекстуальные факторы оказывают повышенное воздействие на ключевые группы населения, усугубляя их уязвимость к ВИЧ, вирусным гепатитам и ИППП и препятствуя их доступу к медицинской помощи и другим основным услугам. Во многих странах один или несколько аспектов поведения, работы или гендерного самовыражения представителей ключевых групп криминализованы, и на них распространяется карательное законодательство и репрессивные меры органов охраны правопорядка. Криминализация поддерживает и закрепляет стигму и дискриминацию со стороны населения в целом, работников здравоохранения и сотрудников правоохранительных органов, что становится дополнительным препятствием для изменения законодательства или политики. Распространенным явлением является стигматизация и дискриминация ключевых групп в медицинских учреждениях, и это в значительной мере тормозит процесс достижения цели всеобщего охвата услугами здравоохранения. Стигматизация и дискриминация тесно сопряжены с безработицей, а также с насилием и нарушениями прав человека. Криминализация усугубляет проблемы насилия и других нарушений прав человека, поскольку представители ключевых групп избегают сообщать о злоупотреблениях, что еще в большей степени повышает их уязвимость. Комбинированное воздействие вышеперечисленных факторов влечет за собой следующие негативные последствия: ухудшение доступа к услугам медицинской помощи в связи с ВИЧ, ИППП, вирусными гепатитами и другими нарушениями здоровья; недостаточное и несистематическое использование средств профилактики, таких как презервативы, доконтактная и постконтактная профилактика (ДКП и ПКП) ВИЧ-инфекции и применение стерильных игл/шприцев; запоздалая постановка диагноза и более слабая привязка и удержание в программах лечения (см. [рис. 1](#)).

Ни в коем случае нельзя игнорировать сложные взаимосвязи между структурными барьерами, которые затрагивают ключевые группы населения, и такими факторами, как гендер, инвалидность, образование, раса, религия и социально-экономический статус. Например, цисгендерные женщины, трансгендерные и гендерно разнообразные люди подвергаются чрезвычайно высокому уровню насилия, расовые меньшинства чрезмерно представлены в местах лишения свободы, и все эти факторы усиливают стигматизацию и дискриминацию.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

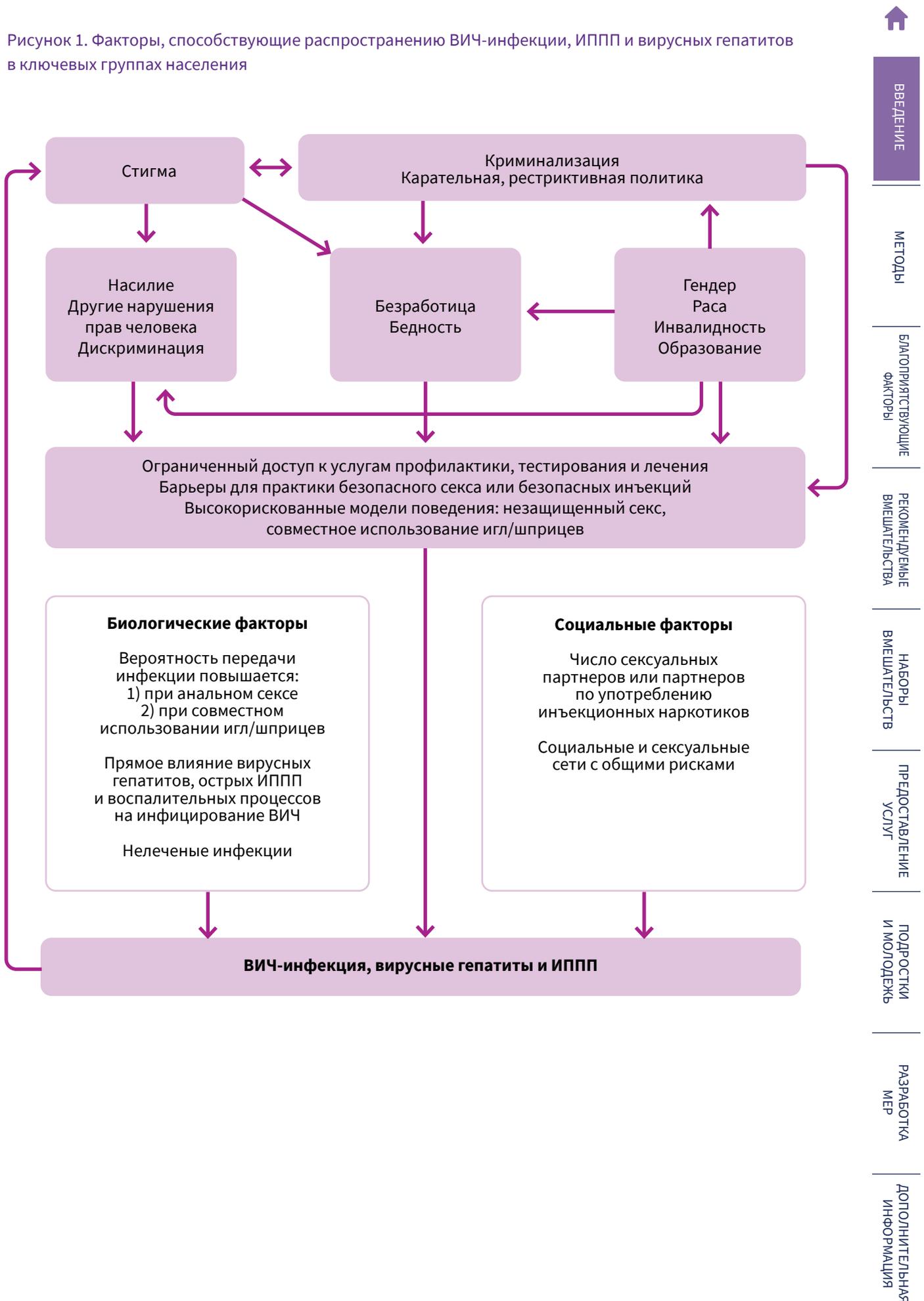
ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ

Рисунок 1. Факторы, способствующие распространению ВИЧ-инфекции, ИППП и вирусных гепатитов в ключевых группах населения





ВИЧ-инфекция, вирусные гепатиты и ИППП в ключевых группах населения: динамика и синдемии

Существует четкое эпидемиологическое обоснование необходимости ориентировать программы по борьбе с ВИЧ, вирусными гепатитами и ИППП на ключевые группы населения. Это положение справедливо для каждого типа инфекций в отдельности, а также в условиях их биологического и социального взаимодействия в форме синдемии.

Как отмечалось выше, все пять ключевых групп населения в непропорционально значительной мере затронуты ВИЧ: почти во всех странах показатели распространенности и частоты возникновения новых случаев ВИЧ-инфекции в этих группах выше, чем среди остального населения. Модели развития эпидемии ВИЧ-инфекции, которые выходят за рамки так называемых «статических» параметров передачи (то есть рассматривают процесс передачи инфекции с течением времени между сетями сообществ, а не просто заболеваемость на определенный момент времени), показывают, что предотвращение новых случаев инфицирования и снижение вирусной нагрузки среди ключевых групп населения, живущих с ВИЧ, оказывает большее влияние на текущую передачу и распространенность, чем приоритетное направление усилий на сообщества с более низким риском, за пределами ключевых групп (8–10). Это означает, что все страны, как с высоким бременем ВИЧ среди всех групп населения, так и те, в которых эпидемия распространяется в основном среди ключевых групп, должны в приоритетном порядке осуществлять эффективные и интенсивные вмешательства, направленные на удовлетворение медико-санитарных потребностей ключевых групп.

Инфекции, вызванные вирусами гепатита В (ВГВ) и С (ВГС), являются причиной значительного глобального бремени болезней и высокой смертности от рака и цирроза печени. ВГВ- и ВГС-инфекции встречаются во всех регионах ВОЗ; бремя ВГС особенно велико в регионе Восточного Средиземноморья и в Европейском регионе, а бремя ВГВ – в регионах Африки и Западной части Тихого океана. Документально подтверждено повышенное бремя ВГС у людей, употребляющих инъекционные наркотики (11), находящихся в местах лишения свободы (12), а также у мужчин, практикующих секс с мужчинами, особенно с мужчинами, живущими с ВИЧ (13). Моделирование показывает, что для достижения целей элиминации гепатита С необходимо обеспечить профилактику, скрининг и лечение ВГС-инфекции в ключевых группах населения (14–17). Повышенные показатели распространенности и бремени ВГВ-инфекции задокументированы во всех ключевых группах населения (18–21). В них также отмечается более высокая частота случаев инфекции, вызываемой вирусом гепатита D; при сравнении с показателями для общего населения такие случаи чаще представляют собой суперинфекцию на фоне ВГВ (22). Среди мужчин, практикующих секс с мужчинами, часто возникают вспышки гепатита А (23).

Инфекции, передаваемые половым путем (при вагинальном, анальном и оральном сексе), наносят значительный ущерб сексуальному и репродуктивному здоровью людей во всем мире. Некоторые ИППП также приводят к тяжелым неблагоприятным исходам беременности и родов, таким как внутриутробная и неонатальная смерть и врожденные аномалии. Многочисленные пандемии ИППП, которым не уделяется должного внимания, являются причинами тяжелого глобального бремени для здоровья и экономики. По оценкам, в 2020 г. во всем мире ежедневно регистрировалось более 1 миллиона случаев излечимых ИППП, в основном вызванных таким возбудителем, как *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Treponema pallidum* (сифилис) и *Trichomonas vaginalis*. До введения в практику вакцинации против вируса папилломы человека (ВПЧ), по оценкам, в каждый момент времени более чем у каждой седьмой женщины имелась ВПЧ-инфекция (24, 25). Типы ВПЧ высокого риска провоцируют развитие рака шейки матки, в том числе с летальным исходом, и являются важными факторами риска развития рака анальной области. По оценкам ВОЗ,

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТНЫЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



в 2016 г. почти 500 миллионов взрослых людей в мире жили с инфекцией, вызванной вирусом простого герпеса (ВПГ) – возбудителем генитального герпеса (26).

Практически везде группы населения, подверженные более высокому риску заражения ИППП, включают секс-работников и их клиентов, мужчин, практикующих секс с мужчинами, трансгендерных и гендерно разнообразных людей (27–32). Растет число свидетельств более высокого риска ИППП среди людей, употребляющих инъекционные наркотики (33). Бремя заболеваемости и смертности, связанных с ИППП, усугубляется в условиях развивающейся устойчивости к широко доступным антибиотикам, что создает риск возникновения случаев гонококковой инфекции, не поддающихся лечению. Эта проблема не нова: быстрый рост резистентности возбудителей к некоторым из оставшихся эффективных препаратов оставляет все меньше возможностей для успешного лечения (34).

Многочисленные эпидемии и другие неблагоприятные воздействия на здоровье людей могут взаимно усиливать друг друга, увеличивая риск и последствия инфицирования. Такие «синдемические» состояния, как правило, развиваются в контексте социального неблагополучия и неравенства и чаще встречаются в маргинализированных, в частности ключевых, группах населения.

Коинфекции ВИЧ с ВГВ и ВГС могут приводить к развитию более тяжелых форм заболеваний и росту смертности. Например, коинфекция ВИЧ с вирусным гепатитом повышает риск ускоренного прогрессирования поражения печени с развитием цирроза, печеночной недостаточности или гепатоцеллюлярной карциномы. Кроме того, коинфекция может приводить к нарушению иммунологических реакций, и такие пациенты подвергаются повышенному риску гепатотоксичности при проведении антиретровирусной терапии (АРТ) (35, 36). Гепатит С и ВИЧ-инфекция широко распространены среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, и в непропорционально высокой степени поражают мужчин, практикующих секс с мужчинами, а также людей, содержащихся в местах лишения свободы и учреждениях закрытого типа (11–13, 37, 38).

ВИЧ-инфицирование происходит с большей вероятностью при наличии другой ИППП и наоборот, что обуславливает часто упускаемые из виду синергии и синдемии. Так, ИППП повышают уровень контагиозности людей, живущих с ВИЧ, которые не проходят лечение, поскольку при этом происходит рост концентрации вируса в половых путях и потенциала для передачи инфекции (39, 40). Генитальный герпес (41, 42) и сифилис (43) почти в три раза повышают риск заражения ВИЧ, а женщины, живущие с ВИЧ, подвергаются высокому риску заражения ВПЧ и примерно в шесть раз чаще заболевают раком шейки матки (44, 45).

Меры реагирования в связи с ВИЧ, вирусными гепатитами и ИППП в ключевых группах населения

Задача 3.3. в рамках Цели 3 в области устойчивого развития сформулирована следующим образом: «К 2030 году положить конец эпидемиям СПИДа, туберкулеза, малярии и тропических болезней, которым не уделяется должного внимания, и обеспечить борьбу с гепатитом, заболеваниями, передаваемыми через воду, и другими инфекционными заболеваниями» (46). С учетом вышеописанных параметров динамики заболеваемости и синдемий эту задачу можно решить только путем приоритетного осуществления эффективных мер профилактики, диагностики и лечения этих инфекций в ключевых группах населения. На [рисунке 2](#) схематически отображена и в последующем тексте детально изложена теория изменений для достижения глобальных целей к 2030 г.

Для надежного обеспечения мер профилактики, диагностики и лечения инфекций ключевым группам населения необходим справедливый доступ к необходимым услугам, предоставляемым в достаточном объеме. Объединенная программа Организации

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

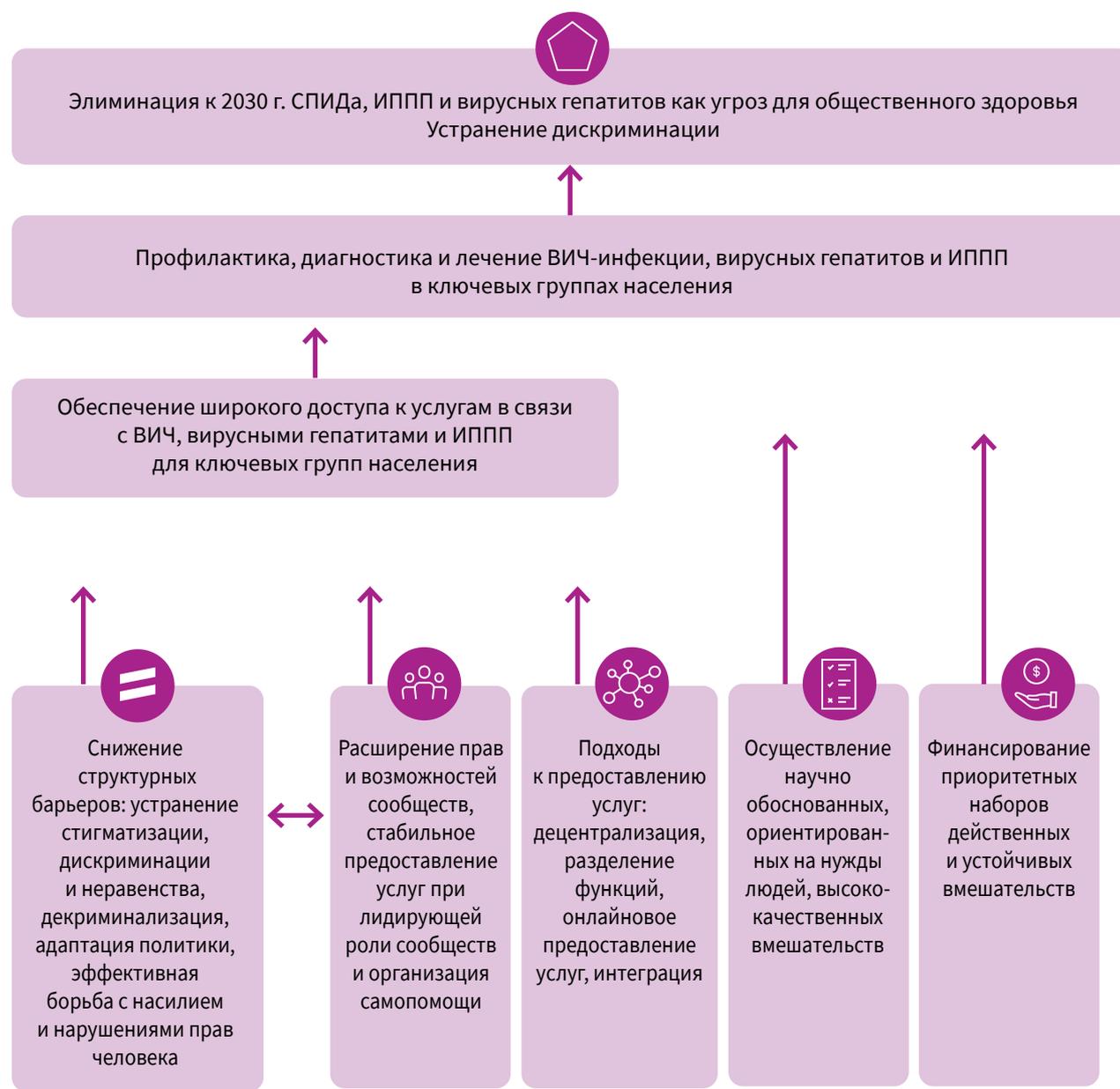
ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ

Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДУ (ЮНЭЙДС) в рамках своей глобальной стратегии по ликвидации СПИДа (45) установила следующие целевые показатели охвата в связи с ВИЧ-инфекцией из расчета на все группы населения для достижения к 2025 г.: 95% людей, подверженных риску инфицирования, используют средства комбинированной профилактики; 95% людей, живущих с ВИЧ, знают свой ВИЧ-статус; 95% людей, живущих с ВИЧ, которые знают свой статус, начинают лечение; 95% людей, проходящих лечение от ВИЧ, достигают вирусной супрессии; 95% женщин имеют доступ к услугам в связи с ВИЧ и к услугам охраны сексуального и репродуктивного здоровья. Глобальные целевые показатели в отношении вирусных гепатитов: к 2030 г. 90% людей, живущих с ВГС- или ВГВ-инфекцией, диагностированы и 80% получают лечение (ВГВ) или излечиваются (ВГС). Целевые показатели в отношении ИППП: к 2030 г. >90% представителей приоритетных групп населения проходят скрининг на гонорею или сифилис и, в случае получения положительного результата, >95% получают лечение. Такие показатели охвата ключевых групп надлежащими услугами достигнуты лишь в немногих странах, что не позволяет справиться с продолжающимися эпидемиями.

Рисунок 2. Теория изменений: борьба с ВИЧ, вирусными гепатитами и ИППП в ключевых группах населения



ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ УСЛУГ

ПОДРОСТКИ И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ



Доступ к услугам для ключевых групп населения в целях оказания эффективного воздействия на ВИЧ, вирусные гепатиты и ИППП можно улучшить только при условии устранения структурных барьеров, таких как стигматизация и дискриминация, криминализация, рестриктивная политика, насилие и другие нарушения прав человека, а также при наличии благоприятной среды (ссылки на примеры вмешательств в отношении благоприятствующих факторов – см. в [главе 4](#)). Женщины, принадлежащие к ключевым группам населения, а также являющиеся партнерами представителей этих групп, подвергаются опасно высокому риску заражения ВИЧ и реже обращаются за помощью в соответствующие службы. В Глобальной стратегии ЮНЭЙДС по ликвидации СПИДа (46) поставлены следующие целевые показатели, связанные со структурными барьерами, для достижения к 2025 г.: менее 10% стран имеют карательные законы и политику, обуславливающие отказ или ограничение доступа к услугам; менее 10% людей подвергаются стигматизации и дискриминации; менее 10% сталкиваются с проявлениями гендерного неравенства и насилия. В этом контексте как для повышения уровней доступа и охвата, так и для поддержки необходимых структурных изменений необходимо расширение прав и возможностей сообществ.

Важнейшее условие прекращения эпидемий – поместить ключевые группы населения в центр внимания систем здравоохранения путем организации услуг, направленных не просто на болезни, а в первую очередь на удовлетворение потребностей людей, а также посредством развития комплексных подходов, ориентированных на пациента, и укрепления связей со службами первичной медико-санитарной помощи. Для расширения доступа к услугам в связи с ВИЧ, вирусными гепатитами и ИППП для ключевых групп населения также необходимо внедрять такие подходы, как делегирование определенных функций здравоохранения самим представителям ключевых групп, децентрализация предоставления услуг на уровень программ, управляемых сообществами, предоставление услуг в режиме онлайн и их интеграция (47).

Успех в области профилактики, диагностики и лечения ИППП, вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции может быть достигнут путем осуществления научно обоснованных вмешательств с учетом индивидуальных потребностей людей. Для этого необходимо иметь четкое представление о том, какие вмешательства на практике обеспечивают нужное воздействие.

Имеется ряд вмешательств по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции, ИППП и вирусных гепатитов в ключевых группах населения, которые дают хороший эффект и позволяют экономить ресурсы (48–51), однако их воздействие не может быть реализовано без адекватного финансового обеспечения. Финансирование должно быть устойчивым, предсказуемым и направленным на поддержку сообществ.

Сфера тематического охвата руководства

В настоящем руководстве описаны меры общественного здравоохранения по борьбе с ВИЧ, вирусными гепатитами и ИППП применительно к пяти ключевым группам населения. Представлены и рассмотрены новые рекомендации, а также собраны в консолидированном виде рекомендации и методические указания из ранее опубликованных руководств ВОЗ.

Кратко охарактеризованы компоненты набора вмешательств для каждой ключевой группы, и освещены вопросы реализации, имеющиеся проблемы и возможности. Также даны методические указания для стран по вопросам расстановки приоритетов в осуществлении наборов вмешательств в целях обеспечения максимального полезного воздействия.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



Цели и задачи

Высокая частота и распространенность случаев ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов и ИППП среди ключевых групп населения, эпидемическая динамика, а также сохраняющиеся дискриминационные барьеры, неравенство и нарушения прав человека заставляют руководителей и исполнителей национальных программ уделять приоритетное внимание осуществлению научно обоснованных медицинских и направленных на благоприятствующие факторы вмешательств применительно к этим группам для достижения глобальных целей сектора здравоохранения в отношении трех вышеуказанных видов инфекций.

Настоящее обновленное руководство для ключевых групп населения призвано решить следующие задачи:

1. Разработать новые рекомендации путем оценки качества фактических данных.
2. Консолидировать новейшие методические указания и рекомендации, касающиеся профилактики, диагностики, лечения и помощи в связи с ВИЧ, вирусными гепатитами и ИППП, применимые к ключевым группам населения.
3. Всемерно содействовать осуществлению научно обоснованных вмешательств в отношении благоприятствующих факторов, направленных на ключевые группы населения.
4. Предложить приоритетные наборы эффективных, полезных и приемлемых для различных ключевых групп услуг здравоохранения в связи с ВИЧ, ИППП и вирусными гепатитами.

Аудитория

Настоящее руководство адресовано в первую очередь менеджерам национальных программ по борьбе с ВИЧ, вирусными гепатитами и ИППП и другим руководителям в министерствах здравоохранения, а также тем, кто отвечает за политику, программы и работу служб здравоохранения в местах лишения свободы. Оно также призвано способствовать достижению целей Глобальной стратегии борьбы со СПИДом – 80% услуг по программам профилактики ВИЧ-инфекции, 30% услуг по тестированию и лечению и 60% программ формирования общественного содействия для ключевых групп населения и женщин должны предоставляться сообществами, возглавляемыми ключевыми группами населения и женщинами, с включением в эти цели также вирусных гепатитов и ИППП. Кроме того, руководство будет полезным для следующих категорий пользователей: менеджеры и руководители на национальном и субнациональном уровнях, ответственные за работу в таких областях, как борьба с туберкулезом (ТБ), охрана сексуального и репродуктивного здоровья, осуществление программ обмена игл и шприцев (ПОШ), поддерживающая терапия агонистами опиоидов (ПТАО), оказание помощи лицам с наркотической зависимостью, охрана здоровья подростков и охрана психического здоровья; представители организаций и программ гражданского общества; органы правосудия, охраны правопорядка и руководства пенитенциарными учреждениями; структуры адвокации, агентства в поддержку развития и финансирующие учреждения.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



Принципы руководства

В основу разработки руководства легли следующие принципы:

Права человека

Принципы прав человека, являющиеся основой для разработки руководства, отражены в ряде международных соглашений (52, 53). Речь идет, в частности, о следующих правах:

- право на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья для всех без какой-либо дискриминации;
- право на беспрепятственный доступ к культурно приемлемым и высококачественным медицинским учреждениям, товарам и услугам, включая лекарства для лечения ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов и ИППП на равной основе и без дискриминации, в частности по признакам пола, гендера, состояния здоровья, инвалидности, гражданства, сексуальной ориентации, гендерной идентичности, расовой и этнической принадлежности, возраста, семейного положения;
- доступ к правосудию и право на справедливое судебное разбирательство;
- свобода от произвольного ареста и задержания;
- свобода от пыток и жестокого, бесчеловечного и унижающего достоинство обращения;
- неприкосновенность частной жизни, физическая автономия, безопасность личности и свобода от насилия;
- право людей, находящихся в местах лишения свободы и учреждениях закрытого типа, на получение медицинской помощи по тем же стандартам, которые обеспечены для общего населения.

Все вышеизложенные положения базируются на основополагающих принципах прав человека, таких как подотчетность, равенство, отсутствие дискриминации, а также участие всех заинтересованных сторон.

Гендерное равенство

Всемерное обеспечение гендерного равенства играет центральную роль в достижении целей профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов и ИППП. Речь идет о необходимости признать и постоянно принимать во внимание тот факт, что неравное распределение прав и обязанностей в интимных отношениях, вредные гендерные нормы, а также дефицит доступных ресурсов и отсутствие контроля над ними оказывают пагубное воздействие на доступ к услугам и взаимодействие со службами здравоохранения.

Справедливость и инклюзивность

Ясные представления о социальных детерминантах здоровья, воздействие на них, а также всемерное продвижение принципов справедливости и инклюзивности имеют ключевое значение для достижения здоровья для всех.

Медицинская этика

Медицинские работники должны оказывать помощь представителям ключевых групп населения с соблюдением принципов медицинской этики, независимо от личных мировоззрений, политики, религии, моральных концепций или субъективных мнений (54).

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



Особенно актуальными являются следующие этические аспекты взаимоотношений между поставщиком услуг и пациентом/клиентом:

- автономия пациента/клиента;
- конфиденциальность;
- информированное согласие;
- добровольное участие в получении услуг здравоохранения.

Большое значение имеют также кодексы поведения и этики, в которых предусмотрено соблюдение таких принципов, как профессионализм, качество, высокие стандарты и приверженность «предоставлению компетентных медицинских услуг в условиях полной профессиональной и моральной независимости, с состраданием и уважением человеческого достоинства» (54).

Всеобщий охват услугами здравоохранения

Всеобщий охват услугами здравоохранения (ВОУЗ) предполагает, что все люди и сообщества получают необходимые им медицинские услуги, не испытывая финансовых лишений.

Речь идет о доступе к полному спектру основных услуг здравоохранения, включая содействие поддержанию и укреплению здоровья, профилактику, лечение, реабилитацию и паллиативную помощь.

Достижение ВОУЗ требует использования многообразных подходов: решающее значение имеют первичная медико-санитарная помощь и принцип охвата на протяжении всей жизни. Подход первичной медико-санитарной помощи сосредоточен на организации и укреплении систем здравоохранения таким образом, чтобы люди имели доступ к услугам для поддержания своего здоровья и благополучия исходя из своих потребностей и предпочтений как можно раньше в условиях повседневной жизни. Применение принципа охвата на протяжении всей жизни предполагает оптимальную заботу о здоровье людей за счет удовлетворения их потребностей и максимального использования возможностей на всех этапах их жизненного пути.

В контексте ВОУЗ в настоящем руководстве используется принцип прогрессивного универсализма, согласно которому в первоочередном порядке оказывают помощь наиболее уязвимым (55).

Научно обоснованное общественное здравоохранение

В настоящее руководство включены только те рекомендации и заявления о надлежащей практике, которые основаны на беспристрастном синтезе фактических данных в соответствии с директивными заключениями независимого коллектива экспертов – Группы по разработке руководства.

Принятие мер при лидирующей роли сообществ ключевых групп населения

В настоящем руководстве поддерживается принцип более широкого вовлечения людей, живущих с ВИЧ (принцип РУЛС) (56), в том числе принадлежащих к ключевым группам населения, а также всемерно продвигается идея реального участия ключевых групп населения в борьбе с ВИЧ, вирусными гепатитами и ИППП.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



Как пользоваться руководством

В данном руководстве собраны воедино рекомендации ВОЗ, касающиеся профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов и ИППП для ключевых групп населения. Большинство этих рекомендаций подробно описаны в других руководящих документах ВОЗ; многие из них были впервые приведены в предшествующих (2014 г. и 2016 г.) изданиях сводного руководства по ключевым группам населения (3, 4). Для простоты изложения в настоящее руководство в большинстве случаев не включены справочные данные, доказательства и процесс принятия решений, относящиеся к конкретным рекомендациям; вместо этого даются ссылки на соответствующие исходные документы, содержащие эту информацию. Некоторые рекомендации были впервые разработаны или обновлены в 2021–2022 гг. в процессе составления настоящего руководства; они отмечены звездочкой, а подробные сведения о доказательствах и принятии решений представлены в главе 9 (см. [Дополнительная информация](#)). Все актуальные рекомендации представлены в главе 4 (см. [Рекомендуемые вмешательства](#)). В главе 5 (см. [Наборы вмешательств](#)) представлены приоритетные наборы в разбивке по ключевым группам населения.

Руководство также включает главы, посвященные предоставлению услуг, вмешательствам в отношении благоприятствующих факторов, соображениям относительно подростков и молодежи в составе ключевых групп, а также принятию решений, планированию и мониторингу принимаемых мер. [Веб-приложения](#) A–D содержат полную информацию о подтверждающих доказательствах для новых и обновленных рекомендаций.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ

ГЛАВА 2

Методы





Общий обзор

Разработка настоящей публикации осуществлялась под руководством Департамента глобальных программ ВОЗ по ВИЧ, гепатиту и ИППП в соответствии с процедурами и стандартами отчетности ВОЗ, изложенными во втором издании (2014 г.) документа WHO Handbook for guideline development [Методическое пособие ВОЗ по разработке руководящих принципов] (57). Приведенные в руководстве рекомендации основаны на применении системы GRADE – оценка обоснованности научных рекомендаций: G [Grading] – классификация, R [Recommendations] – рекомендации, A [Assessment] – оценка, D [Development] – разработка, E [Evaluation] – анализ.

Данный труд представляет собой переработанную и дополненную версию ранее изданной публикации «Сводное руководство по ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения: профилактика, диагностика, лечение и уход», первоначально вышедшей в свет в 2014 г. (3) и затем, в обновленном варианте, в 2016 г. (4). Важно отметить, что в настоящем руководстве объединены ранее опубликованные и новые рекомендации и методические указания ВОЗ в отношении ключевых групп населения, касающиеся не только диагностики, лечения и помощи в связи с ВИЧ-инфекцией, но и профилактики вирусных гепатитов и ИППП.

Авторский коллектив

Руководство составлено специалистами Департамента глобальных программ ВОЗ по ВИЧ, гепатитам и ИППП. В процессе разработки были сформированы пять основных рабочих групп. Их конкретные функции описаны ниже. Персональный состав этих групп и перечни других участников процесса приведены в разделе «Выражение благодарности».

Руководящая группа ВОЗ. Подразделение тестирования, профилактики и населения Департамента глобальных программ по ВИЧ, гепатитам и ИППП возглавляло работу этой группы и выполняло функции секретариата ВОЗ. В состав группы вошли сотрудники ВОЗ из других подразделений данного департамента, а также из следующих департаментов ВОЗ: Психическое здоровье и употребление психоактивных веществ; Сексуальное и репродуктивное здоровье; Туберкулез. Кроме того, в работе группы приняли участие специалисты ВОЗ из двух региональных бюро (Европейского и для стран Африки).

Группа по разработке руководства. Эта группа состояла из 25 членов со сбалансированным представительством географических регионов, гендера и специализации, включая научно-академическую деятельность, реализацию программ и политику, а также членство в организациях и сетях соответствующих сообществ. Так, в Группе по разработке руководства были представлены глобальные сети людей, употребляющих наркотики; секс-работников (женщин, мужчин, трансгендерных и гендерно разнообразных людей); мужчин-геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами; а также трансгендерных и гендерно разнообразных людей. Глобальной сети людей, находящихся в местах лишения свободы, не существует, и поэтому в Группе по разработке руководства эта категория не была представлена. Состав группы был сформирован в координации с Руководящей группой, страновыми офисами и региональными бюро ВОЗ. Группа отвечала за формулирование новых и обновленных рекомендаций ВОЗ. Полный набор и резюме деклараций интересов членов Группы по разработке руководства представлены в [Веб-приложении А](#).

Группа внешних рецензентов Данная группа была сформирована с соблюдением географического и гендерного баланса. В ее состав вошли 20 рецензентов, представляющих академические структуры, сферу политики, исследований и осуществления программ, учреждения ООН, а также общественные организации и сети, включая сети ключевых групп населения и организации гражданского общества и НПО, работающие в местах лишения свободы.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ

Внешние соавторы, работавшие под руководством специалиста по методологии.

Было составлено семь систематических обзоров силами трех независимых групп экспертов под руководством специалиста по методологии и при участии членов Руководящей группы ВОЗ и ответственных технических специалистов. Качественные исследования по вопросам ценностей и предпочтений ключевых групп населения были проведены членами глобальных сетей людей, употребляющих инъекционные наркотики, секс-работников, мужчин, практикующих секс с мужчинами, а также трансгендерных и гендерно разнообразных людей. Группы составителей систематических обзоров также осуществили систематизацию и суммирование дополнительных данных относительно осуществимости вмешательств, ценностей и предпочтений, а также ресурсоэффективности. Группа по разработке руководства вместе с техническими специалистами ВОЗ в тесном сотрудничестве со специалистами по методологии провела оценку фактических данных с использованием системы GRADE.

Внешние партнеры и наблюдатели. В совещании Группы по разработке руководства в качестве наблюдателей приняли участие представители следующих структур: Агентство Соединенных Штатов по международному развитию (ЮСАИД), Центры по контролю и профилактике заболеваний (ЦКЗ), Глобальный фонд, Фонд Билла и Мелинды Гейтс, Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДУ (ЮНЭЙДС), Программа развития Организации Объединенных Наций (ПРООН), Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА), Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (УНП ООН), Всемирный альянс по борьбе с гепатитами, Инициатива Клинтон по обеспечению доступа к услугам здравоохранения (СНАИ), Всемирная профессиональная ассоциация по охране трансгендерного здоровья (WPATH). Все эти организации имеют долгую историю сотрудничества с Глобальными программами ВОЗ по ВИЧ, гепатиту и ИППП и являются потенциальными донорами и активными участниками внедрения в жизнь положений предлагаемого руководства.

Конкурирующие интересы

Все внешние участники разработки руководства, включая членов Группы по разработке руководства и Группы внешних рецензентов, заполнили установленную ВОЗ форму декларации интересов. Приложены все усилия для сведения к минимуму любого потенциального влияния конфликта интересов. С учетом заявленных интересов была индивидуально оценена возможность участия в проекте. Все заполненные формы деклараций интересов хранятся в электронном файле в Департаменте глобальных программ ВОЗ по ВИЧ, гепатиту и ИППП в течение 10 лет.

Чтобы оценить конкурирующие интересы членов Группы по разработке руководства, ответственные технические сотрудники ВОЗ проанализировали поданные декларации и автобиографические справки и выполнили поиск в Google. Предлагаемый список членов был размещен для общественного ознакомления и комментирования за 14 дней до совещания по вопросам разработки руководства. По каждому заявленному конфликту интересов был согласован план урегулирования. Был выявлен один потенциальный конфликт в одной из тематических областей, связанный с получением средств, который был сочтен существенным. Группа ВОЗ решила, что этот специалист сможет работать в группе, но без участия в обсуждениях по принятию решений и в формулировании рекомендации, касающейся лечения гепатита С (см. [Веб-приложение А](#)).



Определение тематического охвата руководства

Настоящий документ представляет собой переработанную версию ранее изданной публикации Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations, 2016 update [Сводное руководство по профилактике, диагностике, лечению и помощи в связи с ВИЧ для ключевых групп населения, обновление 2016 г.] (4). В соответствии с принципами всеобщего охвата услугами здравоохранения и медицинской помощи, ориентированной на нужды людей, а также с учетом необходимости усилить воздействие на общественное здоровье были определены следующие области для совершенствования предшествующей версии руководства:

- 1) включение и консолидация соответствующих рекомендаций, касающихся вирусных гепатитов и ИППП применительно к ключевым группам населения;
- 2) предоставление странам рекомендаций по приоритетным наборам медицинских вмешательств для каждой ключевой группы;
- 3) акцентирование центрального значения важнейших благоприятствующих факторов применительно к обеспечению ВОУЗ для ключевых групп населения.

В рамках первоначального определения сферы охвата обновленного руководства специалисты ВОЗ рассмотрели все рекомендации по вмешательствам в области здравоохранения, включенные в издания руководства от 2014 и 2016 гг., поставив следующие задачи: 1) наметить пути повышения четкости формулировок, легкости восприятия соответствующих положений и их внедрения в практику; 2) выделить рекомендации, которые требуют обновления; 3) определить, где необходимы новые рекомендации. Технические специалисты NNS/TPP оценили все 146 рекомендаций из изданий руководства для ключевых групп населения 2014 и 2016 гг., распределив их по следующим категориям предлагаемых действий:

Исключить: рекомендация заменена на другую и утратила актуальность. Обзор доказательств не требуется, и рекомендацию удаляют или полностью («исключить – не актуальна»), ИЛИ только из таблицы рекомендаций, поскольку соответствующее «соображение» может быть приведено в описательной части или в самостоятельном разделе структурных вмешательств («удалить – переместить в описательную часть или в структурные вмешательства»).

Подтвердить: рекомендация четко обоснована и вряд ли встретит возражения. Обзор доказательств и процесс принятия решений не требуются; рекомендацию сохраняют в прежней формулировке.

Редактировать: доказательства и смысл рекомендации не меняются, однако формулировка нуждается в редактировании для повышения ясности.

Обновить: требуется новое проведение синтеза фактических данных; тематика и результаты нового синтеза подлежат рассмотрению на уровне Группы по разработке руководства с использованием в полном объеме процедуры «от доказательств к решениям», ИЛИ в период после 2016 г. рекомендация была обновлена силами другой группы или департамента ВОЗ.

Дать новую рекомендацию: необходимо охватить новую тему, подгруппу населения или вмешательство. Требуется новое проведение синтеза фактических данных, Группа по разработке руководства должна выполнить в полном объеме процедуру «от доказательств к решениям».

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ

По завершении этой работы была организована консультация с участием представителей сообществ и экспертов. Консультация была направлена на решение следующих задач:

1) предоставить обновленную информацию о процессе подготовки сводного руководства для ключевых групп населения, включая планируемые календарные сроки выполнения работы; 2) обсудить изменения в формате и структуре руководства; 3) получить обратную связь по предлагаемым рекомендациям, подлежащим обновлению, и новым областям для будущих рекомендаций; 4) повысить уровень вовлеченности сообществ и прозрачности процессов. В консультации приняли участие представители ключевых групп населения, подростки и молодежь, доноры, технические партнеры, исполнители, сотрудники национальных программ и учреждений ООН. Консультация также включала в себя проведение заключительного опроса. Участники, в целом, согласились с предложенной структурой руководства, предусматривающей отдельные меры для каждой ключевой группы населения, включение ИППП и вирусных гепатитов, а также описание приоритетных наборов медицинских вмешательств.

Ценности и предпочтения людей, входящих в ключевые группы

По поручению ВОЗ было проведено качественное исследование по следующей проблематике: ценности и предпочтения ключевых групп населения в связи с новыми и обновленными рекомендациями, рассматриваемыми Группой по разработке руководства; общие приоритеты ключевых групп в вопросах здоровья и их предпочтения относительно получения услуг здравоохранения; воздействие структурных барьеров. К сожалению, в это исследование не удалось включить людей, находящихся в местах лишения свободы, из-за отсутствия соответствующих сетей и организационных трудностей.

Силами таких организаций, как Глобальные действия за транс-равенство (GATE), Международная сеть людей, употребляющих наркотики (INPUD), Глобальные действия за здоровье и права мужчин-геев (MPACT) и Глобальная сеть проектов в помощь секс-работникам (NSWP), после утверждения протокола Комитета ВОЗ по этике научных исследований, было проведено в общей сложности 61 индивидуальное полуструктурированное интервью и 32 межстрановых обсуждения в фокус-группах. Глобальные сети ключевых групп населения отбирали участников через свои региональные и страновые сети для участия в интервью и фокус-группах, уделяя внимание сбалансированному представительству по регионам, гендеру, возрасту и ВИЧ-статусу. Все интервью и фокус-группы были организованы виртуально через защищенные коммуникационные платформы. Интервью проводились на английском, испанском, русском или французском языках, в зависимости от обстоятельств. Консультанты NSWP дополнительно провели три интервью на тайском, хинди и непальском языках с использованием переводчиков из числа членов сообщества.

Сбор данных осуществлялся силами общественных экспертов, привлеченных глобальными сетями ключевых групп в качестве консультантов. Ответы участников были задокументированы в электронном виде и, где это было возможно, в виде стенограммы с соблюдением требований защищенности и анонимности личных данных. Затем ответы были сопоставлены и индексированы с использованием индуктивного тематического анализа на основе модели, разработанной сетями ключевых групп. Руководители исследовательских групп составили резюме данных по каждому из проведенных исследований. На основе этих материалов, включенных в совместный проект и проанализированных, был подготовлен сводный отчет по ключевым группам населения (полный отчет приведен [в Веб-приложении В](#)).



Разработка приоритетных наборов

В настоящем обновленном руководстве даются рекомендации для руководителей национальных программ, доноров и правозащитников о том, как расставить приоритеты в различных наборах медицинских вмешательств, чтобы оказать наибольшее воздействие на ВИЧ, вирусные гепатиты и ИППП, а также обеспечить всеобщий охват в целях решения других проблем здравоохранения для ключевых групп населения.

Все вмешательства, включенные в настоящее руководство, на основе первичной оценки были распределены по следующим категориям применительно к каждой ключевой группе:

1. **Важнейшие для обеспечения полезного эффекта: вмешательства в отношении благоприятствующих факторов**

Все вмешательства, рекомендованные в целях снижения структурных барьеров для доступа ключевых групп населения к услугам здравоохранения.

2. **Важнейшие для обеспечения полезного эффекта: медицинские вмешательства**

Вмешательства, осуществляемые силами сектора здравоохранения, которые оказывают продемонстрированное прямое воздействие на ВИЧ, вирусные гепатиты и ИППП в ключевых группах населения.

3. **Важнейшие для обеспечения медико-санитарного эффекта в более широком плане**

Вмешательства, осуществляемые силами сектора здравоохранения, которыми должны быть охвачены ключевые группы населения, но которые не оказывают прямого воздействия на ВИЧ, вирусный гепатит или ИППП.

4. **Вспомогательные**

Вмешательства, осуществляемые силами сектора здравоохранения, которые поддерживают осуществление других мер, например направленные на формирование спроса, предоставление информации и проведение образовательных мероприятий.

Планы распространения и обновления

Руководство будет обновляться полностью или частично с учетом имеющихся фактических данных и опыта внедрения в странах, регулярный обзор которых даст обоснование необходимости в новых руководящих указаниях. По мере изменения базы фактических данных или потребностей пользователей будет рассматриваться целесообразность подготовки технических обновлений по конкретным темам.

Руководство будет размещено на веб-сайте Глобальных программ ВОЗ по ВИЧ, гепатиту и ИППП; по запросу можно будет получить печатные экземпляры. Распространению руководства будут способствовать публикация отдельных систематических обзоров и фактических данных в рецензируемых журналах, кратких аналитических обзорах, ссылки в веб-приложениях и приложениях для мобильных телефонов.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОБНОСТИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ

ГЛАВА 3

Ключевые благоприятствующие факторы





Введение

Распространению эпидемий ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов и ИППП, особенно среди ключевых групп населения, по-прежнему способствует негативное воздействие следующих факторов: законы и политика, криминализирующие секс-работу, употребление или хранение наркотиков, а также различные формы гендерного самовыражения и сексуальности; стигматизация и дискриминация, в частности по гендерному признаку; насилие; недостаток прав и возможностей сообществ и другие нарушения прав человека. Эти социоструктурные факторы сокращают доступ к услугам здравоохранения, ограничивают пути предоставления этих услуг и снижают их эффективность.

Используемый в настоящем руководстве термин «важнейшие благоприятствующие факторы» [critical enablers]² означает стратегии, мероприятия и подходы, направленные на повышение доступности, приемлемости, уровня использования, справедливого охвата, эффективности и действенности услуг по борьбе с ВИЧ, вирусными гепатитами и ИППП. Эти факторы действуют на многих уровнях – индивидуальном, общинном, институциональном, социальном и национальном, региональном и глобальном. Они имеют решающее значение в разработке стратегий и осуществлении комплексных программ и услуг по борьбе с ВИЧ, вирусными гепатитами и ИППП для ключевых групп населения во всех эпидемических контекстах.

Сектор здравоохранения призван сыграть значимую роль, но для успешного использования важнейших благоприятствующих факторов требуется сотрудничество между различными секторами, такими как здравоохранение, правосудие, жилищное и социальное обеспечение, образование и трудоустройство. Это также требует участия многочисленных партнеров из органов государственного управления, гражданского общества, религиозных институтов и частного сектора. Решающее значение имеет полное и продуктивное участие организаций, управляемых сообществами.

Специальные соображения для подростков и молодежи

Описанные в настоящей главе барьеры и важнейшие благоприятствующие факторы применимы как ко взрослым, так и к подросткам в составе ключевых групп населения. Однако у подростков эти воздействия могут проявляться более резко на фоне свойственного этому возрасту ускоренного физического и психического развития, а также по причине комплексной психосоциальной, семейной и социальной, образовательной и экономической уязвимости. Кроме того, подростки из ключевых групп населения сталкиваются с социально-структурными барьерами для доступа к услугам, в частности обусловленными правилами и законодательством в отношении возраста согласия. Дети в составе ключевых групп населения могут подвергаться стигматизации и дискриминации и, следовательно, сталкиваться с аналогичными трудностями в доступе к услугам. Медицинские работники могут быть привлечены к ответственности за предоставление услуг подросткам без согласия родителей/опекунов, что еще в большей степени ограничивает доступ к услугам.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ

² В Глобальной стратегии по СПИДу на 2021–2026 гг. эти факторы обозначаются как «механизмы общественного содействия» [societal enablers] (46).



Опыт, ценности и предпочтения ключевых групп населения, связанные со структурными барьерами и важнейшими благоприятствующими факторами

По результатам качественного исследования, проведенного силами глобальных сетей ключевых групп населения в рамках разработки настоящего руководства (детальный отчет приведен в [Веб-приложении В](#)), респонденты из всех ключевых групп сообщили о криминализации, стигматизации и дискриминации как о постоянных препятствиях для доступа к услугам здравоохранения и продолжения лечения, а также как о движущих факторах сохранения уязвимости, нарушений прав человека и низких показателей здоровья. Участники из сети трансгендерных и гендерно разнообразных людей дополнительно подчеркнули структурные барьеры на пути правовой легализации гендерной принадлежности.

Криминализация употребления или хранения наркотиков, секс-работы, однополых отношений и гендерного самовыражения удерживает представителей ключевых групп населения от доступа к услугам из-за опасений правовых последствий. Было также отмечено, что криминализация создает непреодолимые препятствия для выделения государственных средств на финансирование программ охраны здоровья, управляемых ключевыми группами и базирующихся на соблюдении прав человека. Участники качественного исследования дополнительно отметили, что факты наличия презервативов и принадлежностей для инъекций, используемые правоохранительными органами в качестве доказательства секс-бизнеса и употребления или хранения наркотиков, еще в большей степени мешают применению научно обоснованных средств профилактики.

Стигматизация и дискриминация, усугубляемые криминализацией, также остаются серьезным препятствием для доступа ключевых групп населения к необходимым услугам и продолжения лечения. Участники, представляющие ключевые группы населения, подчеркнули широко распространенную проблему стигматизации и дискриминации со стороны медицинских работников, включая осуждающее отношение, нарушения конфиденциальности, отказ в лечении, насилие и другие злоупотребления – даже в условиях, когда закон защищает представителей таких групп.

Чтобы улучшить систематический доступ ключевых групп населения к услугам по борьбе с ВИЧ, ИППП и вирусными гепатитами, защитить их здоровье и права, участники подчеркнули необходимость реформирования законодательства и политики, принятия ответных мер под руководством сообществ, расширения прав и возможностей и наращивания потенциала сообществ, а также осуществления инициатив по борьбе с насилием.

Расширение прав и возможностей сообществ было подчеркнуто во всех сетях ключевых групп, участвующих в проекте качественного исследования. Участники обсудили важность мер, принимаемых сообществами ключевых групп, таких как аутрич-работа и другие услуги по принципу «равные с равными», повышение осведомленности, адвокация, создание центров поддержки (пунктов доверия), наращивание потенциала и мобилизация ресурсов для стабильного осуществления программ, руководимых сообществами. Эти инициативы рассматривались как средство улучшения доступа к услугам, а также как важнейшая мера для устранения структурных барьеров, подрывающих здоровье и соблюдение прав человека применительно к ключевым группам населения.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДДЕРЖКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



Участники отметили важность повышения осведомленности медицинского персонала, правоохранительных органов, работников НПО и общества в более широком плане. Проведение учебных мероприятий по повышению осведомленности, проводимых при лидирующей роли ключевых групп населения, было воспринято как эффективная мера, направленная на снижение стигматизации и дискриминации и повышение уровня приемлемости услуг здравоохранения. Участники также рекомендовали в качестве вмешательств в отношении благоприятствующих факторов принятие мер по борьбе с насилием.

Участники сочли, что, поскольку насилие может быть распространенным явлением (в основном из-за последствий криминализации), требующим системных решений, мероприятия по предотвращению насилия необходимо включать на постоянной основе в общий подход к оздоровлению, согласно которому охрана здоровья – это гораздо больше, чем «просто набор вмешательств». В этом контексте они подчеркнули, что службы оказания помощи должны уделять повышенное внимание вопросам активного привлечения людей и предоставлять им больше прав и возможностей для заботы о собственном здоровье.

Наконец, все сети ключевых групп отметили решающую роль финансирования в реализации инициатив, руководимых сообществами, указав на сохраняющуюся необходимость приоритетного финансирования таких инициатив с учетом имеющегося серьезного дефицита средств и подчеркнув важность достижения целевых показателей Глобальной стратегии по СПИДу: 80% услуг по программам профилактики ВИЧ-инфекции, 30% услуг по тестированию и лечению и 60% программ формирования общественного содействия для ключевых групп населения должны осуществляться силами организаций, управляемых сообществами.

Основные вмешательства для обеспечения полезного эффекта: важнейшие благоприятствующие факторы

В настоящей главе описан ряд структурных барьеров, которые препятствуют доступу к услугам здравоохранения для ключевых групп населения, и определены важнейшие факторы, способствующие преодолению этих барьеров. Приведены рекомендации по эффективной практике, которые основаны на положениях Сводного руководства ВОЗ для ключевых групп населения 2014/2016 гг. (3, 4), со ссылками на новые опубликованные источники данных (при наличии). Хотя эти барьеры и факторы, способствующие их преодолению, взаимосвязаны, мы попытаемся обсудить каждый из них в отдельности.

Барьеры в сфере законодательства и политики и факторы, способствующие их преодолению

В отношении людей, входящих в ключевые группы населения, должны полностью соблюдаться все права человека, провозглашенные в соответствующих международных документах. Речь идет, в частности, о следующих правах: на равное пользование правами и недискриминацию; на личную безопасность и неприкосновенность частной жизни; на признание и равенство перед законом; на справедливое судебное разбирательство; на наивысший достижимый уровень психического и физического здоровья; на образование; на занятость и справедливые и благоприятные условия труда; на свободу передвижения; на свободу мирных собраний и ассоциаций; на свободу от произвольных арестов и задержаний; на свободу от жестокого и бесчеловечного обращения; на защиту от насилия. Государства обязаны обеспечивать, чтобы вышеперечисленные права соблюдались без дискриминации по признаку расы, национальности, пола, возраста, религии, сексуальности, гендерной идентичности, состояния здоровья, инвалидности, семейного положения или иного статуса (58–61).

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



В большинстве стран действуют законы, нормативные акты или правила, которые препятствуют эффективному предоставлению ключевым группам населения услуг в связи с ВИЧ, вирусными гепатитами, ИППП и других услуг здравоохранения. К таким препятствиям, в частности, относится криминализация секс-работы, употребления и хранения наркотиков, гендерной идентичности или самовыражения, а также однополых сексуальных отношений. В ряде стран гендерная идентичность фактически криминализируется путем введения уголовной ответственности за переодевание или выдачу себя за представителя противоположного пола. Для трансгендерных и гендерно разнообразных людей отсутствие юридического признания гендерной принадлежности является ключевым препятствием для доступа к медицинским услугам и их стабильного использования в дополнение к полной реализации других прав и свобод, в том числе касающихся передвижения, жилья, образования и занятости. Это еще больше изолирует трансгендерных людей и повышает их уязвимость. Во многих странах подростки, не достигшие 18 лет, считаются несовершеннолетними и, следовательно, должны иметь согласие взрослого законного попечителя на получение медицинской помощи. Другие препятствия связаны с рестриктивными или карательными законами и правилами, такими как криминализация владения иглами/шприцами, что ограничивает возможности ПОШ, а также использование владения презервативами в качестве доказательства секс-работы и основания для ареста (62). Вредные практики включают принудительные анальные осмотры, которые используются для расследования или наказания за подозреваемые однополые сексуальные отношения между мужчинами или трансгендерными женщинами по обоюдному согласию (63).

Эти правовые барьеры оказывают объективно измеримое пагубное воздействие на здоровье представителей ключевых групп населения, что подтверждается моделированием и другими исследованиями (64–75). Например, по данным систематического обзора, выявлена связь между арестом и ВИЧ-инфекцией среди людей, употребляющих инъекционные наркотики (65); в тех странах Африки к югу от Сахары, где криминализован секс-бизнес, вероятность наличия ВИЧ-инфекции у секс-работников в 7,2 раза выше по сравнению со странами этого же региона, где секс-бизнес частично легализован (69); репрессивная политика в отношении секс-работников коррелирует с повышенным риском ВИЧ-инфекции и других ИППП (соотношение шансов – 1,87); секс-работники, подвергающиеся репрессивным мерам, в три раза чаще становятся жертвами физического или сексуального насилия (76). Было неоднократно показано, что криминализация клиентов секс-работников негативно сказывается на безопасности и здоровье последних, провоцируя сокращение доступа к презервативам и их использования, а также повышение уровня насилия (69, 77). Исследования демонстрируют негативное влияние криминализации однополых сексуальных отношений на распространенность ВИЧ и доступ к услугам профилактики, диагностики и лечения в связи с этой инфекцией (78, 79).

Для трансгендерных и гендерно разнообразных людей юридическое признание предпочитаемой гендерной принадлежности и нового имени может иметь важное значение для сокращения стигматизации, дискриминации и для повышения уровня осведомленности о гендерных различиях. Такое признание со стороны служб здравоохранения может способствовать улучшению доступа, использования и предоставления услуг в связи с ВИЧ (80). Кроме того, это, по всей вероятности, позволит улучшить здоровье и повысить уровень благополучия трансгендерных и гендерно разнообразных людей (81). Юридическое признание должно сопровождаться обучением, разъяснением, просвещением и контролем за соблюдением принятых правовых норм.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



Правовые реформы, такие как декриминализация употребления и хранения наркотиков, секс-бизнеса и однополых сексуальных отношений, юридическое признание трансгендерного или гендерно разнообразного статуса, снижение возраста самостоятельного согласия на доступ к медицинским услугам, а также возможность исключений из стандартной политики в отношении возраста согласия (например, для социально взрослых несовершеннолетних), являются важнейшими факторами, которые могут изменить среду для ключевых групп населения с враждебной на благоприятную. Без проведения защитной политики и декриминализации употребления или хранения наркотиков, различных форм гендерной идентичности и сексуальности, а также секс-бизнеса барьеры для доступа к основным медицинским услугам сохранятся; многие представители ключевых групп населения будут по-прежнему опасаться, что обращение за медицинской помощью подвергнет их угрозе неблагоприятных правовых последствий. Таким правовым реформам следует уделять особое внимание в рамках любого пересмотра политики или программ для ключевых групп.

Карательные законы и политика в отношении ключевых групп населения также препятствуют их доступу к правосудию и юридическим услугам. Необходимы правила и процедуры, пользуясь которыми, представители ключевых групп населения могли бы сообщать о нарушениях своих прав, например о дискриминации, насилии и других преступлениях на базе гендера, злоупотреблениях со стороны полиции, нарушении принципа информированного согласия и врачебной тайны, отказа в предоставлении медицинских услуг. Наличие альтернативных каналов для подачи жалоб, помимо обращения в полицию, будет способствовать раскрытию фактов нарушений прав человека. Например, представители ключевых групп населения могут пройти учебную подготовку в качестве консультантов по юридическим вопросам, а организации, возглавляемые ключевыми группами населения или работающие с ними, могут выступать в качестве посредников в подаче жалоб (62, 82).

На правоохранительные органы возложена обязанность обеспечивать, чтобы ключевые группы населения пользовались равной защитой в соответствии с законом и чтобы по отношению к ним не нарушались права. Сотрудники правоохранительных органов должны проходить систематическую подготовку по вопросам о том, как поддерживать доступ ключевых групп населения к основным медицинским услугам или, по крайней мере, не создавать препятствия для такого доступа. Речь может идти об отказе от применения следующих мер: полицейский надзор за лицами, обращающимися за услугами ПТАО, ПОШ и в учреждения по лечению наркозависимости, или задержание таких лиц; конфискация лекарственных препаратов для лечения наркозависимости; использование наличия стерильных игл или презервативов в качестве обоснования взятия под стражу. Внедрение систем стимулирования надлежащей правоохранительной практики и создание безопасных каналов для подачи сообщений о нарушениях прав человека помогут обеспечить, чтобы полиция защищала как общественное здоровье, так и права человека для всех людей (62).

Ниже перечислены общие рекомендации, касающиеся вмешательств в отношении благоприятствующих факторов, направленных на устранение барьеров в сфере законодательства и проводимой политики. Подробные сведения изложены в главе [Рекомендуемые вмешательства](#).

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОБНОСТИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



Общие заявления о передовой практике и руководящие указания: отмена карательных законов, политики и практики

Существующее заявление о надлежащей практике (адаптировано)³	Страны должны работать в направлении декриминализации употребления наркотиков (в том числе инъекционных) или их хранения, секс-работы, гомосексуальных отношений и неконформных проявлений гендерной идентичности, а также в направлении элиминации несправедливого применения гражданских законов и норм против людей, употребляющих наркотики (в том числе инъекционные), секс-работников, мужчин, практикующих секс с мужчинами, трансгендерных и гендерно разнообразных людей (4, 46, 80, 83–86).
Существующее руководящее указание	Законы, правовая политика и практика должны быть пересмотрены, при необходимости с изменением формулировок, силами директивных органов и руководителей на государственном уровне при значимом участии представителей ключевых групп населения, в целях обеспечения и поддержки расширенного доступа этих групп к необходимым услугам (4, 80, 84, 85).

Стигматизация и дискриминация

Стигма – это различие, которое служит уничижительным клеймом, социальным ярлыком. Стигматизация может приводить к дискриминации, а именно: к несправедливым действиям по отношению к отдельному лицу или группе лиц на основе реального или субъективно воспринимаемого статуса или атрибутов, патологического состояния, социально-экономического статуса, занятости, употребления наркотиков, гендера, расы, сексуальной идентичности, возраста или других предполагаемых различий или характеристик; целью или результатом таких действий является нарушение или полный отказ от соблюдения всех прав человека и фундаментальных свобод для таких лиц или групп населения на равных правах с другими (62).

Люди из ключевых групп населения часто подвергаются стигматизации, дискриминации и негативному отношению в связи с их поведением, сексуальной ориентацией, гендерной идентичностью или вовлеченностью в секс-бизнес, и вдвойне, если они также живут с ВИЧ, вирусными гепатитами или ИППП. Во многих медицинских учреждениях и при контактах с правоохранительными органами представители ключевых групп также нередко сталкиваются с пересекающимися формами дискриминации по таким признакам, как возраст, пол, раса или этническая принадлежность, состояние физического или психического здоровья, наличие инвалидности, гражданство, статус мигранта или просителя убежища, наличие судимости. По всей видимости, эта ситуация негласно поддерживается, о чем свидетельствует отсутствие национальных законов и политики, защищающих ключевые группы населения от дискриминации, а также осуществление карательной и рестриктивной политики.

³ В публикации ВОЗ от 2014 г. «Сводное руководство по ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения: профилактика, диагностика, лечение и уход» это заявление было сформулировано следующим образом: «Страны должны работать в направлении декриминализации таких форм поведения, как употребление наркотиков (в том числе инъекционных), секс-работа, гомосексуальные отношения и нестандартные проявления гендерной идентичности, а также ликвидации несправедливого применения гражданских законов и норм в отношении людей, употребляющих наркотики (в том числе инъекционные), работников коммерческого секса, мужчин, которые практикуют секс с мужчинами, а также трансгендерных и гендерно разнообразных людей» (3).

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



В секторе здравоохранения стигматизация и дискриминация могут принимать различные формы на индивидуальном и системном уровнях. Отсутствие профессиональной подготовки и образовательных программ для повышения осведомленности работников здравоохранения о потребностях, проблемах здравоохранения и основанных на правах человека стратегиях и вмешательствах в интересах ключевых групп населения способствует маргинализации последних. Это лишает поставщиков медицинских услуг возможности удовлетворять потребности в медицинской помощи и закрепляет стигматизирующую и дискриминационную практику, вплоть до отказа в предоставлении услуг. Медицинские работники могут проявлять предвзятость по отношению к определенным людям, но порой и сами сталкиваются с дискриминацией при работе с ключевыми группами населения (86).

Стигматизация и дискриминация в отношении ключевых групп населения могут приводить к таким негативным последствиям, как запоздалое тестирование и пропущенный диагноз, низкий уровень соблюдения пациентами предписанного лечения и его низкая эффективность, сокрытие состояния здоровья и, в целом, низкий уровень использования услуг здравоохранения (62, 88–103).

Предложено множество вмешательств, направленных на снижение стигматизации и дискриминации в медицинских учреждениях, с положительным эффектом, продемонстрированным в ряде рандомизированных контролируемых и обсервационных исследований (93, 104–115). Однако по причине неоднородного характера таких вмешательств и измеряемых показателей проведение метаанализа часто невозможно, а систематические обзоры не дают четкого указания на то, какие вмешательства являются наиболее эффективными (87, 116–118). Вместо этого полезно рассмотреть ряд мер, которые могут быть направлены на различные аспекты стигматизации и дискриминации, перечисленные ниже (62, 116).

Типы вмешательств	Описание
Информирование	Предоставление информации о здоровье и стигматизации, связанной со здоровьем.
Формирование навыков	Проведение разъяснительной работы или других мероприятий по формированию соответствующих профессиональных навыков для медицинских работников, сотрудников правоохранительных органов и др.
Консультирование и поддержка	Вспомогательные услуги для представителей ключевых групп населения.
Контакты с ключевыми группами населения	Налаживание взаимодействия представителей ключевых групп населения с медицинскими работниками, сотрудниками правоохранительных органов и др.
Структурные вмешательства	Внедрение в жизнь политики и кодексов поведения, направленных против стигматизации и дискриминации в сочетании с мониторингом и надзором, а также с предоставлением ключевым группам возможности сообщать о проявлениях дискриминации, включая создание механизмов возмещения ущерба и подотчетности.
Биомедицинские вмешательства	Обеспечение ВОУЗ применительно к ключевым группам населения с предоставлением им профессиональных, недискриминационных услуг медицинской помощи, в том числе в связи с ВИЧ-инфекцией, вирусными гепатитами и ИППП.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ УСЛУГ

ПОДРОСТКИ И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ



Ниже перечислены вмешательства, способствующие устранению барьеров, связанных со стигматизацией и дискриминацией.

Общие заявления о передовой практике и руководящие указания: стигматизация и дискриминация

Существующее заявление о передовой практике Страна́м следует предпринимать действия, направленные на внедрение и контроль за соблюдением антидискриминационных и защитных законов, основанных на стандартах в области прав человека, для устранения стигматизации, дискриминации и насилия в отношении представителей ключевых групп населения (4).

Существующее заявление о передовой практике Представителям директивных органов, парламентариям и лидерам общественного здравоохранения следует сотрудничать с организациями гражданского общества в их усилиях по мониторингу стигматизации и противодействию дискриминации в отношении ключевых групп населения, а также по отмене карательных законов и изменению социальных норм (4, 80, 82, 84–86, 119, 120).

Существующее руководящее указание Для людей в ключевых группах населения должно быть обеспечено наличие доступных и приемлемых услуг здравоохранения, предоставляемых на основе принципов медицинской этики, устранения стигматизации и дискриминации и соблюдения права на здоровье (4, 80, 82, 84–86, 119–121).

Расширение прав и возможностей сообществ

Ключевые группы населения нередко полностью или в значительной степени лишены возможности влиять на факторы риска ВИЧ, ИППП и вирусных гепатитов, обусловленные правовой, политической, социальной и программной средой, а также условиями их жизни. Эти ограничения могут мешать людям контролировать свое здоровье и благополучие, а также повышают риск заражения вышеперечисленными инфекциями. Отсутствие контроля усугубляется, если люди не знают о доступных медицинских услугах, о своих юридических и других правах, в частности о праве на здоровье, и о том, как поступать, если эти права нарушаются. Лишь немногие подростки и представители молодежи из ключевых групп населения получают адекватную информацию и образование по вопросам сексуальной жизни. Вместо этого они получают негативные, критические, противоречивые или сбивающие с толку сообщения о гендере, употреблении наркотиков, нежелательной беременности и ИППП, включая ВИЧ-инфекцию (122).

Расширение прав и возможностей – это процесс, посредством которого люди, обладающие недостаточными властными полномочиями, совместными усилиями стремятся повысить уровень своего контроля над событиями, которые определяют их жизнь и здоровье. Расширение прав и возможностей сообществ означает усиление контроля ключевых групп населения над своим здоровьем путем принятия следующих мер: устранение структурных ограничений в отношении здоровья, прав человека и благополучия; осуществление социальных, экономических и поведенческих изменений; улучшение доступа к услугам здравоохранения. Расширение прав и возможностей сообществ может принимать различные формы, в том числе следующие: содействие созданию сетей и программ, а также предоставлению услуг под руководством ключевых групп населения; обеспечение значимого участия людей из ключевых групп населения в планировании и предоставлении услуг;

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ УСЛУГ

ПОДРОСТКИ И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ



обучение или посредническая деятельность по принципу «равный равному»; делегирование функций членам ключевых групп населения; самопомощь; осуществление программ повышения правовой грамотности и юридической поддержки; создание гражданского пространства, в котором ключевые группы населения могут функционировать, не опасаясь репрессий.

Фактические данные, собранные главным образом среди секс-работников, показывают, что расширение прав и возможностей сообществ оказывает ощутимое позитивное воздействие на здоровье ключевых групп населения (123–135), в частности на снижение заболеваемости ИППП (128) и ВИЧ-инфекцией (129, 135), сокращение распространенности высокорискованных форм секса (132) и на более широкое использование услуг планирования семьи (133).

На [рисунке 3](#) показана схема содействия предоставлению услуг, включенных в разработанные сетями ключевых групп инструменты внедрения (136–139).

Важно развивать и поддерживать услуги, создавать структуры и стимулировать исследования, проводимые под руководством организаций людей из ключевых групп населения. Организации, коллективы и сети, руководимые ключевыми группами, могут играть важную роль в обучении персонала служб здравоохранения, правоохранительных органов и учреждений социального обслуживания; в облегчении взаимодействия с сообществами ключевых групп населения; в разработке, внедрении, мониторинге услуг и в управлении ими. Ключевые группы населения могут помочь лучше понять нужды других групп риска, которым уделяется недостаточное внимание, таких как молодежные сети, люди с инвалидностью, девочки-подростки и молодые женщины, и наладить с ними связи. Ключевые группы обладают особыми преимуществами в предоставлении услуг на базе сообществ и в аутрич-формате, а также в руководстве этими видами деятельности.

Значимое участие – это не только право голоса при принятии решений, но и вклад в предоставление услуг, а также в мониторинг и оценку. Особую важность представляет собой мониторинг под руководством сообщества – система подотчетности, возглавляемая ключевыми группами населения и другими затронутыми сообществами, которая базируется на деятельности специально обученных наблюдателей («мониторов») из числа членов сообществ и включает структурированные механизмы отчетности (140).

ВОЗ предлагает ряд рекомендаций, касающихся роли рядовых членов ключевых групп населения в предоставлении услуг; эти рекомендации приведены в главе [Предоставление услуг](#).

Значимое участие ключевых групп населения в разработке программ имеет решающее значение для обеспечения надлежащего характера и приемлемости услуг для тех, кому они предназначены. Это также важно для выстраивания доверительных отношений между сообществом и поставщиками услуг, которые во многих случаях привыкли сами устанавливать порядок предоставления услуг и характер взаимодействий с сообществом. Эту практику необходимо изменить в пользу расширения прав и возможностей сообществ и улучшения их доступа к услугам.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



Рисунок 3. Схема расширения прав и возможностей сообществ



ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ УСЛУГ

ПОДРОСТКИ И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ



Ниже перечислены вмешательства в отношении благоприятствующих факторов, направленные на расширение прав и возможностей сообществ.

Общие заявления о передовой практике и руководящие указания: расширение прав и возможностей сообществ⁴

Существующее руководящее указание Группы и организации, возглавляемые ключевыми группами населения, должны играть роль важных партнеров и лидеров в планировании, осуществлении и оценке медицинских услуг (4).

Существующее заявление о передовой практике В рамках программ должен осуществляться набор вмешательств по расширению прав и возможностей сообществ ключевых групп населения (4, 80, 85, 86).

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ УСЛУГ

ПОДРОСТКИ И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Насилие

Насилие в отношении членов ключевых групп населения является обычным явлением, может принимать различные формы – физические, сексуальные или психологические – и совершаться разными людьми, включая интимных партнеров, клиентов, членов семьи, незнакомцев, поставщиков услуг, сотрудников правоохранительных органов и других лиц, облеченных властью (141–148). Насилие может подпитываться гендерным дисбалансом в распределении власти и влияния, в частности предрассудками и дискриминацией в отношении лиц, которые, как считается, отклоняются от общепринятых гендерных и сексуальных норм и идентичностей. Повысить уязвимость к насилию могут и другие характеристики, такие как возраст, инвалидность или расовая принадлежность. Кроме того, на уязвимость к насилию влияют многочисленные структурные факторы, включая дискриминационные или репрессивные законы, а также полицейскую практику и культурные и социальные нормы, которые узаконивают стигматизацию и дискриминацию.

Было показано, что пережитое насилие негативно сказывается на показателях здоровья членов ключевых групп населения: усиливаются проявления вреда, связанного с наркотиками (143, 149–153), снижается охват услугами охраны сексуального и репродуктивного здоровья (142), нерегулярно используются презервативы (142, 148, 150, 154), растет частота случаев депрессии и других нарушений психического здоровья (144, 155), повышается риск инфицирования ВГС (155, 157), ВИЧ и ИППП (158). По результатам одного исследования, проведенного на основе моделирования, сокращение сексуального насилия в отношении секс-работников может привести к снижению на 25% числа новых случаев ВИЧ-инфекции среди секс-работников и их клиентов (159). Женщины, особенно молодого возраста, из ключевых групп населения, в том числе употребляющие наркотики, секс-работницы, находящиеся в местах лишения свободы и трансгендерные, особенно часто подвергаются физическому, сексуальному и психологическому насилию (160).

Сектор здравоохранения призван сыграть важную роль в борьбе с насилием путем проведения работы по следующим направлениям: охрана сексуального и репродуктивного здоровья; направление пострадавших в другие службы поддержки; сбор доказательств с помощью данных и исследований; стимулирование мер профилактики в других секторах;

пропаганда признания насилия в качестве проблемы общественного здравоохранения.

Примечание: в руководстве ВОЗ Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections for sex workers, which also includes the role of the community-based peer educators and health approach [Профилактика и лечение ВИЧ и других инфекций, передаваемых половым путем, у секс-работников в странах с низким и средним уровнем дохода: рекомендации с позиции общественного здравоохранения] приведен рекомендуемый ВОЗ набор вмешательств, включая акцент на выявление и устранение барьеров к получению услуг, а также на оказание помощи в случае насилия, включая акцент на выявление и устранение барьеров к получению услуг, а также на оказание помощи в случае насилия.

Женщины сексуального насилия нуждаются в своевременном доступе к медицинской помощи, включая акцент на выявление и устранение барьеров к получению услуг, а также на оказание помощи в случае насилия.

ВОЗ, касающихся ключевых групп населения, было разработано новое заявление о передовой практике для гепатита В, психосоциальную помощь и поддержку, а также направление в юридические распространения этой рекомендации на все ключевые группы населения, как указано в таблице выше.



службы (162). Программы профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов и ИППП для ключевых групп населения должны включать, либо непосредственно, либо путем эффективной привязки к соответствующим службам, оказание клинической и психосоциальной помощи и поддержки жертвам насилия в соответствии с руководящими принципами ВОЗ по мерам реагирования в случаях сексуального насилия (162, 163).

Люди, пережившие насилие, могут нуждаться в лечении физических травм и долгосрочной помощи по восстановлению психического здоровья. Медицинские службы также имеют возможность документировать медико-правовые доказательства, которые могут помочь жертвам получить доступ к правосудию. Вспомогательные услуги включают горячие линии, укомплектованные обученными членами ключевых групп и другими консультантами для оказания психосоциальной поддержки, а также вмешательства по реагированию на кризисные ситуации с участием многопрофильных групп, помогающих жертвам насилия связаться с необходимыми службами и направляющих их в безопасные места пребывания без ограничений в связи с продолжающимся употреблением наркотиков (85).

В борьбе с насилием по отношению к представителям ключевых групп населения должны принимать участие наряду с сектором здравоохранения и другие секторы. Совместными усилиями они должны создавать благоприятную среду для поддержания физического, сексуального и эмоционального благополучия и безопасности. Важнейшие благоприятствующие факторы включают наличие механизмов для документирования и мониторинга проявлений насилия, для повышения осведомленности людей из ключевых групп населения и других заинтересованных сторон о правах человека, а также для повышения степени ответственности сотрудников правоохранительных органов за предотвращение насилия и нарушений прав человека и принятие необходимых мер реагирования (163, 165). Фактические данные свидетельствуют об эффективности партисипаторных программ, в которых участвуют многочисленные заинтересованные стороны, а также вмешательств по мобилизации сообществ (166). Правоприменительная практика может увеличивать риск насилия, с которым сталкиваются ключевые группы населения. Действительно, сотрудники правоохранительных органов сами могут нарушать закон. Работа с ними может включать обучение по вопросам прав человека применительно к ключевым группам населения, а также продвижение принципа подотчетности за правоприменение, основанное на соблюдении прав человека (163). Усилиям по предотвращению насилия может способствовать адвокатура в поддержку следующих мер: реформы законодательства и политики, направленные на защиту прав и безопасности ключевых групп населения; повышение осведомленности об имеющихся механизмах для подачи жалоб и принятия дисциплинарных мер; проведение информационных семинаров для лиц, играющих ключевую роль (например, для государственных чиновников, сотрудников правоохранительных органов, тюремного персонала, средств массовой информации, медицинских работников и религиозных лидеров); создание безопасных мест пребывания. Кроме того, целесообразно создавать механизмы раннего предупреждения и быстрого реагирования с привлечением членов ключевых групп, работников здравоохранения и сотрудников правоохранительных органов. Вовлечение в работу представителей сообществ также помогает создать каналы коммуникации между ключевыми группами населения, гражданскими чиновниками и сотрудниками правоохранительных органов (163).

Также важно отслеживать и документировать случаи насилия как в качестве доказательств для адвокации, так и для разработки программ. Документирование уровней насилия, с которым сталкиваются ключевые группы населения, часто является первым шагом в повышении осведомленности.

Ниже перечислены вмешательства, способствующие борьбе с насилием в отношении ключевых групп населения.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



Общие заявления о передовой практике: насилие

Существующее заявление о передовой практике

Следует предотвращать насилие в отношении членов ключевых групп населения, принимая соответствующие меры в партнерстве с организациями, руководимыми этими группами. Необходимо отслеживать и документировать все случаи насилия против лиц из ключевых групп населения; должны быть созданы механизмы возмещения ущерба для обеспечения справедливости (4, 80, 85, 86, 163).

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ

ГЛАВА 4

Рекомендуемый набор
вмешательств





Введение

В данном руководстве собраны воедино рекомендации ВОЗ, касающиеся профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов и ИППП для ключевых групп населения. Большинство этих рекомендаций подробно описаны в других руководящих документах ВОЗ; многие из них были впервые приведены в предшествующих (2014 г. и 2016 г.) изданиях сводного руководства по ключевым группам населения (3, 4). Для простоты в большинстве случаев справочная информация, доказательства и процесс принятия решений, относящиеся к каждой рекомендации, не включены в это руководство; вместо этого даются ссылки на соответствующие исходные документы, которые содержат эту информацию. Некоторые рекомендации были впервые разработаны или обновлены в 2021–2022 гг. в процессе составления настоящего руководства; они отмечены звездочкой, а подробные сведения о доказательствах и принятии решений представлены в главе [Дополнительная информация](#).

Приведенные вмешательства распределены следующим образом:

1. Важнейшие для обеспечения полезного эффекта: вмешательства в отношении благоприятствующих факторов

Все вмешательства, рекомендованные в целях снижения структурных барьеров для доступа ключевых групп населения к услугам здравоохранения.

2. Важнейшие для обеспечения полезного эффекта: медицинские вмешательства

Мероприятия сектора здравоохранения, которые оказывают продемонстрированное прямое воздействие на ВИЧ, вирусные гепатиты и ИППП в ключевых группах населения.

3. Важнейшие для обеспечения медико-санитарного эффекта в более широком плане

Вмешательства, осуществляемые силами сектора здравоохранения, которыми должны быть охвачены ключевые группы населения, но которые не оказывают прямого воздействия на ВИЧ, вирусный гепатит или ИППП.

4. Вспомогательные

Вмешательства, осуществляемые силами сектора здравоохранения, которые поддерживают осуществление других мер, например направленные на формирование спроса, предоставление информации и проведение образовательных мероприятий.

В таблицах ниже приведены рекомендации, которые были сформулированы на основе применения системы GRADE (подробнее – см. [Методы](#)), заявления о передовой практике и резюме, а также ссылки на соответствующие документы. В соответствии с системой GRADE представлены такие параметры, как сила рекомендации и убедительность доказательств, значения которых были согласованы на уровне соответствующих групп по разработке руководства.

В главе [Наборы вмешательств](#) приведены наборы рекомендуемых вмешательств для каждой ключевой группы населения.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



Рекомендуемый набор

Порядок расположения вмешательств не отражает их приоритетности.

Просьба учесть, что данный набор представляет собой комбинацию существующих и новых рекомендаций, заявлений о надлежащей практике и руководящих указаний. Они могут быть классифицированы следующим образом.

★ **Новая рекомендация GRADE** – рекомендация, которая была сформулирована в рамках процесса разработки данного руководства с использованием системы GRADE, описанной в главе [Методы](#).

Существующая рекомендация GRADE – рекомендация, взятая из ранее опубликованного руководства ВОЗ.

★ **Новое заявление о передовой практике** – заявление о передовой практике, сформулированное Группой по разработке руководства в рамках процесса составления настоящего руководства, описанного в главе [Методы](#).

Существующее заявление о передовой практике – заявление о передовой практике, взятое из ранее опубликованного руководства ВОЗ.

Существующее руководящее указание – всеобъемлющее заявление, в котором обобщена группа существующих рекомендаций и подходов.

Позиция ВОЗ – формулируется на основе ключевых документов Стратегической консультативной группы экспертов ВОЗ (СКГЭ) по иммунизации.

Адаптировано – были внесены небольшие коррективы в формулировки некоторых рекомендаций и заявлений о передовой практике, не повлекшие существенного изменения смысла.

Важнейшие для обеспечения полезного эффекта: вмешательства в отношении благоприятствующих факторов

Общие заявления о передовой практике: отмена карательных законов, политики и практики

Существующее руководящее указание Законы, правовая политика и практика должны быть пересмотрены, при необходимости с изменением формулировок, силами директивных органов и руководителей на государственном уровне при значимом участии представителей ключевых групп населения, в целях обеспечения и поддержки расширенного доступа этих групп к необходимым услугам (4, 80, 84, 85).

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



Важнейшие для обеспечения полезного эффекта: вмешательства в отношении благоприятствующих факторов

Существующее заявление о передовой практике (адаптировано)⁵ Страны должны работать в направлении декриминализации употребления наркотиков (в том числе инъекционных) или их хранения, секс-работы, гомосексуальных отношений и неконформных проявлений гендерной идентичности, а также в направлении элиминации несправедливого применения гражданских законов и норм против людей, употребляющих наркотики (в том числе инъекционные), секс-работников, мужчин, практикующих секс с мужчинами, трансгендерных и гендерно разнообразных людей (4, 80, 83–86).

Другие заявления о передовой практике: отмена карательных законов, политики и практики

Существующее заявление о передовой практике (адаптировано)⁶ В тех странах, где криминализация не отменена, государственные органы должны разрабатывать альтернативы тюремному заключению, не связанные с лишением свободы, для людей, употребляющих наркотики, трансгендерных и гендерно разнообразных людей, секс-работников и людей, практикующих однополые сексуальные отношения (4, 83, 86).

Существующее заявление о передовой практике (адаптировано)⁷ В странах должно быть запрещено принудительное лечение⁸ членов ключевых групп населения (4, 83, 84, 86, 167).

Существующее заявление о передовой практике Странам следует разрабатывать стратегии и законы, направленные на декриминализацию использования чистых игл и шприцев (и на разрешение проведения ПОШ) и на легализацию ПТАО для людей с опиоидной зависимостью (4).

⁵ В публикации ВОЗ от 2014 г. «Сводное руководство по ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения: профилактика, диагностика, лечение и уход» это заявление было сформулировано следующим образом: Страны должны работать в направлении декриминализации таких форм поведения, как употребление наркотиков (в том числе инъекционных), секс-работа, гомосексуальные отношения и нестандартные проявления гендерной идентичности, а также ликвидации несправедливого применения гражданских законов и норм в отношении людей, употребляющих наркотики (в том числе инъекционные), работников коммерческого секса, мужчин, которые имеют секс с мужчинами, и трансгендерных людей (3).

⁶ В публикации ВОЗ от 2014 г. «Сводное руководство по ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения: профилактика, диагностика, лечение и уход» это заявление было сформулировано следующим образом: Страны должны разрабатывать альтернативы тюремному заключению, не связанные с лишением свободы, для потребителей наркотиков, секс-работников и людей, практикующих однополые сексуальные отношения (3).

⁷ В публикации ВОЗ от 2014 г. «Сводное руководство по ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения: профилактика, диагностика, лечение и уход» это заявление было сформулировано следующим образом: Странам следует запретить принудительное лечение людей, которые употребляют наркотики, в том числе инъекционные (3).

⁸ Осуществление в принудительном порядке таких вмешательств, как лечение от наркотической зависимости, так называемая конверсионная терапия или реабилитация секс-работников, противоречит основным принципам прав человека и медицинской этики, предусматривающим добровольное согласие, свободу от произвольного ареста и задержания, доступ к качественным услугам здравоохранения, свободу от пыток и жестокого, бесчеловечного и унижающего достоинство обращения.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ

Важнейшие для обеспечения полезного эффекта: вмешательства в отношении благоприятствующих факторов

Существующее заявление о передовой практике Должна быть упразднена практика правоохранительных органов, согласно которой владение презервативами используется в качестве доказательства секс-работы и основания для задержания (4, 85).

Существующее заявление о передовой практике Страны должны принимать меры, направленные на юридическое признание трансгендерных и гендерно разнообразных людей (4, 80).

Существующее заявление о передовой практике Странам рекомендуется изучить свою текущую политику по вопросам получения согласия и рассмотреть возможность ее пересмотра, чтобы снизить возрастные барьеры для доступа к услугам в связи с ВИЧ, ИППП и вирусными гепатитами, а также расширить возможности поставщиков услуг для действий в наилучших интересах подростков (4, 121).

Общие заявления о передовой практике и руководящие указания: стигматизация и дискриминация

Существующее заявление о передовой практике Странам следует предпринимать действия, направленные на внедрение и контроль за соблюдением антидискриминационных и защитных законов, основанных на стандартах в области прав человека, для устранения стигматизации, дискриминации и насилия в отношении представителей ключевых групп населения (4).

Существующее заявление о передовой практике Представителям директивных органов, парламентариям и лидерам общественного здравоохранения следует сотрудничать с организациями гражданского общества, включая организации, руководимые ключевыми группами, в их усилиях по мониторингу стигматизации и противодействию дискриминации в отношении ключевых групп населения, а также по отмене карательных законов и изменению социальных норм (4, 80, 82, 84–86, 119, 120).

Существующее руководящее указание Для людей в ключевых группах населения должно быть обеспечено наличие доступных и приемлемых услуг здравоохранения, предоставляемых на основе принципов медицинской этики, устранения стигматизации и дискриминации и соблюдения права на здоровье (4, 80, 82, 84–86, 119–121).



Важнейшие для обеспечения полезного эффекта: вмешательства в отношении благоприятствующих факторов

Другие заявления о передовой практике: стигматизация и дискриминация

Существующее заявление о передовой практике Медицинские работники должны регулярно проходить курсы переподготовки, в том числе с целью повышения их чувствительности к потребностям ключевых групп населения, для того чтобы они обладали навыками и знаниями, необходимыми для эффективного оказания услуг взрослым и подросткам из ключевых групп населения на основе таких принципов, как право всех людей на здоровье, конфиденциальность и недискриминация (4).

Существующее заявление о передовой практике Услуги должны предоставляться в безопасной среде, обеспечивающей защиту от проявлений стигматизации и дискриминации, где подростки могут свободно выражать свои опасения и где поставщики услуг демонстрируют терпение, понимание, принятие, непредвзятость и знания об имеющихся вариантах и услугах, доступных подростку (121).

Общее заявление о передовой практике: расширение прав и возможностей сообществ

Существующее руководящее указание Группы и организации, возглавляемые ключевыми группами населения, должны играть роль важных партнеров и лидеров в проектировании, планировании, осуществлении и оценке медицинских услуг (4).

Другие заявления о передовой практике: расширение прав и возможностей сообществ

Существующее заявление о передовой практике В рамках программ должен осуществляться набор вмешательств по расширению прав и возможностей сообществ ключевых групп населения (4, 80, 85, 86).

Существующее заявление о передовой практике Следует осуществлять программы по повышению правовой грамотности и обеспечению юридических услуг для ключевых групп населения, с тем чтобы они знали свои права и применимые законы и могли получать поддержку от системы правосудия в случае их нарушения (4, 80, 85, 86).

Общее заявление о передовой практике: борьба с насилием

Существующее заявление о передовой практике Необходимо принимать меры профилактики и борьбы с насилием в отношении членов ключевых групп населения, работая в партнерстве с организациями, руководимыми этими группами. Необходимо отслеживать и документировать все случаи насилия в отношении членов ключевых групп населения; должны быть созданы механизмы возмещения ущерба для обеспечения справедливости (4, 80, 85, 86, 163).

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ

Важнейшие для обеспечения полезного эффекта: вмешательства в отношении благоприятствующих факторов

Другие заявления о передовой практике: борьба с насилием

Существующее заявление о передовой практике Медицинские и другие вспомогательные услуги должны предоставляться всем членам ключевых групп населения, которые подвергаются насилию. В частности, лица, подвергшиеся сексуальному насилию, должны иметь своевременный доступ к комплексной помощи жертвам изнасилования – в соответствии с руководящими принципами ВОЗ (4, 163).

Существующее заявление о передовой практике Сотрудники правоохранительных органов и поставщики медицинских и социальных услуг должны проходить подготовку по вопросам уважения и защиты прав ключевых групп населения и привлекаться к ответственности, если они сами нарушают эти права, в частности совершая насилие (4, 80, 85, 85, 163).



Важнейшие для обеспечения полезного эффекта: медицинские вмешательства

Профилактика ИППП, ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов

Снижение вреда (ПОШ, ПТАО и налоксон для оказания помощи при передозировке)

Существующая рекомендация GRADE	Все представители ключевых групп населения, употребляющие инъекционные наркотики, должны иметь доступ к стерильным принадлежностям для инъекций благодаря проведению ПОШ (<i>сильная рекомендация, низкая убедительность доказательств</i>) (4, 84, 168).
Существующая рекомендация GRADE	Предлагается, чтобы в рамках ПОШ также предоставлялись шприцы с низким мертвым объемом (LDSS) наряду с информацией об их профилактических преимуществах по сравнению с обычными шприцами (<i>условная рекомендация, в зависимости от местной приемлемости и наличия ресурсов</i>) (169).
Существующая рекомендация GRADE	<p>Всем членам ключевых групп населения, находящихся в состоянии зависимости от опиоидов, следует предлагать ПТАО⁹ в соответствии с рекомендациями ВОЗ (<i>сильная рекомендация, низкая убедительность доказательств</i>) (4, 84, 170); эта рекомендация также относится к наркозависимым людям, находящимся в местах лишения свободы и других учреждениях закрытого типа (171).</p> <p>Важные соображения, связанные с ПТАО, включая рекомендуемые дозы, применение во время беременности и лекарственные взаимодействия, изложены в следующих руководствах:</p> <p>Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence [Руководство по фармакологическому лечению опиоидной зависимости с психосоциальной поддержкой] (170).</p> <p>Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy [Руководство по выявлению и ведению случаев употребления психоактивных веществ и расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, во время беременности] (172).</p>
Существующая рекомендация GRADE	Люди, для которых существует высокая вероятность становиться свидетелями передозировки опиоидов, должны иметь доступ к налоксону и быть проинструктированы о его применении для экстренного оказания помощи при подозрении на передозировку опиоидов (<i>сильная рекомендация, крайне низкая убедительность доказательств</i>) (28).

⁹ Метадон или бупренорфин.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТНЫЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ

Важнейшие для обеспечения полезного эффекта: медицинские вмешательства

Профилактика ИППП, ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов (продолжение)

Более подробную информацию о распространении налоксона в сообществе для лечения передозировки можно найти в руководстве ВОЗ Community management of opioid overdose [Оказание помощи на уровне сообщества при передозировке опиоидов] (173).

Презервативы и лубрикант

Существующая рекомендация GRADE Для предотвращения передачи ВИЧ, вирусных гепатитов и ИППП половым путем при анальном или вагинальном сексе рекомендуется правильное и последовательное использование мужских и женских презервативов с достаточным запасом лубрикантов, совместимых с презервативами¹⁰ (*сильная рекомендация, среднее качество доказательств*) (4).

Доконтактная профилактика (ДКП) ВИЧ-инфекции

Существующая рекомендация GRADE В рамках комбинированных подходов к профилактике ВИЧ-инфекции людям со значительным риском заражения следует предлагать в качестве дополнительного профилактического средства пероральный препарат для ДКП (содержащий тенофовира диспроксилфумарат) (*сильная рекомендация, высокое качество доказательств*) (174).

Существующая рекомендация GRADE В рамках комбинированных подходов к профилактике ВИЧ-инфекции цисгендерным женщинам со значительным риском заражения следует предлагать в качестве дополнительного профилактического средства дапивириновое вагинальное кольцо (*условная рекомендация, среднее качество доказательств*) (174).

Новая рекомендация GRADE В рамках комбинированных подходов к профилактике ВИЧ-инфекции людям со значительным риском заражения можно предлагать в качестве дополнительного профилактического средства каботегравир длительного действия для инъекционного применения (*условная рекомендация, среднее качество доказательств*) (174).

¹⁰ Как ВГС, так и ВГВ могут передаваться половым путем, хотя подобная передача ВГС происходит редко, поскольку требует контакта с кровью.



Важнейшие для обеспечения полезного эффекта: медицинские вмешательства

Профилактика ИППП, ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов (продолжение)

Подробные рекомендации по ДКП – см. Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach [Сводное руководство по профилактике, тестированию, лечению, предоставлению услуг и мониторингу в связи с ВИЧ: рекомендации с позиций общественного здравоохранения] (174).

Рекомендации по вопросам практического осуществления – см. Differentiated and simplified pre-exposure prophylaxis for HIV prevention: Update to WHO implementation guidance [Дифференцированная и упрощенная доконтактная профилактика ВИЧ-инфекции: обновление руководства ВОЗ по осуществлению программ] (175).

Постконтактная профилактика (ПКП) ВИЧ-инфекции и ИППП

Существующее руководящее указание Всем людям в ключевых группах населения, которые отвечают соответствующим критериям и которые могли иметь контакт с ВИЧ, должна быть обеспечена возможность добровольного прохождения курса ПКП (4).

Существующее руководящее указание Для женщин, подвергшихся изнасилованию, рекомендуется набор мер, включая ПКП, экстренную контрацепцию и презумптивное лечение ИППП (174).

Подробные рекомендации по схемам применения ПКП – см. Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach [Сводное руководство по профилактике, тестированию, лечению, предоставлению услуг и мониторингу в связи с ВИЧ: рекомендации с позиций общественного здравоохранения] (174).

Подробные рекомендации по ПКП для взрослых, подвергшихся сексуальным злоупотреблениям, – см. руководство ВОЗ «Меры реагирования в случаях насилия со стороны интимного партнера и сексуального насилия в отношении женщин» (163).

Подробные рекомендации по ПКП для детей и подростков, подвергшихся сексуальным злоупотреблениям, – см. руководство ВОЗ Responding to children and adolescents who have been sexually abused [Меры реагирования в отношении детей и подростков, подвергшихся сексуальным злоупотреблениям] (175).

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТНЫЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ

Важнейшие для обеспечения полезного эффекта: медицинские вмешательства

Профилактика ИППП, ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов (продолжение)

Профилактика вертикальной передачи ВИЧ, сифилиса и ВГВ

Существующая рекомендация GRADE (адаптировано)¹¹

Беременным следует предлагать тесты на ВИЧ, сифилис и поверхностный антиген гепатита В (HBsAg)* по крайней мере однократно и на максимально ранних сроках, в идеале при первом посещении учреждения дородовой помощи (ДРП) (*сифилис: сильная рекомендация, среднее качество доказательств; HBsAg*: сильная рекомендация, низкая убедительность доказательств*) (177, 178).

* Особенно в условиях с серопревалентностью HBsAg $\geq 2\%$ в общей популяции.

Рекомендуемые сроки тестирования на ВИЧ для членов ключевых групп населения во время беременности и после родов: на ранних сроках беременности (первое посещение учреждения ДРП); на более поздних сроках (посещение учреждения ДРП в третьем триместре); одно дополнительное тестирование после родов (через 14 недель, шесть или девять месяцев) (176).

Просьба также обратить внимание на тестирование на ИППП (см. ниже); для всех (включая беременных) членов ключевых групп населения рекомендуется проводить скрининг на хламидиоз и гонорею.

Существующее руководящее указание

Первым скрининговым исследованием в стратегиях и алгоритмах тестирования на ВИЧ в рамках ДРП может быть применение двойных экспресс-тестов на ВИЧ/сифилис (177). Тестирование на HBsAg следует рассматривать дополнительно после проведения двойного тестирования.

Существующее заявление о передовой практике (адаптировано)¹²

Всем беременным и кормящим грудью людям, живущим с ВИЧ, даже если инфекция выявлена на поздних сроках беременности или в послеродовом периоде, следует незамедлительно начинать АРТ, поскольку наиболее эффективным способом предотвращения вертикальной передачи ВИЧ является снижение вирусной нагрузки у матери (172).

Существующая рекомендация GRADE (адаптировано)¹³

Для лечения сифилиса на ранних стадиях во время беременности в руководстве ВОЗ по ИППП предлагается использовать бензатин пенициллин G в дозе 2,4 млн ЕД однократно внутримышечно вместо ранее рекомендованного введения прокаина пенициллина в дозе 1,2 млн ЕД внутримышечно один раз в день в течение 10 дней (*условная рекомендация, крайне низкая убедительность доказательств*) (178).

¹¹ Рекомендации, касающиеся профилактики вертикальной передачи ВИЧ, сифилиса и ВГВ, были переформулированы в целях повышения уровня гендерной инклюзивности.

¹² Там же.

¹³ Там же.



Важнейшие для обеспечения полезного эффекта: медицинские вмешательства

Профилактика ИППП, ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов (продолжение)

Существующая рекомендация GRADE (адаптировано)¹⁴ ВОЗ рекомендует для беременных с положительным результатом теста на ВГВ-инфекцию (HBsAg-позитивных) с ДНК ВГВ $\geq 5,3 \log_{10}$ МЕ/мл ($\geq 200\,000$ МЕ/мл) в целях предотвращения вертикальной передачи ВГВ проводить профилактическое лечение тенофовиром с 28-й недели беременности по крайней мере до родов. Эта мера осуществляется в дополнение к трехдозной вакцинации всех младенцев против гепатита В, включая первую дозу непосредственно при рождении (*условная рекомендация, среднее качество доказательств*) (181).

Существующая рекомендация GRADE (адаптировано)¹⁵ ВОЗ рекомендует при отсутствии условий для дородового тестирования на ДНК ВГВ в качестве альтернативы проводить тестирование на антиген «е» гепатита В (HBeAg) в целях определения показаний для профилактического лечения тенофовиром для предотвращения вертикальной передачи HBV2 (*условная рекомендация, среднее качество доказательств*) (180).

См. также: WHO technical brief: preventing HIV during pregnancy and breastfeeding in the context of PrEP [Техническая справка ВОЗ: профилактика ВИЧ-инфекции в период беременности и грудного вскармливания в контексте ДКП] (182).

Вакцинация против гепатита В

Существующая позиция ВОЗ ВОЗ рекомендует лицам с высоким риском заражения ВГВ проводить вакцинацию против гепатита В¹⁶.

Более детальная информация – см. WHO position paper: Hepatitis B vaccines: – July 2017 [Документ с изложением позиции ВОЗ: вакцины против гепатита В, июль 2017 г.] (183).

Существующая рекомендация GRADE Людям, употребляющим инъекционные наркотики, предлагается проводить вакцинацию против гепатита В по ускоренной схеме¹⁷ (*условная рекомендация, крайне низкая убедительность доказательств*) (169).

¹⁴ Рекомендации, касающиеся профилактики вертикальной передачи ВИЧ, сифилиса и ВГВ, были переформулированы в целях повышения уровня гендерной инклюзивности.

¹⁵ Там же (см. выше)

¹⁶ Включая следующие категории лиц: ключевые группы населения; пациенты с хроническими заболеваниями печени, в том числе с гепатитом С; люди, живущие с ВИЧ-инфекцией; сексуальные контакты лиц с хронической ВГВ-инфекцией; медицинские работники и другие лица, которые могут контактировать с кровью, продуктами крови или с другими потенциально инфицированными биологическими жидкостями.

¹⁷ Рекомендация относится только к людям, употребляющим инъекционные наркотики, однако этот подход может быть уместен для всех ключевых групп населения, где осуществляется вакцинация против ВГВ.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТНЫЕ ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ УСЛУГ

ПОДРОСТКИ И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ



ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТНЫЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ

Важнейшие для обеспечения полезного эффекта: медицинские вмешательства

Профилактика ИППП, ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов (продолжение)

Борьба с негативными последствиями практики химсекса



Новое заявление о передовой практике

Решение проблемы химсекса*, особенно для представителей ключевых групп населения и их сексуальных партнеров, требует всеобъемлющего и безоценочного подхода, ориентированного на индивидуальные нужды. Принимаемые меры могут включать предоставление комплексных услуг охраны сексуального, репродуктивного и психического здоровья, обеспечение доступа к стерильным иглам/шприцам и программам ПТАО в увязке с другими научно обоснованными вмешательствами в области профилактики, диагностики и лечения.

* Для целей настоящего руководства понятие «химсекс» определяется как практика сексуальной активности на фоне приема психоактивных веществ, преимущественно стимуляторов, обычно с участием многочисленных партнеров и в течение длительного времени.

Более подробную информацию о фактических данных, принятии решений, внедрении, соображениях и пробелах в исследованиях, связанных с этой новой рекомендацией, можно найти [в главе 9](#).

Диагностика

Услуги тестирования на ВИЧ

Существующее руководящее указание

В условиях как высокого, так и низкого бремени ВИЧ тестирование на ВИЧ следует предлагать всем членам ключевых групп населения и их партнерам во всех службах в качестве эффективного способа выявления людей с ВИЧ (176).

Существующее руководящее указание

Всем людям в ключевых группах населения рекомендуется не реже одного раза в год проходить тестирование. В зависимости от индивидуальных характеристик рискованного поведения может предлагаться более частое добровольное тестирование (176).

Математическое моделирование на материале ключевых групп населения во Вьетнаме показало, что повторное тестирование людей в этих группах является экономически эффективным вмешательством. В аналогичных условиях может быть рассмотрено проведение тестирования для ключевых групп населения два раза в год, при этом приоритет следует отдавать тем, кто подвергается более высокому риску (184).



Важнейшие для обеспечения полезного эффекта: медицинские вмешательства

Диагностика (продолжение)

Услуги тестирования на ВИЧ (продолжение)

Существующая рекомендация GRADE	В дополнение к обычным услугам тестирования на ВИЧ на базе учреждений всегда рекомендуется предоставлять ключевым группам населения такие услуги на уровне сообществ, в привязке к службам профилактики, лечения и помощи (<i>сильная рекомендация, низкая убедительность доказательств</i>) (176).
Существующая рекомендация GRADE	Работники без специального образования при условии надлежащего обучения могут самостоятельно проводить безопасное и эффективное тестирование на ВИЧ, используя экспресс-тесты (<i>сильная рекомендация, среднее качество доказательств</i>) (176).
Существующая рекомендация GRADE	Самотестирование на ВИЧ следует предлагать в качестве одного из возможных подходов к услугам тестирования на ВИЧ (<i>сильная рекомендация, среднее качество доказательств</i>) (176). <i>Примечание: при самотестировании человек проводит тест на себе в условиях приватности или, при желании, под наблюдением профессионального работника. Эта процедура должна выполняться в строго добровольном порядке, без принуждения с чьей-либо стороны. Важно отметить, что людей, выполнивших самотестирование, не следует принуждать к раскрытию результатов теста кому бы то ни было; раскрытие может происходить только на добровольной основе.</i>
Существующая рекомендация GRADE	В качестве одного из подходов к тестированию ключевых групп населения на ВИЧ можно рассматривать вовлечение социальных сетей в рамках комплексного набора услуг по оказанию помощи и профилактике (<i>условная рекомендация, крайне низкая убедительность доказательств</i>) (176).
Существующая рекомендация GRADE	Всем людям, живущим с ВИЧ (в том числе членам ключевых групп населения), поставщики услуг должны выдавать направления в соответствующие службы в рамках добровольного комплексного набора услуг тестирования и помощи (<i>сильная рекомендация, среднее качество доказательств</i>) (176). <i>Примечание: следует тщательно учитывать риски, которым подвергаются секс-работники при раскрытии диагноза ВИЧ клиентам или постоянным партнерам; такое раскрытие всегда должно быть сугубо добровольным. Люди, которые подверглись насилию, например со стороны интимного партнера, нуждаются в обследовании, поддержке, документировании произошедшего, лечении нанесенных травм и направлении в соответствующие службы (163).</i>

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТНЫЕ ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ УСЛУГ

ПОДРОСТКИ И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ



ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ

Важнейшие для обеспечения полезного эффекта: медицинские вмешательства

Диагностика (продолжение)

Услуги тестирования на ВИЧ (продолжение)

Существующее руководящее указание Двойные экспресс-тесты на ВИЧ/сифилис могут быть рассмотрены для использования среди ключевых групп населения, что расширит доступ данной категории лиц к услугам тестирования как на ВИЧ, так и на сифилис (186).

Дальнейшее тестирование для подтверждения диагноза сифилиса и назначения лечения зависит от местной эпидемиологии, предшествующего лечения в анамнезе, имеющихся ресурсов и возможностей подтверждающего тестирования, а также от национальных протоколов.

Математическое моделирование на материале ключевых групп населения во Вьетнаме показало, что использование двойного экспресс-теста на ВИЧ/сифилис при текущем охвате требует меньших затрат средств по сравнению с раздельным тестированием на ВИЧ и сифилис (184).

Подробные рекомендации по вопросам тестирования на ВИЧ – см. Consolidated guidelines on HIV testing services) [Сводное руководство по тестированию на ВИЧ] (179).

Тестирование на ИППП

Существующее руководящее указание Скрининг и диагностика ИППП в ключевых группах населения является важнейшей частью комплексных мер реагирования на ВИЧ и ИППП (4).

Существующая рекомендация GRADE Рекомендуется предлагать мужчинам, практикующим секс с мужчинами, а также трансгендерным и гендерно разнообразным людям периодическое тестирование на бессимптомные уретральные и аноректальные инфекции, вызванные *N. gonorrhoeae* и *S. trachomatis* с использованием метода амплификации нуклеиновых кислот (МАНК); взамен прежней практики, когда такое тестирование данным категориям лиц не предлагалось (условная рекомендация, низкая убедительность доказательств) (80).

Существующая рекомендация GRADE Настоятельно рекомендуется предлагать мужчинам, практикующим секс с мужчинами, а также трансгендерным и гендерно разнообразным людям периодическое серологическое тестирование на бессимптомную сифилитическую инфекцию, взамен прежней практики, когда такое тестирование данным категориям лиц не предлагалось (сильная рекомендация, среднее качество доказательств) (80).



Важнейшие для обеспечения полезного эффекта: медицинские вмешательства

Диагностика (продолжение)

<p>Существующая рекомендация GRADE</p>	<p>ВОЗ рекомендует предлагать секс-работникам периодический скрининг на бессимптомные инфекции, передаваемые половым путем* (<i>условная рекомендация, низкая убедительность доказательств</i>) (85).</p> <p>* Хламидиоз, гонорея и сифилис</p>
<p>Существующая рекомендация GRADE</p>	<p>В качестве дополнительного подхода к предоставлению услуг тестирования на ИППП следует предусматривать возможность самостоятельного взятия образцов на <i>Neisseria gonorrhoeae</i> и <i>Chlamydia trachomatis</i> (<i>сильная рекомендация, среднее качество доказательств</i>) (187).</p>
<p>Существующая рекомендация GRADE</p>	<p>Пациентам с выделениями из полового члена или аноректальной области (при наличии сведений о пассивном анальном сексе) лечение следует назначать на основе результатов молекулярных тестов гарантированного качества. Однако в условиях дефицита или отсутствия молекулярных тестов или необходимых лабораторных мощностей ВОЗ рекомендует проводить синдромное лечение, начиная его в день обращения за медицинской помощью (<i>сильная рекомендация, среднее качество доказательств</i>) (188).</p>
<p>Существующая рекомендация GRADE</p>	<p>Пациентам с изъязвлениями на гениталиях или в аноректальной области ВОЗ рекомендует назначать лечение на основе результатов молекулярных тестов гарантированного качества с использованием образцов, взятых с язв. Однако в условиях дефицита или отсутствия молекулярных тестов или необходимых лабораторных мощностей ВОЗ рекомендует проводить синдромное лечение, начиная его в день обращения за медицинской помощью (<i>сильная рекомендация, среднее качество доказательств</i>) (188).</p>
	<p>Подробные рекомендации по скринингу и диагностике различных ИППП – см.:</p> <p>Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections [Руководство по ведению клинически выраженных инфекций, передаваемых половым путем] (188).</p> <p>WHO guidelines for the treatment of <i>Neisseria gonorrhoeae</i> [Руководство ВОЗ по лечению гонококковой инфекции] (189).</p> <p>WHO guidelines for the treatment of <i>Treponema pallidum</i> (syphilis) [Руководство ВОЗ по лечению сифилитической инфекции] (178).</p> <p>WHO guideline on syphilis screening and treatment for pregnant women [Руководство ВОЗ по скринингу и лечению сифилиса у беременных женщин] (190).</p> <p>WHO guidelines for the treatment of <i>Chlamydia trachomatis</i> [Руководство ВОЗ по лечению хламидийной инфекции] (191).</p> <p>WHO guidelines for the treatment of genital herpes simplex virus [Руководство ВОЗ по лечению генитальной инфекции, вызванной вирусом простого герпеса] (192).</p>

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТНЫЕ ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ УСЛУГ

ПОДРОСТКИ И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ



ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТНЫЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ

Важнейшие для обеспечения полезного эффекта: медицинские вмешательства

Диагностика (продолжение)

Тестирование на гепатит С

Существующая рекомендация GRADE В любых условиях (и вне зависимости от места тестирования – в учреждениях или на базе сообщества) рекомендуется предлагать серологическое тестирование на ВГС-антитела (анти-ВГС) с привязкой к услугам профилактики, подтверждающего диагноза, помощи и лечения следующим лицам (185):

- взрослые и подростки из групп населения, в наибольшей степени пораженных ВГС-инфекцией (с высоким уровнем серопревалентности ВГС или в анамнезе которых имеется контакт с ВГС-инфекцией и/или поведенческие факторы риска инфицирования ВГС)¹⁸;
- взрослые, подростки и дети с клиническим подозрением на хронический вирусный гепатит С (наличие клинической симптоматики и лабораторных маркеров).

(Сильная рекомендация, среднее качество доказательств.)

Подробные рекомендации по тестированию на ВГС: как проводить тестирование, как подтвердить диагноз вирусемической ВГС-инфекции и какие тесты использовать – см. Руководство по тестированию на гепатиты В и С.



Новая рекомендация GRADE

Людям, находящимся в группе сохраняющегося риска и имеющим в анамнезе обусловленное лечением или спонтанное выздоровление от ВГС-инфекции, может быть предложено проходить каждые 3–6 месяцев тестирование на наличие ВГС-вирусемии (*условная рекомендация, крайне низкая убедительность доказательств*).

Примечание.

- Тестирование должно быть добровольным и не влечь за собой стигматизацию каких-либо групп населения, подвергающихся постоянному риску.
- Тестирование должно предлагаться наряду с научно обоснованными услугами первичной профилактики, направленными на снижение риска передачи инфекции, и с обеспечением доступа к надлежащему лечению.
- Для обнаружения вирусемии можно применять количественные или качественные методы амплификации нуклеиновых кислот (МАНК) в целях выявления РНК ВГС или, альтернативно, тестирование на сердцевинный антиген ВГС.

Более подробную информацию о фактических данных, принятии решений, внедрении и пробелах в исследованиях, связанных с этой новой рекомендацией, можно найти в [главе 9](#).

¹⁸ Включает лиц, входящих в группы населения с высокой серологической распространенностью (например, некоторые группы кочевого населения и мигрантов из высоко- или среднеэндемичных стран, а также некоторые группы коренного населения) либо имеющих в анамнезе контакт с источником инфекции или поведенческие факторы высокого риска заражения ВГС (например: люди, употребляющие инъекционные наркотики; находящиеся в местах лишения свободы и других учреждениях закрытого типа; мужчины, практикующие секс с мужчинами; секс-работники; ВИЧ-инфицированные; дети, рожденные от женщин с хронической ВГС-инфекцией, особенно при коинфекции ВИЧ).



Важнейшие для обеспечения полезного эффекта: медицинские вмешательства

Диагностика (продолжение)

Тестирование на гепатит С (продолжение)

Существующая рекомендация GRADE Самотестирование на ВГС следует предлагать в качестве одного из возможных подходов к услугам тестирования на ВГС (*сильная рекомендация, среднее качество доказательств*) (194).

Тестирование на гепатит В

Существующая рекомендация GRADE В любых условиях (и вне зависимости от места тестирования – в учреждениях или на базе сообщества) рекомендуется предлагать серологическое тестирование на HBsAg с привязкой к услугам профилактики, помощи и лечения следующим лицам (193):

- взрослые и подростки из групп населения, в наибольшей степени пораженных ВГВ-инфекцией (то есть входящих в состав групп населения с высоким уровнем серопревалентности ВГВ или чей образ жизни в настоящем или в прошлом связан с высоким риском инфицирования ВГВ);
- взрослые, подростки и дети с клиническим подозрением на хронический вирусный гепатит (наличие клинической симптоматики и лабораторных маркеров);
- все беременные женщины (по меньшей мере однократно и на как можно более ранних сроках, в идеале при первом посещении учреждения ДРП);
- половые партнеры, дети и другие члены семьи, а также тесные семейные контакты лиц с ВГВ-инфекцией.

(*Сильная рекомендация, низкая убедительность доказательств.*)

Подробные рекомендации по тестированию на ВГВ – см. Руководство по тестированию на гепатиты В и С (193).

Лечение

Лечение ВИЧ-инфекции

Существующая рекомендация GRADE Для всех людей, живущих с ВИЧ, вне зависимости от клинической стадии по классификации ВОЗ и при любом числе клеток CD4, следует начинать проведение АРТ (*сильная рекомендация, среднее качество доказательств*) (174).

Подробные рекомендации по лечению ВИЧ-инфекции – см. Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach [Сводное руководство по профилактике, тестированию, лечению, предоставлению услуг и мониторингу в связи с ВИЧ: рекомендации с позиций общественного здравоохранения] (174).

Детальная информация о вариантах выполнения АРТ приведена в [главе 6](#), посвященной предоставлению услуг.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТНЫЕ ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ УСЛУГ

ПОДРОБНОСТИ И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ



ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТНЫЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ

Важнейшие для обеспечения полезного эффекта: медицинские вмешательства

Лечение (продолжение)

Лечение ВИЧ-инфекции (продолжение)

★ Новое руководящее заявление

Успешное осуществление АРТ с достижением вирусной супрессии предотвращает передачу ВИЧ сексуальным партнерам: передача отсутствует, если вирусная нагрузка не определяется или подавлена (до значения не более 1000 копий/мл) (195–197).

ВИЧ-ассоциированный туберкулез

Существующая рекомендация GRADE

Люди, живущие с ВИЧ, должны систематически – при каждом посещении медицинского учреждения – проходить скрининг на туберкулез (*сильная рекомендация, крайне низкая убедительность доказательств*) (198).

Существующая рекомендация GRADE

Для людей, живущих с ВИЧ, следует как можно скорее, в течение двух недель после начала лечения туберкулеза, начинать АРТ, независимо от количества клеток CD4* (*сильная рекомендация, убедительность доказательств для взрослых и подростков ниже среднего, для детей – крайне низкая*).

* За исключением случаев, когда присутствуют признаки менингита.

Существующая рекомендация GRADE

ВОЗ рекомендует для всех людей с ВИЧ и лекарственно устойчивым туберкулезом, требующим применения противотуберкулезных препаратов второй линии, следует как можно скорее (в течение восьми недель после начала лечения туберкулеза), начинать АРТ, независимо от количества клеток CD4 (*сильная рекомендация, крайне низкая убедительность доказательств*) (174, 216).

Существующая рекомендация GRADE

Взрослые и подростки, живущие с ВИЧ, у которых маловероятно наличие активного туберкулеза, должны получать профилактическое противотуберкулезное лечение в рамках комплексного оказания помощи в связи с ВИЧ-инфекцией. Такое лечение также следует проводить пациентам, получающим АРТ, беременным женщинам и тем, кто ранее проходил лечение от туберкулеза, независимо от степени иммуносупрессии и даже если тестирование на туберкулезную инфекцию недоступно (*сильная рекомендация, высокое качество доказательств*) (214).

Существующая рекомендация GRADE

Всем людям, живущим с ВИЧ, с активным туберкулезом, независимо от количества клеток CD4, следует проводить рутинную профилактику котримоксазолом (*сильная рекомендация, высокая убедительность доказательств*) (174).

Подробные рекомендации по ТБ/ВИЧ – см. Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach [Сводное руководство по профилактике, тестированию, лечению, предоставлению услуг и мониторингу в связи с ВИЧ: рекомендации с позиций общественного здравоохранения] (174).

С руководящими принципами ВОЗ по туберкулезу можно ознакомиться, посетив страницу сайта ВОЗ WHO TB guidelines: recent updates.



Важнейшие для обеспечения полезного эффекта: медицинские вмешательства

Лечение (продолжение)

Лечение ИППП

ИППП в диспропорциональной степени распространены среди ключевых групп населения; эти болезни следует своевременно диагностировать и лечить в соответствии с руководящими принципами ВОЗ.

Подробные рекомендации по лечению различных ИППП – см.:

Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections [Руководство по ведению клинически выраженных инфекций, передаваемых половым путем] (188).

WHO guidelines for the treatment of *Neisseria gonorrhoeae* [Руководство ВОЗ по лечению гонококковой инфекции] (189).

WHO guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis) [Руководство ВОЗ по лечению сифилитической инфекции] (178).

WHO guideline on syphilis screening and treatment for pregnant women [Руководство ВОЗ по скринингу и лечению сифилиса у беременных женщин] (190).

WHO guidelines for the treatment of *Chlamydia trachomatis* [Руководство ВОЗ по лечению хламидийной инфекции] (191).

WHO guidelines for the treatment of genital herpes simplex virus [Руководство ВОЗ по лечению генитальной инфекции, вызванной вирусом простого герпеса] (192).

Лечение ВГС-инфекции

Существующая рекомендация GRADE ВОЗ рекомендует предлагать лечение всем лицам с диагнозом ВГС-инфекции в возрасте 12 лет и старше, вне зависимости от стадии заболевания (*сильная рекомендация, среднее качество доказательств*) (199).

Существующая рекомендация GRADE ВОЗ рекомендует использовать пангенотипические противовирусные препараты прямого действия (ПППД) для лечения всех взрослых, подростков и детей в возрасте 3 лет и старше с хронической инфекцией, вызванной вирусом гепатита С, независимо от стадии заболевания.

Взрослые (18 лет и старше): (*сильная рекомендация, среднее качество доказательств*).

Подростки (12–17 лет): (*сильная рекомендация, качество доказательств ниже среднего*).

Подробные рекомендации по лечению ВГС-инфекции – см. Руководство по оказанию помощи и лечению при хронической инфекции, вызванной вирусом гепатита С (199).

Updated recommendations on treatment of adolescents and children with chronic HCV infection and HCV simplified service delivery and HCV diagnostics [Обновленные рекомендации по лечению подростков и детей с хронической ВГС-инфекцией, а также по упрощенному предоставлению услуг и диагностике ВГС] (200).

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТНЫЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ

Важнейшие для обеспечения полезного эффекта: медицинские вмешательства

Лечение (продолжение)

Лечение ВГС-инфекции (продолжение)



Новая рекомендация GRADE

Людам с недавно приобретенной ВГС-инфекцией и с сохраняющимся риском следует незамедлительно предлагать лечение противовирусными препаратами прямого действия (ПППД) (*сильная рекомендация, крайне низкая убедительность доказательств*).

Примечания.

- У людей с недавно возникшей инфекцией должна быть возможность обоснованного выбора: начать лечение немедленно или с отсрочкой.
- Такое лечение должно предлагаться наряду с дополнительными, научно обоснованными вмешательствами по снижению риска ВГС-инфекции и с услугами первичной профилактики.

Более подробную информацию о фактических данных, принятии решений, внедрении, соображениях и пробелах в исследованиях, связанных с этой новой рекомендацией, можно найти в [главе 9](#).

Лечение ВГВ-инфекции

Существующая рекомендация GRADE

Следует в приоритетном порядке проводить лечение всем взрослым, подросткам и детям с хроническим гепатитом В и клиническими признаками компенсированного или декомпенсированного цирроза печени (или с циррозом печени, установленным на основании индекса APRI >2 для взрослых) независимо от уровней АЛТ, наличия или отсутствия HBeAg или уровней ДНК ВГВ (195) (*сильная рекомендация, среднее качество доказательств*).

Существующая рекомендация GRADE

Рекомендуется проводить лечение взрослым с хроническим гепатитом В, но без клинических признаков цирроза печени (или на основе индекса APRI ≤ 2 для взрослых) в тех случаях, если они старше 30 лет (особенно важно) и у них постоянно определяются аномальные уровни АЛТ и имеются данные о высоком уровне репликации ВГВ (концентрация ДНК ВГВ >20 000 МЕ/мл), независимо от наличия или отсутствия HBeAg (195) (*сильная рекомендация, среднее качество доказательств*).

Существующая рекомендация GRADE

Если определение ДНК ВГВ недоступно: можно рассматривать назначение лечения только на основе устойчиво патологического уровня АЛТ, независимо наличия или отсутствия HBeAg (195) (*условная рекомендация, низкая убедительность доказательств*).

Подробные рекомендации по лечению ВГВ-инфекции – см. Руководство по хроническому гепатиту В: профилактика, помощь и лечение (202).



Важнейшие для обеспечения медико-санитарного эффекта в более широком плане: медицинские вмешательства

Анальное здоровье


**Новое
руководящее
заявление**

У ВОЗ нет конкретных рекомендаций по анальному здоровью или раку заднего прохода, но у людей, инфицированных ВИЧ, вероятность выявления анального рака по меньшей мере в 20 раз выше, чем у неинфицированных людей (196). Как и рак шейки матки, анальный рак связан с вирусом папилломы человека (ВПЧ), заражение которым можно для любого человека предотвратить с помощью вакцинации¹⁹.

Для выявления анального рака и предраковых состояний (плоскоклеточных интраэпителиальных поражений высокой степени) можно использовать цитологический скрининг, в особой мере показанный для мужчин, практикующих секс с мужчинами, трансгендерных и гендерно разнообразных людей, а также для других людей, как правило практикующих анальный секс.

Помощь в отношении зачатия и беременности

**Существующее
руководящее
заявление
(адаптировано)²⁰**

Важно, чтобы все представители ключевых групп населения имели такую же поддержку и доступ к услугам, связанным с зачатием и беременностью, как и беременные женщины, которые не относятся к ключевым группам населения, определенным руководствами ВОЗ (4).

Имеются различные рекомендации ВОЗ по вопросам зачатия и беременности. Посетите [раздел веб-сайта ВОЗ, посвященный охране здоровья матерей](#).

Частные рекомендации в отношении беременности и ВИЧ – см. Сводное руководство по охране сексуального и репродуктивного здоровья и защите прав женщин, живущих с ВИЧ (204).

Контрацепция

ВОЗ не имеет общей рекомендации по вопросам контрацепции для ключевых групп населения, однако публикует медицинские критерии приемлемости (МЕС) для использования контрацептивов, в которых содержатся рекомендации по безопасности различных методов контрацепции для использования в контексте конкретных состояний и характеристик здоровья (198).

**Существующее
руководящее
указание**

Для женщин с высоким риском заражения ВИЧ все методы гормональной контрацепции и внутриматочные контрацептивы (ВМК) теперь отнесены к категории 1 МЕС. Таким образом, женщины с высоким риском заражения ВИЧ могут использовать любые методы контрацепции без ограничений.

¹⁹ Достижение высокого охвата вакцинацией против ВПЧ среди девочек (>80%) снижает риск заражения ВПЧ у мальчиков. Вакцинация вторичных целевых групп населения, например девушек и женщин в возрасте ≥15 лет или мужчин, рекомендуется только в том случае, если такое вмешательство практически осуществимо, доступно по цене, экономически эффективно и не отвлекает ресурсы от вакцинации первичной целевой группы или от осуществления эффективных программ скрининга на рак шейки матки (197).

²⁰ Настоящее руководящее заявление было переформулировано в целях повышения уровня гендерной инклюзивности.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТНЫЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



Важнейшие для обеспечения медико-санитарного эффекта в более широком плане: медицинские вмешательства

Контрацепция (продолжение)

Подробные рекомендации по вопросам контрацепции – см.:

Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции (206).

Selected practice recommendations for contraceptive use [Избранные практические рекомендации по использованию средств контрацепции] (207).

Contraceptive eligibility for women at high risk of HIV [Приемлемость методов контрацепции для женщин с высоким риском заражения ВИЧ] (208).

Детальная информация по вопросам интеграции служб ВИЧ, планирования семьи и ИППП приведена в [главе 6](#).

Гендерно-подтверждающая помощь²¹

Существующее руководящее указание

Трансгендерным и гендерно разнообразным людям, которые самостоятельно применяют гормоны, подтверждающие гендер, необходим доступ к научно обоснованной информации, качественным препаратам и стерильным принадлежностям для инъекций (187).

Принципы гендерного равенства и прав человека при предоставлении качественных гормональных препаратов для подтверждения гендера, имеют решающее значение для расширения доступа к этому важному вмешательству и уменьшения дискриминации по признаку гендерной идентичности (187).

Психическое здоровье

Существующее руководящее указание

Людям из ключевых групп населения следует проводить регулярный скрининг и оказывать необходимую помощь при выявляемых нарушениях психического здоровья (особенно депрессии и психосоциального стресса) с соблюдением принципов согласия, конфиденциальности и научно обоснованного качества услуг (4).

У ВОЗ нет общих рекомендаций, касающихся профилактики или лечения расстройств психического здоровья для ключевых групп населения. Описание конкретных проблем и рекомендации в области психического здоровья, а также практическое руководство по оказанию помощи при нарушениях психического здоровья в неспециализированных учреждениях здравоохранения предоставлены в рамках программы действий по заполнению пробелов в области охраны психического здоровья (mhGAP) – см. :

Ресурсный центр доказательной базы mhGAP (209).

Руководство mhGAP (210).

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ

²¹ На момент составления данного руководства руководящие принципы ВОЗ по услугам здравоохранения для трансгендерных и гендерно разнообразных людей находились в процессе разработки. Они должны быть опубликованы в 2023 г.



Важнейшие для обеспечения медико-санитарного эффекта в более широком плане: медицинские вмешательства

Профилактика, диагностика и лечение рака шейки матки

Существующая позиция ВОЗ

ВОЗ рекомендует всем странам продолжать процесс общенационального внедрения вакцинации против ВПЧ.

Для профилактики рака шейки матки рекомендованной ВОЗ основной целевой группой населения для вакцинации против ВПЧ являются девочки в возрасте 9–14 лет, до начала половой жизни. В стратегиях вакцинации следует предусматривать приоритетное обеспечение высокого охвата этой группы населения (205).

Существующая рекомендация GRADE

В качестве дополнительного подхода к проведению скрининга на рак шейки матки в возрастной группе 30–60 лет следует предоставлять возможности для самостоятельного взятия образцов для тестирования на ВПЧ (*сильная рекомендация, среднее качество доказательств*) (187).

Существующее руководящее указание

Все люди с женской репродуктивной системой подвержены риску развития рака шейки матки. Рекомендации по профилактике, скринингу и лечению рака шейки матки приведены в руководстве ВОЗ по скринингу и лечению предраковых поражений шейки матки в целях профилактики рака шейки матки, которое включает 16 новых и обновленных рекомендаций и заявлений о надлежащей практике для женщин, живущих с ВИЧ (211, 212).

Подробные рекомендации по профилактике, скринингу и лечению рака шейки матки – см.:

WHO guidelines for screening and treatment of pre-cancer lesions for cervical cancer prevention [Рекомендации ВОЗ по скринингу и лечению предраковых заболеваний для профилактики рака шейки матки] (213).

New WHO recommendations on screening and treatment to prevent cervical cancer among women living with HIV [Новые рекомендации ВОЗ по скринингу и лечению для профилактики рака шейки матки среди женщин, живущих с ВИЧ] (212).

Безопасное прерывание беременности

Существующее руководящее указание

Законы и организация услуг по прерыванию беременности должны защищать здоровье и права всех женщин, в том числе в ключевых группах населения (4).

Существующая рекомендация GRADE

ВОЗ рекомендует: полностью декриминализовать аборты; не принимать (или отменять) законы и другие нормативные акты, ограничивающие право на аборт наличием установленных обоснований; предоставлять возможность прерывания беременности по просьбе женщины, девочки или другого лица, находящегося в состоянии беременности; не принимать (или отменять) законы и другие нормативные акты, запрещающие аборты после достижения определенного срока беременности (*сильные рекомендации*) (213).

Подробные рекомендации по безопасному аборту – см. Руководство по уходу при прерывании беременности (213).

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ УСЛУГ

ПОДРОСТКИ И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ



ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТНЫЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ

Важнейшие для обеспечения медико-санитарного эффекта в более широком плане: медицинские вмешательства

Скрининг и лечение в связи с опасным и вредным употреблением алкоголя и других психоактивных веществ

Существующая рекомендация GRADE (адаптировано)²² Все ключевые группы населения с опасным и вредным употреблением алкоголя или других психоактивных веществ должны иметь доступ к научно обоснованным вмешательствам, в том числе к кратким психосоциальным вмешательствам, включающим оценку, получение обратной связи и предоставление совета (*условная рекомендация, крайне низкая убедительность доказательств*) (4, 209, 210).

Подробная информация о рекомендуемых научно обоснованных вмешательствах для скрининга и предоставления помощи при опасном и вредном употреблении наркотиков и алкоголя – см.:

MhGAP Evidence Resource Centre [Ресурсный центр доказательной базы mhGAP] (208).

Руководство mhGAP (210).

The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) [Скрининг-тест по выявлению употребления алкоголя, табака и других психоактивных веществ] (217).

Международные стандарты лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств (218).

Профилактика, раннее выявление (скрининг), диагностика и лечение туберкулеза

Существующая рекомендация GRADE В тюрьмах и других пенитенциарных учреждениях следует проводить систематический скрининг на туберкулез (*сильная рекомендация, крайне низкая убедительность доказательств*) (198).

Существующая рекомендация GRADE Систематический скрининг на туберкулез целесообразно проводить среди субпопуляций со структурными факторами риска развития туберкулеза. Речь может идти о следующих группах: малоимущие слои городского населения; бездомные; сообщества в отдаленных или труднодоступных районах, общины коренных народов; мигранты, беженцы и внутренне перемещенные лица; другие уязвимые или маргинализованные группы населения с ограниченным доступом к услугам медицинской помощи (*условная рекомендация, крайне низкая убедительность доказательств*) (198).

Существующая рекомендация GRADE Систематическое тестирование на туберкулезную инфекцию и ее лечение могут быть показаны следующим категориям лиц: люди, находящиеся в местах лишения свободы; медицинские работники; иммигранты из стран с высоким бременем туберкулеза; бездомные; люди, употребляющие наркотики (*условная рекомендация, степень достоверности оценок эффекта – от низкой до крайне низкой*) (214).

²² Первоначальная формулировка рекомендации была следующей: Все представители ключевых групп населения, злоупотребляющие алкоголем или употребляющие другие психоактивные вещества, должны иметь доступ к научно обоснованным вмешательствам, в том числе к кратким психосоциальным вмешательствам, включающим оценку, получение обратной связи и предоставление совета.



Важнейшие для обеспечения медико-санитарного эффекта в более широком плане: медицинские вмешательства

Профилактика, раннее выявление (скрининг), диагностика и лечение туберкулеза (продолжение)

Существующая рекомендация GRADE

В условиях, при которых распространенность ТБ среди населения в целом составляет 100/100 000 человек или выше, систематический скрининг на туберкулез целесообразно проводить среди лиц, подверженных риску заражения ТБ*, которые либо обращаются за медицинской помощью, либо уже получают ее (*условная рекомендация, крайне низкая убедительность доказательств*) (198).

* Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ и с употреблением алкоголя, считаются факторами риска.

Дополнительные рекомендации по профилактике, скринингу, диагностике и лечению туберкулеза – см.

Consolidated guidelines on tuberculosis Module 1: Prevention: Tuberculosis preventive treatment [Сводное руководство ВОЗ по борьбе с туберкулезом. Модуль 1: Профилактическое лечение туберкулеза] (214).

Сводное руководство ВОЗ по борьбе с туберкулезом. Модуль 2: Скрининг. Систематический скрининг на туберкулез (198).

Consolidated guidelines on tuberculosis: module 3: Diagnosis: Rapid diagnostics for tuberculosis detection [Сводное руководство ВОЗ по борьбе с туберкулезом. Модуль 3: Диагностика. Экспресс-тесты для выявления туберкулеза] (215).

Сводное руководство ВОЗ по туберкулезу. Модуль 4: Лечение. Лечение лекарственно-устойчивого туберкулеза (216).

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТНЫЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



Вспомогательные вмешательства

В поддержку осуществления вышеперечисленных вмешательств могут применяться различные меры, такие как поведенческие вмешательства, консультирование, формирование спроса, информирование и просвещение. При разработке настоящего руководства мы не нашли доказательств эффективности консультационных вмешательств, направленных на изменение рискованных форм поведения (см. ниже).

Фактические данные, относящиеся к другим типам поведенческих или поддерживающих вмешательств, не были рассмотрены, и руководящие указания ВОЗ по этим вмешательствам носят ограниченный характер, однако они могут быть полезными в зависимости от контекста и целевой группы. Речь идет о следующих вмешательствах:

- информирование и просветительные мероприятия, которые помогают ключевым группам населения получить представление о состоянии своего здоровья, о рисках для здоровья, а также о доступных услугах и юридических правах;
- вмешательства, способствующие повышению спроса на получение научно обоснованных услуг в связи с ВИЧ, вирусными гепатитами и ИППП;
- поддерживающее консультирование, которое не направлено на изменение поведения;
- консультирование по вопросам психического здоровья.

В целом, эффективному принятию мер по изменению поведения и улучшению охвата ключевых групп населения надлежащими услугами мешают описанные в предыдущей [главе](#) структурные барьеры, которые следует устранять в приоритетном порядке.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ

Поведенческие вмешательства



Новое заявление о передовой практике

При планировании и осуществлении мер реагирования в связи с ВИЧ, вирусными гепатитами и ИППП руководители, определяющие политику, и поставщики услуг должны знать, что консультационные поведенческие вмешательства для ключевых групп населения, направленные на изменение поведения в целях снижения соответствующих рисков, не оказывают подтвержденного влияния ни на заболеваемость ВИЧ-инфекцией, вирусными гепатитами и ИППП, ни на выраженность рискованных форм поведения, таких как незащищенный секс и совместное использование игл и шприцев. Консультирование и распространение информации, не направленные на изменение поведения, могут быть важным компонентом взаимодействия с ключевыми группами населения, и такие меры должны осуществляться без оценочных суждений, наряду с другими профилактическими мероприятиями и с привлечением членов соответствующих сообществ.

Примечания.

- Устранение структурных и социальных барьеров имеет решающее значение для создания условий, позволяющих осуществлять поддерживающее и действенное консультирование.
- Не рекомендуется проводить консультационные мероприятия, направленные на воздержание от употребления наркотиков, реабилитацию секс-работников с прекращением этого вида работы или полный отказ от употребления наркотиков, либо «излечение» от гомосексуальности или гендерной неконгруэнтности (например, путем так называемой конверсионной терапии)*. Такие меры лишь создают дополнительные барьеры для доступа ключевых групп населения к необходимым услугам.

* Принудительное лечение от наркотической зависимости, так называемая конверсионная терапия, и реабилитация секс-работников противоречат принципам прав человека и медицинской этики, таким как добровольное согласие, свобода от произвольного лишения свободы, доступ к качественным услугам здравоохранения, свобода от пыток и жестокого, бесчеловечного и унижающего достоинство обращения.

Более подробную информацию о фактических данных, принятии решений, внедрении, соображениях и пробелах в исследованиях, связанных с этим новым заявлением о передовой практике, можно найти в главе [Дополнительная информация](#).



ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОБНОСТИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ

ГЛАВА 5

Наборы вмешательств,
по ключевым группам





Введение

В настоящей главе представлены вышеописанные рекомендуемые вмешательства в виде наборов для каждой ключевой группы населения. Следует отметить, что между различными ключевыми группами существует множество перекрестных связей; например, секс-работники могут одновременно являться людьми, употребляющими инъекционные наркотики; мужчины, практикующие секс с мужчинами, могут это делать за деньги, и для таких людей могут потребоваться дополнительные вмешательства, помимо тех, что представлены ниже. Помощь, ориентированная на нужды людей, означает оценку потребностей каждого человека в области здравоохранения и предоставление научно обоснованных вмешательств с обеспечением их комплексного характера и доступности. Приведенные ниже таблицы с описанием наборов служат исключительно целям общего методического руководства.

Секс-работники

Общие сведения

Секс-работники, секс-работницы – это взрослые (не младше 18 лет) женщины, мужчины, трансгендерные и гендерно разнообразные люди, регулярно или эпизодически оказывающие сексуальные услуги в обмен на деньги или товары. Секс-работа в качестве секса по обоюдному согласию между взрослыми людьми может осуществляться в многочисленных формах и варьируется между странами и сообществами и внутри них. Эта деятельность также варьируется по степени формальной организованности (4, 85). Контакты между секс-работниками и их клиентами все чаще происходят в онлайн-формате.

Согласно положениям Конвенции о правах ребенка, дети и подростки в возрасте до 18 лет, которые обменивают секс на деньги, товары или услуги, подвергаются «сексуальной эксплуатации» и не рассматриваются в качестве секс-работников (219, 220). (Вопросы, относящиеся к юным членам ключевых групп населения, – см. главу [Подростки и молодежь](#).)

Во многих странах секс-работники крайне уязвимы к ВИЧ и ИППП в результате воздействия множества факторов, включая большое число сексуальных партнеров, небезопасные условия, сложности в получении согласия клиента на постоянное использование презервативов, пересекающиеся социальные детерминанты плохого состояния здоровья. К последним относятся отсутствие социальной защиты, неудовлетворительные жилищные условия, дефицит продовольствия, ограниченные возможности получения образования и инвалидность. Более того, секс-работники часто имеют ограниченный контроль над этими факторами из-за структурных барьеров, которые повышают риск незащищенного секса и сокращают доступ к медицинским услугам (см. главу [Благоприятствующие факторы](#)). В частности, секс-работники нередко становятся объектом преследования со стороны правоохранителей, которые, например, конфискуют презервативы и мобильные телефоны и используют их наличие в качестве доказательств секс-бизнеса; подвергаются насилию со стороны сотрудников правоохранительных органов, клиентов и интимных партнеров; сталкиваются со стигматизацией и дискриминацией при обращении за медицинской помощью и в других обстоятельствах. Под влиянием этих негативных факторов секс-работники в непропорционально высокой степени страдают от ВИЧ и ИППП. Новейшие данные, касающиеся ВИЧ, сифилиса и секс-работников, приведены в Атласе ключевых групп населения ЮНЭЙДС (221).

Рекомендуемый набор вмешательств для секс-работников включает благоприятствующие меры, которые должны быть реализованы в приоритетном порядке, в том числе декриминализация секс-бизнеса (а именно, исключение из уголовных кодексов деяний, предусматривающих уголовную ответственность секс-работников, их клиентов и третьих

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



сторон). Устранение этих барьеров не только обеспечит соблюдение прав секс-работников, но и окажет влияние на ситуацию с ВИЧ, ИППП и вирусными гепатитами во всех условиях, где секс-работа криминализована, а секс-работники подвергаются стигматизации, дискриминации и насилию (69, 76). Другими важными вмешательствами являются меры здравоохранения, направленные на профилактику, тестирование и лечение ВИЧ-инфекции и ИППП.

Большинство участников качественного исследования ценностей и предпочтений ключевых групп населения (подробный отчет – см. [Веб-приложение В](#)) выступили против периодического презумптивного лечения (ППЛ) ИППП, ссылаясь как на медицинские, так и на этические соображения. Участники отметили ряд потенциальных рисков для здоровья, связанных с длительным приемом антибиотиков, включая устойчивость к антибиотикам, повреждение почек, депрессию и негативное воздействие на показатели вагинального здоровья. Кроме того, участники выразили обеспокоенность по поводу этических последствий ППЛ и его роли в провоцировании стигматизации и уязвимости. Другие подтвердили роль ППЛ в укреплении стереотипов о секс-работниках как переносчиках болезней. В качестве альтернативы ППЛ участники подчеркнули необходимость расширять доступ к тестированию на ИППП и научно обоснованным методам профилактики. По этим причинам в настоящее руководство не включена рекомендация о проведении ППЛ ИППП для секс-работников. Если секс-работник пожелает предотвратить заражение ИППП с помощью ППЛ, проведение такого вмешательства всегда должно быть добровольным, при полном понимании потенциальных осложнений, только в условиях, когда этиологическая диагностика невозможна, и после консультации с медицинским работником.

ВОЗ рекомендует в приоритетном порядке расширить доступ к этиологической диагностике ИППП для секс-работников, а также предлагать им прохождение периодического скрининга на бессимптомные ИППП. Периодический добровольный скрининг на ВИЧ и основные излечимые ИППП, такие как сифилис, гонорея и хламидиоз, весьма актуален для секс-работников ввиду возможности тяжелых осложнений ИППП, включая бесплодие. В случаях беременности нелеченые ИППП также могут приводить к серьезным неблагоприятным исходам для ребенка, таким как недоношенность, неонатальная смерть, низкий вес при рождении и врожденные аномалии. ВОЗ дает конкретные рекомендации по лечению основных ИППП, супрессивной терапии генитального герпеса и по синдромальному лечению при невозможности постановки этиологического диагноза (188).

В то время как свидетельства повышенной распространенности ВГС- и ВГВ-инфекции среди мужчин, практикующих секс с мужчинами, очевидны (13), опасения по поводу вирусных гепатитов у женщин, трансгендерных и гендерно разнообразных секс-работников возникли сравнительно недавно и имеющиеся ограниченные данные не позволяют сформировать полное представление о глобальной распространенности ВГС- и ВГВ-инфекции среди этих групп населения. Для женщин, трансгендерных и гендерно разнообразных секс-работников, живущих с ВИЧ, может быть повышен риск заражения ВГС и ВГВ (222), хотя доказательств недостаточно, и дополнительные маломасштабные исследования показали повышенный риск моноинфекций (19). Вместе с тем распространенность ВГС-инфекции высока среди людей, употребляющих инъекционные наркотики (223) и у находящихся в местах лишения свободы (224). Имеющиеся значительные пересечения между этими двумя группами и женщинами, трансгендерными и гендерно разнообразными секс-работниками указывают на необходимость обеспечения для секс-работников доступа к услугам профилактики, тестирования и лечения вирусных гепатитов. Поэтому профилактика, тестирование и лечение вирусных гепатитов включены в пакет основных медицинских вмешательств для всех секс-работников.

Серьезную озабоченность вызывают и другие аспекты здоровья секс-работников, в том числе: сексуальное и репродуктивное здоровье (безопасный аборт, контрацепция, зачатие

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



и дородовая помощь); профилактика рака шейки матки и аноректального рака; скрининг и оказание помощи при нарушениях психического здоровья, а также в связи с опасным или вредным употреблением алкоголя и психоактивных веществ. В частности, результаты качественного исследования, проведенного четырьмя глобальными сетями ключевых групп населения, показали, что решение проблемы психического здоровья имеет для них приоритетное значение. Глобальные данные о туберкулезе среди секс-работников отсутствуют, однако те из них, кто проживают и работают в условиях скученности, могут подвергаться повышенному риску заболевания туберкулезом. Таким образом, вмешательства, направленные на решение более широких проблем здравоохранения помимо ВИЧ-инфекции, ИППП и вирусных гепатитов, имеют существенное значение, и необходимо обеспечить доступ к ним для ключевых групп населения.

Набор основных вмешательств для секс-работников не включает те, которые конкретно связаны с профилактикой ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов для людей, употребляющих инъекционные наркотики (а именно, ПОШ, ПТАО и налоксон для лечения передозировки), или с гендерно-подтверждающей помощью для трансгендерных и гендерно разнообразных людей. Тем не менее для секс-работников, употребляющих инъекционные наркотики или являющихся трансгендерными и гендерно разнообразными людьми, такие вмешательства должны быть доступны в полном соответствии с конкретными наборами для этих ключевых групп населения.

Рекомендуемый набор для секс-работников

Порядок расположения вмешательств не отражает их приоритетности.

Важнейшие для обеспечения полезного эффекта: вмешательства в отношении благоприятствующих факторов

- Отмена карательных законов, политики и практики
- Сокращение стигматизации и дискриминации
- Расширение прав и возможностей сообществ
- Борьба с насилием

Важнейшие для обеспечения полезного эффекта: медицинские вмешательства

Профилактика ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов и ИППП

- Презервативы и лубрикант
- Доконтактная профилактика ВИЧ-инфекции
- Постконтактная профилактика ВИЧ-инфекции и ИППП
- Профилактика вертикальной передачи ВИЧ-инфекции, сифилиса и ВГВ-инфекции
- Вакцинация против гепатита В
- Борьба с негативными последствиями практики химсекса

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



Диагностика

Тестирование на ВИЧ-инфекцию

Тестирование на ИППП

Тестирование на гепатиты В и С

Лечение

Лечение ВИЧ-инфекции

Раннее выявление (скрининг), диагностика, лечение и профилактика ВИЧ-ассоциированного туберкулеза

Лечение ИППП

Лечение ВГВ- и ВГС-инфекции

Важнейшие для обеспечения медико-санитарного эффекта в более широком плане: медицинские вмешательства

Анальное здоровье

Помощь в отношении зачатия и беременности

Контрацепция

Психическое здоровье

Профилактика, диагностика и лечение рака шейки матки

Безопасное прерывание беременности

Скрининг и лечение в связи с опасным и вредным употреблением алкоголя и других психоактивных веществ

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТНЫЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



Люди, употребляющие инъекционные наркотики

Общие сведения

Люди, употребляющие инъекционные наркотики, – это люди, вводящие в свой организм психоактивные вещества в немедицинских целях с помощью инъекций. К таким веществам, в частности, относятся опиоиды, стимуляторы амфетаминового ряда, кокаин и гипноседативные средства, включая новые психоактивные вещества²³. Введение может осуществляться внутривенно, внутримышечно, подкожно или с использованием иных видов инъекционного доступа. К этой категории лиц не относятся люди, делающие себе инъекции лекарственных препаратов в лечебных целях, то есть терапевтические инъекции. Настоящее руководство ориентировано в первую очередь на людей, употребляющих инъекционные наркотики, поскольку они подвержены повышенному риску передачи ВИЧ и ВГС в результате совместного использования контаминированных кровью принадлежностей для инъекций, однако положения руководства также во многом актуальны применительно к людям, которые употребляют психоактивные вещества другими способами, например интраназально, посредством курения или приема внутрь (4).

Во многих странах употребление или хранение наркотиков криминализировано, и почти в каждой стране это считается аморальным, а люди, употребляющие наркотики, подвергаются значительной стигматизации и дискриминации (см. главу 3). На момент составления настоящего руководства степень охвата научно обоснованными услугами ПОШ и ПТАО была крайне низкой (224). Как прямое следствие, люди, употребляющие инъекционные наркотики, несут непропорционально тяжелое бремя ВИЧ и вирусных гепатитов. Самые свежие данные, касающиеся ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов среди лиц, употребляющих инъекционные наркотики, можно найти в Атласе ключевых групп населения ЮНЭЙДС (221), Всемирном докладе о наркотиках (226) и в докладах о глобальном состоянии снижения вреда (227).

Для воздействия на ВИЧ и вирусные гепатиты необходимо устранить структурные барьеры для людей, употребляющих инъекционные наркотики, в частности обеспечить декриминализацию употребления наркотиков и их хранения для личного пользования, исключить практику принудительного направления в центры лечения наркомании, проводить борьбу с насилием, стигматизацией и дискриминацией и расширять права и возможности сообществ людей, употребляющих наркотики. Эти люди сталкиваются с дополнительными препятствиями в доступе к медицинским услугам, когда прекращение употребления наркотиков является условием для получения таких услуг. Женщины, употребляющие инъекционные наркотики, могут подвергаться большей стигматизации, чем мужчины, и многие продают секс, чтобы заплатить за наркотики как для себя, так и для своего партнера. Из-за страха потерять опеку над своими детьми матери, употребляющие инъекционные наркотики, реже обращаются в службы охраны репродуктивного здоровья и за получением других видов медицинской помощи (228). Они могут чаще подвергаться преследованиям со стороны полиции и насилию, чем мужчины, употребляющие инъекционные наркотики. Очевидно влияние этих барьеров на заражение ВИЧ и вирусными гепатитами (65, 74, 229), и по этой причине вмешательства в отношении благоприятствующих факторов, перечисленные в таблице ниже, считаются важными для людей, употребляющих инъекционные наркотики.

Один из ключевых элементов системы укрепления общественного здоровья, который доказал свою высокую эффективность в ослаблении пагубного воздействия употребления

²³ УНП ООН использует термин «новые психоактивные вещества» со следующим определением: вещества, которые являются предметом злоупотребления либо в чистом виде, либо в виде препаратов и которые не регулируются Единой конвенцией о наркотических средствах 1961 года или Конвенцией о психотропных веществах 1971 года, но могут представлять угрозу общественному здоровью (2).

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



инъекционных наркотиков на отдельных людей и на сообщества, – это снижение вреда. ВОЗ определяет снижение вреда как комплексный набор научно обоснованных вмешательств, осуществляемых с позиций общественного здравоохранения и с соблюдением прав человека. Этот набор включает ПОШ, ПТАО и применение налоксона для лечения передозировки. К мерам снижения вреда также относятся направления проводимой политики и стратегии, которые нацелены на предотвращение серьезного вреда здоровью населения и отдельных лиц, наносимого, в частности, ВИЧ-инфекцией, вирусными гепатитами и передозировкой, но не предусматривают обязательного прекращения употребления наркотиков.

В условиях высокой распространенности и частоты новых случаев ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С среди лиц, употребляющих инъекционные наркотики, страны должны уделять приоритетное внимание осуществлению вмешательств, направленных на профилактику (в частности, ПОШ, ПТАО и применение налоксона для лечения передозировки), тестирование и лечение этих инфекций.

Одно из научно обоснованных вмешательств по предотвращению ВИЧ-инфицирования – это доконтактная профилактика (ДКП). Имеются убедительные доказательства того, что ДКП обеспечивает высокую степень защиты от передачи ВИЧ половым путем, однако данные о профилактике парентеральной передачи ВИЧ носят более ограниченный характер. Услуги ДКП для людей, употребляющих инъекционные наркотики, и их сексуальных партнеров могут быть полезны как для предотвращения передачи инфекции половым путем, так и, вероятно, для профилактики ВИЧ-инфицирования в результате небезопасной практики инъекций. Услуги ДКП не должны заменять программы обмена шприцев и игл (ПОШ), которые наиболее эффективно предотвращают заражение ВИЧ и другими инфекциями, передаваемыми через кровь (включая ВГС) при употреблении инъекционных наркотиков.

В рамках комплексных подходов к профилактике ВИЧ необходимы дополнительные исследования ценностей и предпочтений людей, употребляющих инъекционные наркотики, по отношению к ДКП, а также разработка оптимальных методов предоставления этой группе населения услуг ДКП в целях повышения уровня их эффективного использования (в том числе с помощью комплексных и интегрированных моделей оказания помощи на уровне сообществ).

Хотя точные глобальные оценки показателей ИППП среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, отсутствуют, эти группы населения могут подвергаться повышенному риску ИППП, особенно люди, практикующие химсекс или использующие средства стимулирующего действия. По результатам исследования ценностей и предпочтений, женщины, употребляющие инъекционные наркотики, придают большую важность услугам в связи с ИППП. Поэтому люди, употребляющие инъекционные наркотики, должны иметь доступ к тестированию, диагностике и лечению ИППП.

Люди, употребляющие инъекционные наркотики, подвергаются повышенному риску туберкулеза, независимо от их ВИЧ-статуса, при этом туберкулез является ведущей причиной смертности в связи с ВИЧ-инфекцией среди людей, употребляющих инъекционные наркотики (230, 231). Профилактика, скрининг, диагностика и лечение туберкулеза включены в набор вмешательств, необходимых для общего поддержания здоровья людей, употребляющих инъекционные наркотики. Другие распространенные проблемы со здоровьем у членов этой группы населения связаны с небезопасной практикой инъекций и включают повреждения нервов и вен, абсцессы и кожные инфекции.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТНЫЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



Рекомендуемый набор для людей, употребляющих инъекционные наркотики

Порядок расположения вмешательств не отражает их приоритетности.

Важнейшие для обеспечения полезного эффекта: вмешательства в отношении благоприятствующих факторов

Отмена карательных законов, политики и практики

Сокращение стигматизации и дискриминации

Расширение прав и возможностей сообществ

Борьба с насилием

Важнейшие для обеспечения полезного эффекта: медицинские вмешательства

Профилактика ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов и ИППП

Снижение вреда (ПОШ, ПТАО и налоксон для оказания помощи при передозировке)

Презервативы и лубрикант

Доcontactная профилактика ВИЧ-инфекции²⁴

Постcontactная профилактика ВИЧ-инфекции и ИППП

Профилактика вертикальной передачи ВИЧ-инфекции, сифилиса и ВГВ-инфекции

Вакцинация против гепатита В

Борьба с негативными последствиями практики химсекса

Диагностика

Тестирование на ВИЧ-инфекцию

Тестирование на ИППП

Тестирование на гепатиты В и С

Лечение

Лечение ВИЧ-инфекции

Раннее выявление (скрининг), диагностика, лечение и профилактика ВИЧ-ассоциированного туберкулеза

Лечение ИППП

Лечение ВГВ- и ВГС-инфекции

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ

²⁴ Примечание: по результатам качественного исследования, люди, употребляющие инъекционные наркотики, считают более важным для себя доступ к услугам по снижению вреда (ПОШ, ПТАО и налоксон для лечения передозировки), чем доступ к ДКП.



Важнейшие для обеспечения медико-санитарного эффекта в более широком плане: медицинские вмешательства

Помощь в отношении зачатия и беременности

Контрацепция

Психическое здоровье

Профилактика, диагностика и лечение рака шейки матки

Безопасное прерывание беременности

Скрининг и лечение в связи с опасным и вредным употреблением алкоголя и других психоактивных веществ

Профилактика, раннее выявление (скрининг), диагностика и лечение туберкулеза

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ УСЛУГ

ПОДРОСТКИ И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ





Мужчины, практикующие секс с мужчинами

Общие сведения

Мужчины, практикующие секс с мужчинами, – мужчины, вступающие в половые отношения с другими мужчинами. Понятия **мужчины** и **секс** трактуются по-разному в различных культурах и обществах, а также на индивидуальном уровне. Таким образом, данный термин включает широкое разнообразие условий и контекстов секса между мужчинами, вне зависимости от многочисленных мотивов вступления в сексуальные отношения, половой и гендерной самоидентификации и принадлежности к тому или иному сообществу или к какой-либо социальной группе.

Мужчины, практикующие секс с мужчинами, непропорционально чаще страдают от ВИЧ-инфекции, гепатита С (13), гепатита В (232) и ИППП (29, 32, 233). Среди мужчин, практикующих секс с мужчинами, нередко возникают вспышки гепатита А (234–238), которые можно предотвратить с помощью вакцинации. Этот повышенный риск отчасти обусловлен более легкой передачей вышеперечисленных инфекций при незащищенном анальном сексе, а также синдемическими особенностями, такими как повышенный риск заражения ВИЧ у лиц с ИППП (240) или повышенный риск заражения ВГС у мужчин, практикующих секс с мужчинами, живущими с ВИЧ (13).

Некоторые мужчины, практикующие секс с мужчинами, могут также практиковать химсекс – сексуальную активность на фоне приема психоактивных веществ, преимущественно стимуляторов, обычно с участием многочисленных партнеров и в течение длительного времени, что при отсутствии доступа к услугам профилактики, диагностики и лечения повышает риск всех трех групп инфекций.

Стойкие структурные барьеры, такие как криминализация секса по обоюдному согласию между мужчинами, стигматизация, дискриминация и насилие в отношении этих категорий мужчин, сокращают доступ к услугам профилактики, тестирования и лечения, способствуя повышению риска заражения (см. главу [Благоприятствующие факторы](#)).

Основной набор вмешательств для мужчин, практикующих секс с мужчинами, включает в себя вмешательства в отношении благоприятствующих факторов, позволяющие в приоритетном порядке устранить структурные барьеры, в частности обеспечить декриминализацию однополого секса. Основные медицинские вмешательства, направленные на борьбу с ВИЧ, ИППП и вирусными гепатитами, включают меры профилактики, такие как ДКП, диагностика и лечение всех трех групп инфекций. Мужчины, практикующие секс с мужчинами, употребляющими инъекционные наркотики, также нуждаются в доступе к вмешательствам по снижению вреда (ПОШ, ПТАО и налоксон для лечения передозировки).

Вмешательства, направленные на общее поддержание здоровья, к которым должен быть обеспечен доступ для мужчин, практикующих секс с мужчинами, включают скрининг на предмет расстройств психического здоровья и их лечение, а также оказание помощи в связи с опасным или вредным употреблением алкоголя и наркотиков. Кроме того, с учетом непропорционально высокой частоты случаев аноректального рака среди мужчин, практикующих секс с мужчинами, следует предусмотреть для этой группы населения возможность скрининга и лечения данного вида онкологической патологии.

Новейшие данные, касающиеся ВИЧ, сифилиса и мужчин, практикующих секс с мужчинами, приведены в Атласе ключевых групп населения ЮНЭЙДС (221).

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



Рекомендуемый набор вмешательств для мужчин, практикующих секс с мужчинами

Порядок расположения вышеперечисленных вмешательств не отражает их приоритетности.

Важнейшие для обеспечения полезного эффекта: вмешательства в отношении благоприятствующих факторов

Отмена карательных законов, политики и практики

Сокращение стигматизации и дискриминации

Расширение прав и возможностей сообществ

Борьба с насилием

Важнейшие для обеспечения полезного эффекта: медицинские вмешательства

Профилактика ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов и ИППП

Презервативы и лубрикант

Доконтактная профилактика ВИЧ-инфекции

Постконтактная профилактика ВИЧ-инфекции и ИППП

Профилактика вертикальной передачи ВИЧ-инфекции, сифилиса и ВГВ-инфекции

Вакцинация против гепатита В

Борьба с негативными последствиями практики хймсекса

Диагностика

Тестирование на ВИЧ-инфекцию

Тестирование на ИППП

Тестирование на гепатиты В и С

Лечение

Лечение ВИЧ-инфекции

Раннее выявление (скрининг), диагностика, лечение и профилактика ВИЧ-ассоциированного туберкулеза

Лечение ИППП

Лечение ВГВ- и ВГС-инфекции

Важнейшие для обеспечения медико-санитарного эффекта в более широком плане: медицинские вмешательства

Анальное здоровье

Психическое здоровье

Скрининг и лечение в связи с опасным и вредным употреблением алкоголя и других психоактивных веществ

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



Трансгендерные и гендерно разнообразные люди

Общие сведения

Трансгендерные и гендерно разнообразные люди – обобщающий термин для обозначения всех людей, чья гендерная идентичность, социальные роли и самовыражение не соответствуют нормам и ожиданиям, традиционно связанным с паспортным полом, присвоенным им при рождении; в эту группу входят трансгендеры, транссексуалы и другие люди с гендерной неконформностью. Трансгендерные и гендерно разнообразные люди могут идентифицировать себя в качестве трансгендеров, женщин, мужчин, транс-женщин или транс-мужчин, транссексуалов и демонстрировать многие другие варианты гендерно неконформной идентичности. Они могут выражать свой гендер различными мужскими, женскими и/или андрогинными признаками. Высокая уязвимость и особые потребности в области охраны здоровья трансгендерных и гендерно разнообразных людей требуют особого и независимого статуса в глобальной борьбе с ВИЧ (4, 241).

Трансгендерные и гендерно разнообразные люди, как и члены всех других ключевых групп населения, сталкиваются со структурными барьерами, такими как криминализация, стигматизация и дискриминация, но при этом подвергаются крайне высокому риску сексуального и физического насилия (242–245). Имеются многочисленные свидетельства о высоком уровне стигматизации и дискриминации в отношении трансгендерных и гендерно разнообразных людей в медицинских учреждениях (101). Насилие, стигматизация и дискриминация повышают уязвимость данной группы, в частности к расстройствам, связанным с употреблением психоактивных веществ, нарушениям пищевого поведения, депрессии, ВИЧ и другим инфекциям, передаваемым половым путем, провоцируют суицидальные попытки и ставят под угрозу доступ трансгендерных и гендерно разнообразных людей к медицинским услугам, снижая уровень их использования (102, 103, 241). Например, сообщалось, что в определенных сообществах более половины трансгендерного населения страдает от депрессии (241), и было показано, что качество жизни членов этой группы до удовлетворения запроса на гормональную терапию было значительно ниже, чем среди населения в целом (246). Кроме того, существуют специфические барьеры, обусловленные отсутствием юридического признания нетрадиционных видов гендерной идентичности и самовыражения, которые препятствуют доступу к медицинским и другим услугам и ограничивают участие как в государственных, так и в частных схемах медицинского страхования. В частности, нередко отсутствует доступ к гендерно-чувствительной помощи для трансгендерных и гендерно разнообразных людей, а медицинские работники не обладают навыками оказания помощи с учетом конкретных потребностей данной группы населения (247).

Трансгендерные и гендерно разнообразные люди подвержены непропорционально высокому риску ВИЧ-инфекции и ИППП (31, 248). Хотя данные ограничены, исследования также показали высокую распространенность вирусных гепатитов В и С среди членов этой группы населения (21). Новейшие данные, касающиеся ВИЧ, сифилиса и трансгендерных и гендерно разнообразных людей, приведены в Атласе ключевых групп населения ЮНЭЙДС (221).

Гендерно-подтверждающая помощь может включать любые из следующих вмешательств: гормональная терапия; пластические операции на верхней части тела (например, пластика лица, грудной клетки, молочных желез); пластические операции на нижней части тела (например, вагинопластика, фаллопластика, метоидиопластика и др.). По оценкам сообществ трансгендерных и гендерно разнообразных людей, гендерное подтверждение – это нередко приоритетное вмешательство, но доступ к нему часто затруднен из-за недостаточного предложения, высокой стоимости и исключения гендерно-подтверждающих вмешательств из национальных пакетов услуг здравоохранения. Сообщается, что широко

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



распространена, особенно в странах с низким и средним уровнем дохода (СНСД), практика введения промышленного силикона или выполнение других незаконных подкожных инъекций, а также применение немедицинских филлеров (249, 250). Эти вмешательства могут, в частности, вызывать обезображивание, повреждение кожи, аллергические реакции, тромбоз, силиконовую эмболию легочной артерии, тяжелые аутоиммунные заболевания и заболевания соединительной ткани (251). Кроме того, сообщалось, что среди трансгендерных и гендерно разнообразных людей весьма распространено употребление небезопасных и незарегистрированных гормональных препаратов (252).

Важно, чтобы содержание в организме гормонов, вводимых в целях гендерного подтверждения, оставалось в пределах соответствующих физиологических уровней, чтобы избежать негативных последствий для здоровья, а трансгендерные и гендерно разнообразные люди, которые самостоятельно вводят себе гормоны, нуждаются в доступе к объективно обоснованной информации, надлежащим препаратам и стерильным принадлежностям для инъекций (195, 253). Юные и взрослые трансгендерные и гендерно разнообразные люди нередко используют другие немедицинские стратегии модификации тела, включая утягивание мужских гениталий и тугое бинтование молочных желез; имеются лишь немногочисленные исследования распространенности этих методов гендерного подтверждения и связанных с ними рисков и полезных эффектов (253).

Рекомендуемый набор вмешательств для трансгендерных и гендерно разнообразных людей включает вмешательства в отношении благоприятствующих факторов, которые следует осуществлять в приоритетном порядке для устранения барьеров, в частности обеспечивать признание гендерного разнообразия в законах, политике и практике.

Набор медицинских вмешательств отражает сложные и разнообразные потребности трансгендерных и гендерно разнообразных людей. Для достижения максимального позитивного эффекта таким людям необходимо предоставлять доступ ко всему спектру вмешательств в области профилактики, тестирования и лечения в связи с ВИЧ-инфекцией, вирусными гепатитами и ИППП. Эти вмешательства включают доступ к профилактике вертикальной передачи ВИЧ, ВГВ и сифилиса для беременных трансгендерных и гендерно разнообразных людей, а также снижение вреда (ПОШ, ПТАО и налоксон для лечения передозировки) для трансгендерных и гендерно разнообразных людей, практикующих инъекционное введение наркотиков или других препаратов, таких как силиконовый гель, для гендерного подтверждения. Вмешательства по поддержанию здоровья в целом включают: меры охраны сексуального и репродуктивного здоровья; скрининг и оказание помощи в связи с опасным или вредным употреблением наркотиков и алкоголя и с расстройствами психического здоровья; профилактику, диагностику и лечение рака шейки матки и аноректального рака. Доступ к безопасной и научно обоснованной гендерно-подтверждающей помощи следует рассматривать в качестве важнейшего компонента охраны здоровья трансгендерных и гендерно разнообразных людей, а также как важную точку входа для предоставления услуг в связи с ВИЧ, ИППП и вирусным гепатитом и других видов медицинской помощи.

В Международной классификации болезней (МКБ-11) изменено понятие гендерной идентичности применительно к вопросам здоровья. В частности, гендерное несоответствие [gender incongruence] определяется как состояние, имеющее отношение к сексуальному здоровью, а не к психическим и поведенческим расстройствам (237). Это является отражением фактических данных, свидетельствующих о том, что трансгендерные и гендерно разнообразные виды идентичности не являются нарушениями психики, и отнесение их к таковым может вызывать резко выраженную стигматизацию. Включение понятия «гендерное несоответствие» в МКБ должно обеспечить доступ для трансгендерных и гендерно разнообразных людей к услугам гендерно-подтверждающей медицинской помощи, покрываемым схемами медицинского страхования.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



Рекомендуемый набор вмешательств для трансгендерных и гендерно разнообразных людей

Порядок расположения вышеперечисленных вмешательств не отражает их приоритетности.

Важнейшие для обеспечения полезного эффекта: вмешательства в отношении благоприятствующих факторов

Отмена карательных законов, политики и практики

Сокращение стигматизации и дискриминации

Расширение прав и возможностей сообществ

Борьба с насилием

Важнейшие для обеспечения полезного эффекта: медицинские вмешательства

Профилактика ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов и ИППП

Презервативы и лубрикант

Доконтактная профилактика ВИЧ-инфекции

Постконтактная профилактика ВИЧ-инфекции и ИППП

Профилактика вертикальной передачи ВИЧ-инфекции, сифилиса и ВГВ-инфекции

Вакцинация против гепатита В

Борьба с негативными последствиями практики химсекса

Диагностика

Тестирование на ВИЧ-инфекцию

Тестирование на ИППП

Тестирование на гепатиты В и С

Лечение

Лечение ВИЧ-инфекции

Раннее выявление (скрининг), диагностика, лечение и профилактика ВИЧ-ассоциированного туберкулеза

Лечение ИППП

Лечение ВГВ- и ВГС-инфекции

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



Важнейшие для обеспечения медико-санитарного эффекта в более широком плане: медицинские вмешательства

Анальное здоровье

Помощь в отношении зачатия и беременности

Контрацепция

Гендерно-подтверждающая помощь

Психическое здоровье

Профилактика, диагностика и лечение рака шейки матки

Безопасное прерывание беременности

Скрининг и лечение в связи с опасным и вредным употреблением алкоголя и других психоактивных веществ

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ

Люди, находящиеся в местах лишения свободы и других учреждениях закрытого типа

Общие сведения

Существует множество различных терминов, используемых для обозначения мест содержания под стражей, в которых пребывают люди, ожидающие суда, отбывающие сроки уголовного наказания либо интернированные по другой причине. Аналогичным образом применяются различные термины для обозначения таких контингентов. В настоящем руководстве термин «места лишения свободы и другие учреждения закрытого типа» [people in prisons and other closed settings] относится ко всем местам содержания под стражей в пределах страны, а термины «заключенные» [prisoners] и «задержанные» [detainees] относятся ко всем лицам (включая взрослых и несовершеннолетних мужчин, женщин, трансгендерных и других гендерно разнообразных людей), содержащимся под стражей в учреждениях уголовного правосудия и пенитенциарных учреждениях в период уголовного расследования, в ожидании суда и после вынесения обвинительного приговора. Этот термин формально не относится к лицам, задержанным по причинам, связанным с иммиграцией или статусом беженца, задержанным без предъявления обвинений, и лицам, направленным на принудительное лечение или помещенным в реабилитационные центры, в том числе употребляющим наркотики и секс-работникам. Тем не менее большинство изложенных в руководстве соображений применимы и к этим группам населения (4). Сотрудники пенитенциарных учреждений также подвергаются риску ВИЧ, вирусных гепатитов, ИППП и других нарушений здоровья и не всегда имеют доступ к услугам медицинской помощи, особенно если они проживают в тюремных комплексах, где отсутствуют медицинские службы (255).

Люди, находящиеся в местах лишения свободы, непропорционально чаще страдают от ВИЧ-инфекции (231), гепатитов В и С (224, 255) и ТБ (12, 257). Это отчасти обусловлено пересечением с другими ключевыми группами, особенно в условиях криминализации таких поведенческих факторов, как употребление и хранение наркотиков и секс-работа, и их чрезмерной представленности среди заключенных. Помимо этого, ВИЧ и вирусные гепатиты передаются в местах лишения свободы при незащищенном сексе, в результате сексуального насилия, совместного использования инъекционных принадлежностей, нанесения татуировок и передачи инфекции от родителя ребенку. Несмотря на сохраняющиеся риски, вмешательства по профилактике ВИЧ-инфекции и гепатитов в местах лишения свободы зачастую отсутствуют (257). Нередко популяции людей, находящихся в местах



лишения свободы, по своему составу пересекаются с бедными, малообразованными и неблагополучными в социально-экономическом отношении слоями населения; во многих пенитенциарных учреждениях чрезмерно представлены расовые меньшинства. Распространенность употребления психоактивных веществ и наркозависимости среди заключенных, особенно женщин, намного выше по сравнению с аналогичными показателями для местных сообществ (258–260).

Люди в местах лишения свободы также подвержены высокому риску заражения туберкулезом, в частности с множественной лекарственной устойчивостью, чему способствуют такие факторы, как скученность размещения, плохая вентиляция и неудовлетворительные меры инфекционного контроля. Обеспечение справедливого доступа к услугам противотуберкулезной помощи для всех заключенных, независимо от ВИЧ-статуса, имеет решающее значение для снижения возросшего бремени ВИЧ-ассоциированного туберкулеза в местах лишения свободы. Ухудшению состояния здоровья людей в местах лишения свободы способствуют следующие факторы: ограниченный доступ к медицинской помощи с задержками в постановке диагноза (из-за недостаточного лабораторного потенциала и диагностического оборудования); неадекватное лечение; частые переводы людей из одного пенитенциарного учреждения в другое с нарушением непрерывности лечебного процесса; плохое питание. После выхода на свободу люди часто остаются без поддержки в отношении необходимой медицинской и социальной помощи.

Новейшие данные, касающиеся ВИЧ и людей, находящихся в местах лишения свободы и других учреждениях закрытого типа, приведены в Атласе ключевых групп населения ЮНЭЙДС (221).

Право на эквивалентные медицинские услуги для людей, находящихся в местах лишения свободы (то есть на такие же услуги, которые доступны за пределами тюрем), закреплено в нескольких международно признанных документах (261), и соблюдение их положений должно быть отражено в политике и практике пенитенциарных служб. В тюрьмах распространено насилие, случаи которого часто скрываются из-за страха мести тем, кто о них сообщают, поэтому масштабы проблемы недооцениваются (255). Необходимо незамедлительно устранять структурные барьеры в местах лишения свободы, в частности в отношении насилия; не менее важно разработать меры для безопасного информирования об инцидентах и для защиты жертв. Эти вмешательства имеют решающее значение для обеспечения полезного эффекта.

В число людей, находящихся в местах лишения свободы, входят подростки, взрослые, мужчины, женщины, трансгендерные и гендерно разнообразные люди, которым свойственны разнообразные, порой неотложные и комплексные потребности в защите здоровья. Для достижения полезного эффекта в отношении ВИЧ, вирусных гепатитов и ИППП необходим набор вмешательств по профилактике, диагностике и лечению, которые должны осуществляться в местах лишения свободы и других учреждениях закрытого типа с обеспечением преемственности при переводах из одного учреждения в другое и после освобождения. Этот набор должен включать предоставление презервативов и лубрикантов, а также вмешательства по снижению вреда (ПОШ, ПТАО и налоксон для лечения передозировки), поскольку в тюрьмах распространено употребление наркотиков.

Люди, находящиеся в местах лишения свободы, имеют более широкие потребности в отношении защиты здоровья. Набор вмешательств должен включать следующие компоненты: скрининг на предмет нарушений психического здоровья и опасного или вредного употребления наркотиков и алкоголя, а также оказание помощи в связи

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ

с выявленными отклонениями; вмешательства по охране сексуального и репродуктивного здоровья; профилактика, скрининг и лечение рака шейки матки и аноректальной области. Во всех местах лишения свободы и других учреждениях закрытого типа необходимо проводить профилактику, скрининг и лечение туберкулеза.

УНП ООН рекомендует набор из 15 вмешательств по профилактике, диагностике и лечению ВИЧ-инфекции для людей, находящихся в местах лишения свободы (246). Настоящее руководство охватывает более широкий круг болезней и содержит другой набор вмешательств, который, однако, включает почти все из 15 вмешательств, рекомендованных УНП ООН²⁵.

Рекомендуемый набор для людей, находящихся в местах лишения свободы и других учреждениях закрытого типа

Порядок расположения вмешательств не отражает их приоритетности.

Важнейшие для обеспечения полезного эффекта: вмешательства в отношении благоприятствующих факторов

- Отмена карательных законов, политики и практики
- Сокращение стигматизации и дискриминации
- Расширение прав и возможностей сообществ
- Борьба с насилием

Важнейшие для обеспечения полезного эффекта: медицинские вмешательства

Профилактика ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов и ИППП

- Снижение вреда (ПОШ, ПТАО и налоксон для оказания помощи при передозировке)
- Презервативы и лубрикант
- Доконтактная профилактика ВИЧ-инфекции
- Постконтактная профилактика ВИЧ-инфекции и ИППП
- Профилактика вертикальной передачи ВИЧ-инфекции, сифилиса и ВГВ-инфекции
- Вакцинация против гепатита В
- Борьба с негативными последствиями практики химсекса

Диагностика

- Тестирование на ВИЧ-инфекцию
- Тестирование на ИППП
- Тестирование на гепатиты В и С

²⁵ Вмешательства из набора УНП ООН, не включенные в настоящее руководство: профилактика передачи инфекции в процессе оказания медицинской и стоматологической помощи; защита персонала от воздействия профессиональных опасностей.

Важнейшие для обеспечения полезного эффекта: медицинские вмешательства *(продолжение)*

Лечение

Лечение ВИЧ-инфекции

Раннее выявление (скрининг), диагностика, лечение и профилактика

ВИЧ-ассоциированного туберкулеза

Лечение ИППП

Лечение ВГВ- и ВГС-инфекции

Важнейшие для обеспечения медико-санитарного эффекта в более широком плане: медицинские вмешательства

Анальное здоровье

Помощь в отношении зачатия и беременности

Контрацепция

Психическое здоровье

Профилактика, диагностика и лечение рака шейки матки

Безопасное прерывание беременности

Скрининг и лечение в связи с опасным и вредным употреблением алкоголя и других психоактивных веществ

Профилактика, раннее выявление (скрининг), диагностика и лечение туберкулеза



ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ

ГЛАВА 6

Предоставление услуг





Общие сведения

Медицинские услуги для ключевых (как и для всех остальных) групп населения основываются на принципе права человека на здоровье, поэтому должны отвечать следующим требованиям:

Наличие – должно быть обеспечено достаточное количество функционирующих медицинских учреждений, товаров и услуг, координированное использование которых позволит осуществить набор описанных в настоящем руководстве вмешательств для всех ключевых групп населения.

Доступность – должен быть обеспечен беспрепятственный доступ к медицинским учреждениям, товарам и услугам для всех ключевых групп населения. Это предполагает физическую доступность, ценовую доступность и отсутствие дискриминации.

Приемлемость – услуги здравоохранения должны предоставляться с соблюдением принципов медицинской этики и без оценочных суждений, с учетом гендерных аспектов, а также соответствовать культуре и уровню развития пользователя. Принцип приемлемости предусматривает, чтобы медицинские учреждения, товары, услуги и программы были ориентированы на нужды людей и удовлетворяли конкретные потребности ключевых групп населения в соответствии с международными этическими стандартами конфиденциальности и информированного согласия.

Качество – качественные услуги здравоохранения отвечают следующим требованиям: опора на фактические данные, безопасность, действенность, ориентированность на нужды людей, своевременность, справедливость, комплексный характер и эффективность в сопоставлении с затратами.

Пандемия коронавирусной болезни (COVID-19) обнажила недостатки в системах здравоохранения, при этом большинство стран оказались неподготовленными и столкнулись со значительными перебоями в предоставлении услуг здравоохранения, в частности ключевым группам населения, в связи с ВИЧ, вирусными гепатитами и ИППП. Эта ситуация была отчасти обусловлена перераспределением средств в ущерб основным медицинским услугам и препятствиями для доступа к ним, такими как ограничение передвижения, снижение платежеспособности и страх заражения. Проявления несправедливости, испытываемые членами ключевых групп, повысили их уязвимость не только к ВИЧ, вирусным гепатитам и ИППП, но и к COVID-19. В то же время есть положительные примеры стойкости сообществ ключевых групп населения, помогающих своим членам продолжать получение жизненно важных услуг, таких как АРТ и снижение вреда.

Для укрепления систем здравоохранения в целях реагирования на нынешние и потенциальные будущие пандемии ВОЗ рекомендует принятие следующих мер: вложение ресурсов в основные функции общественного здравоохранения; создание прочной основы первичной медико-санитарной помощи; увеличение внутренних и глобальных инвестиций в фонды системы здравоохранения; вовлечение сообществ (включая ключевые группы населения) и общества в целом; борьба с проявлениями несправедливости и устранение непропорционально тяжелого воздействия COVID-19 на маргинализированные и уязвимые слои населения, включая ключевые группы (1).

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТНЫЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОБНОСТИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ

Рекомендованные в настоящем руководстве вмешательства, направленные на предоставление услуг и на благоприятствующие факторы, не только повысят уровень предложения, доступность и приемлемость услуг в связи с ВИЧ, вирусными гепатитами и ИППП для ключевых групп населения, но и укрепят службы, призванные обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения и смягчение последствий чрезвычайных ситуаций в области здравоохранения.

Большинство вмешательств в области здравоохранения, включенных в настоящее руководство, актуальны для всего населения, но ключевые группы сталкиваются с особыми структурными барьерами для доступа к услугам. Эта проблема описана в главе [Благоприятствующие факторы](#). В сочетании с рекомендуемыми вмешательствами в отношении благоприятствующих факторов описанные в настоящей главе стратегии предоставления услуг, в частности предоставление услуг на уровне сообществ и под руководством ключевых групп населения, могут помочь в устранении этих барьеров, а также способствовать оказанию индивидуально ориентированной помощи и достижению ВОУЗ, обеспечивая право ключевых групп населения на здоровье.

Охват ключевых групп вмешательствами в области здравоохранения обеспечивается посредством широкого спектра услуг, различающихся между странами. Традиционные услуги на базе учреждений, которые не обязательно специально ориентированы на ключевые группы населения, включают различные медицинские вмешательства, в том числе для профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции, ИППП и вирусных гепатитов. Ключевые группы должны иметь к ним доступ, однако он нередко затруднен в результате стигматизации, дискриминации и рестриктивной политики. Услуги также предоставляются на уровне сообществ, в ряде случаев под руководством ключевых групп. Для подростков и молодежи в составе ключевых групп организуют услуги, ориентированные на соответствующие возрастные потребности. Эти услуги нередко включают также регулярное проведение выездных аутрич-мероприятий в области профилактики, тестирования и/или лечения. Некоторые из этих общинных служб обеспечивают комплексные вмешательства по борьбе с ВИЧ, ИППП и вирусными гепатитами, а также другие медико-социальные вмешательства, такие как планирование семьи, дополнительный скрининг для выявления нарушений репродуктивного здоровья и онкологических заболеваний, а иногда и юридические услуги; такие услуги часто обозначают как «службу единого окна». Метадон и бупренорфин часто предоставляются специализированными службами, которые в ряде случаев (но не всегда) включают также услуги в связи с ВИЧ, вирусными гепатитами, туберкулезом и/или ИППП.

В настоящей главе рассмотрен ряд принципов, лежащих в основе предоставления услуг, а именно: интеграция, децентрализация, онлайн-сервисы, самопомощь, вовлечение членов сообщества, распределение функций.

Услуги, руководимые сообществом, распределение функций и вовлечение рядовых членов ключевых групп населения

Ключевые группы населения призваны играть лидирующую роль в следующих видах программной деятельности: охват целевых контингентов; предоставление услуг профилактики, тестирования и лечения; оказание помощи членам сообщества в вопросах обращения в нужные службы и непрерывного соблюдения предписанного режима лечения.



Респонденты качественного исследования, проведенного четырьмя сетями ключевых групп населения (детальный отчет приведен в [Веб-приложении В](#)), выразили единодушное одобрение услуг, руководимых сообществом, и отдали им предпочтение. Представители ключевых групп охарактеризовали такие услуги как имеющие решающее значение для укрепления здоровья и защиты прав человека в маргинализированных группах, особенно в противовес стигматизации, с которой им нередко приходится сталкиваться в официальных медицинских учреждениях. Соответственно, участники из всех сетей ключевых групп выступили за расширение масштабов вмешательств, руководимых сообществами, а также за выделение ресурсов для поддержки таких услуг.

По определению ЮНЭЙДС, организации, руководимые сообществами (community-led organizations), – это группы и сети, деятельность которых определяется соответствующими сообществами и осуществляется в интересах этих сообществ. Они представляют собой автономные структуры, в которых управление и руководство, персонал, официальные представители и волонтеры отражают в своей работе опыт, перспективы и мнения сообщества и которые имеют прозрачные механизмы подотчетности перед членами сообщества (263).

Также по определению ЮНЭЙДС, мероприятия, руководимые сообществами (community-led responses), – действия и стратегии, осуществляемые данными группами в целях улучшения здоровья и защиты прав человека применительно к членам соответствующих сообществ. Эти мероприятия разрабатываются и осуществляются как самими сообществами, так и организациями, группами и сетями, представляющими их интересы. Они определяются потребностями и устремлениями членов сообществ и включают такие виды деятельности, как адвокация, проведение кампаний и предъявление требований к руководителям, принимающим решения; мониторинг политики, практики и предоставления услуг; партисипаторные исследования; просвещение и обмен информацией; наращивание потенциала; финансирование общественных организаций, групп и сетей. Организации и мероприятия, руководимые сообществами, следует отличать от организаций и мероприятий на базе сообществ. Формулировка «на базе сообществ» [community-based] означает место проведения мероприятия, независимо от того, кто его осуществляет, в то время как «руководимое сообществом» [community-led] относится к тому, кто возглавляет и реализует соответствующее мероприятие (263).

Услуги, руководимые сообществом с участием его рядовых членов в качестве поставщиков, дают положительный эффект применительно к ВИЧ, ИППП и вирусным гепатитам, повышая уровень предложения и приемлемость услуг (264–269). Члены сообщества играют важную роль в охвате других ключевых групп населения посредством аутрич-мероприятий (254), предоставления информации, снабжения необходимыми материалами и препаратами (такими как презервативы, лубриканты, иглы/шприцы, средства ДКП, ПКП и налоксон) и оказания услуг, включая тестирование и лечение.

Наряду с членами ключевых групп населения, определенные вмешательства в области здравоохранения могут осуществлять медицинские работники, не являющиеся специалистами (например, медсестры), и лица без медицинского образования, в том числе аутрич-работники, что может снизить нагрузку на врачей и повысить уровни доступности и справедливости.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОБНОСТИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



В настоящем руководстве приводится новая рекомендация GRADE, относящаяся к ключевым группам населения.

Равные консультанты

★ НОВАЯ РЕКОМЕНДАЦИЯ

Равные консультанты (посредники) призваны помочь представителям ключевых групп населения начать или устойчиво продолжать процесс лечения в связи с ВИЧ-инфекцией, вирусными гепатитами или ИППП (условная рекомендация, крайне низкая убедительность доказательств).

Примечания.

- Роль равного консультанта заключается в оказании помощи членам ключевых групп населения в получении доступа к медицинским услугам, навигации по этим услугам и в устойчивом продолжении лечения.
- Равные консультанты нуждаются в адекватном вознаграждении, признании, обучении и другой поддержке в выполнении их функций.
- Работа равных консультантов нередко высоко ценится среди членов сообществ.

Более подробную информацию о фактических данных, принятии решений, внедрении и пробелах в исследованиях, связанных с этой новой рекомендацией, можно найти в [главе 9](#).

Руководства ВОЗ, содержащие сведения о распределении функций и о равных консультантах применительно к следующим тематическим областям:

- Лечение ВИЧ-инфекции – см. Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach [Сводное руководство по профилактике, тестированию, лечению, предоставлению услуг и мониторингу в связи с ВИЧ: рекомендации с позиций общественного здравоохранения] (174).
- Тестирование на ВИЧ – см. Consolidated guidelines on HIV testing services [Сводное руководство по услугам тестирования на ВИЧ] (179).
- Тестирование на гепатиты – см. Руководство по тестированию на гепатиты В и С (271).
- Общие рекомендации в отношении перераспределения функций – см. Task shifting: global recommendations and guidelines [Перераспределение функций: глобальные рекомендации и руководящие принципы] (272).
- Руководство по перераспределению функций в службах планирования семьи – см. Task sharing to improve access to family planning/contraception [Перераспределение функций в целях улучшения доступа к услугам планирования семьи / контрацепции] (273).
- Updated recommendations on treatment of adolescents and children with chronic HCV infection and HCV simplified service delivery and HCV diagnostics [Обновленные рекомендации по лечению подростков и детей с хронической ВГС-инфекцией, а также по упрощенному предоставлению услуг и диагностике ВГС] (274).

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТНЫЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



Интеграция

Интеграция – это принцип организации и предоставления услуг здравоохранения таким образом, чтобы люди получали необходимую им помощь в области профилактики, диагностики и лечения с соблюдением непрерывности и преемственности на разных уровнях системы здравоохранения. Это особенно важно для таких людей, как члены ключевых групп населения, у которых имеются комплексные потребности в услугах здравоохранения и которые страдают от нарушений здоровья. Системы здравоохранения, организованные с учетом потребностей людей и сообществ, работают более эффективно, обходятся дешевле, повышают медицинскую грамотность населения, способствуют вовлечению пациентов в процесс оказания помощи и лучше подготовлены к реагированию на кризисные ситуации в области здравоохранения (275). Интеграция услуг здравоохранения включает в себя развитие механизмов и сетей, обеспечивающих направление пациентов в нужные службы, расширение прав и возможностей пациентов и сообществ для повышения уровня их участия в заботе о своем здоровье, а также параллельное предоставление многочисленных вмешательств в одном и той же локации.

В таблице 1 представлен один из вариантов классификации интеграции услуг здравоохранения и то, как ее можно применить к рекомендациям и осуществлению приоритетных наборов, описанных в настоящем руководстве (276).

Таблица 1. Типы интеграции услуг здравоохранения

Тип интеграции услуг здравоохранения	Определение	Применение в контексте настоящего руководства
В организационном плане	Организации и отделы внутри организаций совместно осуществляют планирование и составляют бюджет.	Положения настоящего руководства рассматриваются на уровне национальных программ по борьбе с ВИЧ, ИППП и вирусными гепатитами, а также других соответствующих программ в области здравоохранения и используются при разработке комплексных стратегий, планов, бюджетов, руководящих принципов и протоколов для оказания помощи ключевым группам населения.
На уровне служб	Различные клинические службы интегрированы на организационном уровне с использованием скоординированной системы направлений или привязки пациентов.	Руководители различных клинических служб на разных уровнях рассматривают положения настоящего руководства и совместными усилиями обеспечивают доступ для членов ключевых групп населения к комплексному набору медицинских вмешательств в различных учреждениях здравоохранения посредством выдачи направлений или обеспечения привязки к соответствующим службам.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



Тип интеграции услуг здравоохранения	Определение	Применение в контексте настоящего руководства
На уровне учреждения / пункта оказания помощи	Проведение многочисленных вмешательств в одной и той же локации.	Руководители учреждений первичной медико-санитарной помощи, а также пунктов оказания помощи в сообществах и других аналогичных объектах, где предоставляются услуги ключевым группам населения, получают поддержку в проведении разнообразных, надлежащих, научно обоснованных вмешательств, включенных в наборы, рекомендованные ВОЗ.

ВОЗ рекомендует объединять услуги в связи с ВИЧ, вирусными гепатитами и ИППП, а также совмещать их с рядом других соответствующих клинических услуг: в связи с туберкулезом, в области охраны здоровья матери и ребенка, охраны психического, сексуального и репродуктивного здоровья и по лечению наркозависимости.

Перечисленные ниже руководства ВОЗ, касающиеся интеграции, особенно актуальны применительно к ключевым группам населения. Однако представленный в них перечень стратегий интеграции не является исчерпывающим, поэтому при планировании программ следует предусматривать интеграцию услуг на основе потребностей целевых контингентов.

- Рекомендации по вопросам совмещения услуг по ВИЧ и ТБ, по охране сексуального и репродуктивного здоровья и ВИЧ, а также АРТ и ПТАО – см. Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach [Сводное руководство по профилактике, тестированию, лечению, предоставлению услуг и мониторингу в связи с ВИЧ: рекомендации с позиций общественного здравоохранения] (174).
- Рекомендации по вопросам интеграции услуг в связи с гепатитом С – см. Updated recommendations on treatment of adolescents and children with chronic HCV infection and HCV simplified service delivery and HCV diagnostics [Обновленные рекомендации по лечению подростков и детей с хронической ВГС-инфекцией, а также по упрощенному предоставлению услуг и диагностике ВГС] (274).
- Integration of HIV testing and linkage in family planning and contraception services: implementation brief [Интеграция тестирования на ВИЧ и увязка с услугами по планированию семьи и контрацепции: краткая справка по практическому осуществлению] (277).

Децентрализация

Децентрализация – это передача официальной ответственности и полномочий по принятию решений, касающихся организации, предоставления и/или финансирования медицинских услуг, нижестоящим (по территориальному признаку или в организационном отношении) структурам. Это означает, что услуги фактически выводятся из учреждений третичного звена системы здравоохранения и медицинские вмешательства могут предоставляться и управляться на различных более периферийных объектах, в том числе на уровне местных сообществ. В больницах третичного уровня ключевые группы населения могут чувствовать себя менее комфортно и сталкиваться со стигматизацией и дискриминацией, в то время

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ УСЛУГ

ПОДРОСТКИ И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ



как предоставление медицинских услуг за пределами больничных учреждений в рамках общинных служб, в том числе ориентированных на ключевые группы населения, может повысить приемлемость и доступность. Децентрализация медицинских услуг также может уменьшить трудности для пациентов, связанные с транспортными расходами и длительным временем ожидания в больницах центрального уровня. Однако децентрализация услуг для ключевых групп населения не во всех случаях является приемлемой: например, люди могут предпочесть получение услуг в учреждениях третичного уровня, где более строго обеспечивается анонимность.

- Рекомендации по вопросам децентрализованного тестирования на ВИЧ – см. Consolidated guidelines on HIV testing services [Сводное руководство по тестированию на ВИЧ] (179).
- Рекомендации по децентрализованному лечению ВИЧ-инфекции – см. Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach [Сводное руководство по профилактике, тестированию, лечению, предоставлению услуг и мониторингу в связи с ВИЧ: рекомендации с позиций общественного здравоохранения] (174).
- Рекомендации по вопросам децентрализации тестирования и лечения в связи с ВГС-инфекцией – см. Updated recommendations on treatment of adolescents and children with chronic HCV infection and HCV simplified service delivery and HCV diagnostics [Обновленные рекомендации по лечению подростков и детей с хронической ВГС-инфекцией, а также по упрощенному предоставлению услуг и диагностике ВГС] (274).

Дифференцированное предоставление услуг

Дифференцированное предоставление услуг можно определить как ориентированный на нужды клиента подход, при котором услуги упрощают и адаптируют таким образом, чтобы они лучше удовлетворяли потребности людей и снижали нагрузку на систему здравоохранения (278). При дифференцированном предоставлении услуг ключевым группам населения учитывается, где, когда и кем осуществляются соответствующие вмешательства с целью расширения доступа к услугам здравоохранения, повышения уровней справедливости и эффективности систем здравоохранения. Например, при планировании услуг может быть принято решение сократить требуемую частоту посещений для получения доз метадона в рамках ПТАО и организовать раздачу препарата на уровне сообщества.

Имеется ряд рекомендаций ВОЗ, касающихся дифференцированного предоставления услуг АРТ, включая быстрое начало лечения, сокращение частоты клинических посещений и поддержку в регулярном получении АРТ и приверженности, а также рекомендации по дифференцированному тестированию на ВИЧ.

- Более подробно – см. Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach [Сводное руководство по профилактике, тестированию, лечению, предоставлению услуг и мониторингу в связи с ВИЧ: рекомендации с позиций общественного здравоохранения] (174).

Виртуальные вмешательства

Службы, оказывающие помощь ключевым группам населения, все чаще прибегают к использованию виртуальных платформ для решения следующих задач: аутрич в целях охвата людей, подверженных риску; информирование о доступных услугах; предоставление

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



информации для самотестирования; запись на тестирование; направление пациентов с диагнозом ВИЧ-инфекции, вирусного гепатита или ИППП в соответствующие клинические службы (185, 279, 280). Такой подход к предоставлению услуг может быть весьма полезным в качестве дополнения и улучшения существующей инфраструктуры здравоохранения и оказания помощи более молодым представителям ключевых групп населения, но при условии устранения потенциальных опасений по поводу конфиденциальности данных (185).

В онлайн-режиме можно осуществлять различные вмешательства. Выделяют следующие общие категории.

- 1. Онлайн-аутрич** в целях охвата потенциальных пользователей услуг для ключевых групп населения через онлайн-платформы. Таким путем можно достичь тех людей, с которыми ранее не было контакта; при этом используются веб-сайты и приложения для социальных сетей, где члены ключевых групп населения могут общаться, получать доступ к информации и социализироваться.
- 2. Онлайн-ведение случаев заболеваний** среди членов ключевых групп с диагнозом ВИЧ-инфекции, ВГС-инфекции или ИППП, которым необходимо воспользоваться услугами для оценки риска и соблюдения предписанного режима лечения. Ведение случаев с помощью онлайн-систем потенциально может снизить частоту преждевременного выбывания пациентов из системы медицинского наблюдения, обеспечить полезные подсказки (например, напоминания о необходимости записаться на прием или принять лекарство) и способствовать поддержке ключевых групп населения в целом.
- 3. Целевое информирование по вопросам здоровья** основано на использовании веб-сайтов и приложений для социальных сетей в целях обеспечения адресной коммуникации на основе демографических данных и характеристик пользователей. Например, реклама в социальных сетях может быть нацелена на пользователей определенного возраста, с различными политическими предпочтениями, проживающих в различных регионах и т. п. Сегментация населения может позволить более конкретно ориентировать информацию на ключевые группы, предоставляя им конкретные сведения или направляя в соответствующие службы здравоохранения.

К потенциальным преимуществам онлайн-сервисов относится охват более широкой аудитории, включая людей, которые географически изолированы, ориентация информации на потребности конкретных категорий населения, повышение эффективности и удобства для клиентов.

Онлайн-сервисы должны дополнять услуги, предоставляемые в режиме личного контакта, но не заменять их. Охват ключевых групп населения онлайн-сервисами не обязательно будет стопроцентным: некоторые члены ключевых групп предпочитают очные услуги, в частности ввиду опасений по поводу конфиденциальности при пользовании интернетом. Некоторые представители ключевых групп, часто наиболее уязвимые, сталкиваются с дополнительными препятствиями, такими как стоимость загрузки данных через интернет, низкий уровень грамотности, языковые барьеры и ограниченные возможности для использования смартфона, планшета или компьютера.

Онлайн-платформы могут обеспечить безопасное пространство для доступа ключевых групп населения к информации и услугам; однако необходимо прилагать все усилия для защиты безопасности пользователей и искоренения онлайн-злоупотреблений (кибербуллинга). Вовлечение представителей различных ключевых групп населения, в том числе людей разного возраста, в разработку приложений и онлайн-инструментов и сервисов повысит вероятность того, что приложения и предоставляемая в них информация будут соответствовать культуре и возрастным потребностям пользователей (185, 281). Наконец, важно обеспечить надежное функционирование платформ, укомплектованных

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТНЫЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДДРЖКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



квалифицированными операторами, консультантами и самими представителями ключевых групп населения, что позволит предоставлять молодым членам ключевых групп соответствующую уровню их развития информацию о здоровье и социальном обеспечении, а также возможности для обращения в соответствующие службы (185).

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ

Онлайновые вмешательства

★ НОВАЯ РЕКОМЕНДАЦИЯ

Предоставление ключевым группам населения онлайн-услуг в связи с ВИЧ, вирусными гепатитами и ИППП с обеспечением защиты и конфиденциальности данных (условная рекомендация, низкая убедительность доказательств).

Примечания.

- Важно сохранить возможность выбора: онлайн-сервисы должны быть не единственным вариантом, а входить в предлагаемый набор и не должны заменять услуги, предоставляемые в очном формате.
- Следует приложить усилия для обеспечения свободного доступа к интернету, повышения грамотности и, при необходимости, обучения представителей ключевых групп.
- Необходимо учитывать предпочтения различных ключевых групп населения (в настоящее время отсутствуют соответствующие опубликованные данные в отношении секс-работников и людей, употребляющих инъекционные наркотики).

Более подробную информацию о фактических данных, принятии решений, внедрении и пробелах в исследованиях, связанных с этой новой рекомендацией, можно найти в главе [Дополнительная информация](#).

Самопомощь

ВОЗ использует следующее рабочее определение понятия самопомощь (self-care) – это способность индивидуумов, семей и сообществ поддерживать и укреплять свое здоровье, предотвращать заболевания и справляться с болезнями и инвалидностью при поддержке со стороны медицинского работника или без нее (187). Сфера самопомощи, описанная в этом определении, включает следующие виды деятельности: содействие укреплению здоровья; профилактика болезней и борьба с ними; самостоятельное применение лекарственных средств; самотестирование; оказание помощи близким; при необходимости обращение за медицинской помощью – в больницу / к врачу-специалисту / в учреждение первичной медико-санитарной помощи; реабилитация, включая паллиативную помощь. При этом используется множество различных моделей и подходов. Важно, чтобы многочисленные аспекты самопомощи находили свое отражение в политике здравоохранения, особенно там, где эти виды деятельности пересекаются с системами здравоохранения и с работой профессионального медицинского персонала.

Для ключевых групп населения, которым стойкие структурные барьеры порой мешают полноценно контролировать свое здоровье, самопомощь может способствовать расширению прав и возможностей людей, а также повысить уровень предложения доступных медицинских вмешательств.



В число рекомендуемых входят следующие вмешательства, которые могут быть выполнены самостоятельно:

- экстренная контрацепция;
- искусственное прерывание беременности и послеабортная контрацепция;
- взятие образцов на ВПЧ, хламидиоз и гонорею;
- самопомощь после пережитого сексуального насилия;
- тестирование на беременность;
- самотестирование на ВИЧ и ВГС.

Более подробно о самопомощи – см. WHO guideline on self-care interventions for health and well-being, 2022 revision [Руководство ВОЗ по вмешательствам самопомощи для улучшения здоровья и благополучия. Пересмотр 2022 г.] (187).

Более подробно о самотестировании на ВИЧ – см. Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach [Сводное руководство по профилактике, тестированию, лечению, предоставлению услуг и мониторингу в связи с ВИЧ: рекомендации с позиций общественного здравоохранения] (174).

Более подробно о самотестировании на ВГС – см. Рекомендации и руководство по самотестированию на вирус гепатита С (194).



ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ

ГЛАВА 7

Соображения относительно программ и услуг для подростков и молодежи в составе ключевых групп населения





«Барьеры, которые препятствуют нашему доступу к высококачественным медицинским услугам, также оказывают на нас уникальное воздействие. Мы знаем, как преодолеть эти барьеры, но нам нужно пространство, в котором мы смогли бы это сделать».

Fahe Kerubo, Y+ Global

В настоящей главе в обобщенном виде приведена обновленная информация из четырех опубликованных в 2015 г. технических справок ВОЗ по проблемам ВИЧ для молодых членов ключевых групп населения (220, 282–284)²⁶. ВОЗ не публиковала техническую справку по проблемам ВИЧ применительно к молодым людям, содержащимся в местах лишения свободы для взрослых и в исправительных учреждениях для несовершеннолетних, однако к этой категории применимы многие соображения, касающиеся подростков и молодежи, предоставляющих сексуальные услуги за деньги, молодых мужчин, практикующих секс с мужчинами, молодых трансгендерных и гендерно разнообразных людей, а также молодых людей, употребляющих инъекционные наркотики. Цель настоящей главы – стимулировать и обосновать дискуссию о том, как наилучшим образом предоставлять медицинские услуги, строить программы и обеспечивать поддержку молодым членам ключевых групп населения. Хотя основное внимание при этом уделяется вопросам здоровья, приведенные соображения применимы и к другим аспектам оказания помощи данным контингентам, таким как социальное обеспечение, правосудие, защита, образование и социальная поддержка (220, 282–284, 286–288).

Общие сведения

Во всем мире растет внимание к важности удовлетворения конкретных потребностей в области здравоохранения, имеющих у подростков и молодежи (в возрасте от 10 до 24 лет). Подростковый возраст и начало взрослой жизни – это периоды, характеризующиеся значительными физиологическими изменениями, и в это время молодые люди также определяют свою идентичность и сексуальные предпочтения и переживают новый жизненный опыт (285). Структурные факторы и уязвимость молодежи (дисбаланс власти в межличностных отношениях; развивающаяся идентичность и способности; ограниченный доступ к услугам охраны сексуального и репродуктивного здоровья; дефицит эффективных профилактических вмешательств; иногда отчуждение от школьной системы, семьи и друзей) сокращают доступ молодых людей к услугам профилактики, и снижения вреда и подвергают их более высокому риску заражения ВИЧ, ИППП и вирусными гепатитами (220, 282–284, 286–288).

Глобальные эпидемиологические данные о ситуации по ВИЧ, ИППП и вирусным гепатитам среди молодежи остаются ограниченными, со значительными пробелами в отношении юных членов ключевых групп населения (285, 289, 290). Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что подростки и молодежь в составе ключевых групп в несоразмерно большей степени уязвимы к инфицированию ВИЧ (290) и ИППП по сравнению со сверстниками среди общего населения и с членами ключевых групп более старшего возраста (188, 221, 297–299). Также показано, что среди молодых людей, употребляющих инъекционные наркотики, и молодых мужчин, практикующих половые контакты с мужчинами, высока частота случаев ВГС-инфекции и этот показатель продолжает расти (297–299). Передача вируса гепатита В происходит в основном в раннем детстве, от матери к ребенку, и многие страны обеспечили высокий охват программами иммунизации против данной инфекции. Однако к ней сохраняют восприимчивость молодые люди, родившиеся до ввода в действие программы иммунизации младенцев или не вакцинированные (20, 300). Молодые люди по-прежнему

²⁶ Молодые трансгендерные и гендерно разнообразные люди, молодые люди, практикующие секс с мужчинами, молодые люди, которые продают секс, и молодые люди, употребляющие инъекционные наркотики.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



подвергаются более высокому риску заражения ИППП и могут быть биологически более восприимчивы к таким инфекциям, особенно молодые женщины (188, 301).

Глобальные меры реагирования на ВИЧ, ИППП и вирусные гепатиты в недостаточной мере охватывают подростков и молодежь в составе ключевых групп (289). Более низкий доступ молодых членов ключевых групп населения к услугам профилактики, диагностики и лечения обусловлен целым рядом факторов (301–309):

- неправильные представления о рисках;
- отсутствие знаний и точной информации, соответствующей возрасту;
- отсутствие всестороннего сексуального образования;
- низкая осведомленность о доступных, дружественных к молодежи медицинских услугах;
- барьеры для доступа к услугам и их использования (в том числе юридические, административные и относящиеся к получению согласия).

Кроме того, на поведение и результаты в области здравоохранения для этой группы населения значительное влияние оказывают социальные детерминанты, такие как уровень материальной обеспеченности, расовое и гендерное неравенство, а также доступ к образованию (289, 310).

Персоналу медицинских учреждений часто не хватает необходимого оснащения, подготовки, навыков и знаний для предоставления приемлемых и надлежащих услуг молодым людям в составе ключевых групп населения (311–313). Барьером для адекватного планирования программ помощи молодым членам ключевых групп являются дефицит ресурсов, а также отсутствие или недостаточное использование данных в разбивке по возрасту и полу на уровне первичных исследований, мониторинга и оценки (314–317).

Государства несут юридическое обязательство уважать, защищать и соблюдать право детей на жизнь, здоровье и развитие. Общества несут этический долг по обеспечению этого права для всех молодых людей. Решающее значение имеет устранение основных структурных барьеров для молодых членов ключевых групп.

Одним из таких барьеров является необходимость получения согласия их родителей или попечителей (220, 282–284) на доступ к услугам, в том числе по снижению вреда. Для подростков, которые не желают раскрывать наличие проблемы своим попечителям, это может напрямую препятствовать доступу к медицинской помощи, что приводит к упущенным возможностям профилактики и лечения. Странам рекомендуется пересмотреть свою политику в отношении возраста согласия с целью уменьшения возрастных барьеров для доступа к услугам и вмешательствам, которые имеют решающее значение для здоровья и благополучия этой группы населения.

Изменения в сфере законодательства и политики

Конвенция Организации Объединенных Наций о правах ребенка (КПР) обязывает государство защищать права всех детей и подростков в возрасте до 18 лет. Конвенцией предусмотрены защита от сексуальной эксплуатации и сексуальных злоупотреблений; в ней подчеркиваются четыре руководящих принципа: отсутствие дискриминации; наилучшие интересы ребенка; право на жизнь, выживание и развитие; уважение взглядов и убеждений юного человека (219). Приверженность соблюдению КПР включает в себя снижение риска инфекционных заболеваний и укрепление систем защиты для уменьшения уязвимости молодых людей. Права детей нарушаются, когда подростки в возрасте до 18 лет лишаются доступа к эффективной профилактике ВИЧ-инфекции, ИППП и вирусных гепатитов, а также к жизненно важным услугам по профилактике, тестированию, лечению, помощи и поддержке (220, 283–285).

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



Элементы успешного планирования и осуществления программ в поддержку молодых людей в составе ключевых групп населения

Рекомендуемые ВОЗ вмешательства и стратегии предоставления услуг для всех ключевых групп населения в равной мере применимы к молодым людям в составе этих групп (см. главы 4–7).

Рисунок 4. Резюме основных характеристик эффективных услуг для подростков и молодежи в составе ключевых групп населения



Изложенные ниже элементы успешного планирования и осуществления программ в поддержку молодых людей в составе ключевых групп населения разработаны с учетом публикаций ВОЗ и партнерских учреждений ООН. Эти элементы обновляют содержание технических записок ВОЗ, выпущенных в 2015 г. (220, 282–284). Услуги следует планировать и предоставлять с учетом конкретных потребностей и прав молодых людей в зависимости от возраста, гендерной идентичности, сексуальной ориентации, поведенческих факторов, сложностей социальной и правовой среды, в которой они находятся, а также эпидемической ситуации, при условии соблюдения положений КПП.

Значимое вовлечение подростков и молодежи

В заявлении глобального консенсуса ВОЗ о значимом участии подростков и молодежи констатируется, что обеспечение такого участия требует взаимоуважительного партнерства между подростками, молодежью и взрослыми. Соблюдение этого условия позволяет решить следующие задачи: равномерно распределить властные полномочия; обеспечить уважение вклада каждой стороны; интегрировать идеи, перспективы, навыки и сильные стороны молодых людей в создание программ, стратегий, политики, механизмов финансирования и организаций, которые влияют на их жизнь и их сообщества, на страны и мир в целом (320). Значимое и осуществляемое с соблюдением этических принципов вовлечение молодых членов ключевых групп населения в планирование, разработку, предоставление, мониторинг и оценку услуг требует признания и использования сильных сторон, компетенций и развивающихся возможностей этих категорий населения, особенно их способности выражать свои взгляды и четко формулировать, какие услуги им нужны (318).

- Global consensus statement: meaningful adolescent and youth engagement [Заявление о глобальном консенсусе: значимое участие подростков и молодежи]. Geneva: WHO; 2020 (320).

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



Сотрудничество с надежными партнерами и использование существующей инфраструктуры для разработки и предоставления услуг

Важно развивать партнерские отношения с общинными организациями молодежи и ключевых групп, опираться на их опыт и авторитет, а также использовать надлежащие, эффективные и действенные подходы к разработке и предоставлению услуг для молодых людей.

- UNAIDS. Young people’s participation in community-based responses to HIV — from passive beneficiaries to active agents of change [Участие молодежи в принятии мер в связи с ВИЧ на базе сообщества – от пассивных бенефициаров к активным проводникам изменений]. Geneva: UNAIDS; 2019 (321).

Предоставление качественных, комплексных услуг, ориентированных на потребности подростков

Крайне важно обеспечить, чтобы услуги в области здравоохранения (включая иммунизацию), социального обеспечения, правосудия, защиты, образования и социальной поддержки были интегрированными, взаимосвязанными и многодисциплинарными по своему характеру, с надежной системой направлений по всему спектру медицинской помощи. Предоставление широкого спектра услуг, в том числе в режиме онлайн (см. [Предоставление услуг](#)), может помочь устранить пересекающиеся факторы уязвимости и скорректировать модели поведения молодежи в составе различных ключевых групп. Принципы предоставления услуг здравоохранения с учетом особых потребностей подростков сформулированы в соответствующем руководстве ВОЗ (322). ВОЗ и ЮНЭЙДС также опубликовали глобальные стандарты, определяющие качество предоставления услуг здравоохранения подросткам (323).

- Adolescent-friendly health services for adolescents living with HIV: from theory to practice [Услуги здравоохранения, дружественные к подросткам, живущим с ВИЧ: от теории к практике]. Geneva: WHO; 2019 (322).
- UNICEF. Improving HIV service delivery for infants, children and adolescents: a framework for country programming [Совершенствование услуг в связи с ВИЧ для младенцев, детей и подростков: рамочная основа для разработки страновых программ]. Geneva: WHO; 2020 (324).
- UNAIDS, WHO. Global standards for quality health-care services for adolescents: a guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health care services for adolescents [Глобальные стандарты качественных услуг здравоохранения для подростков: руководство по внедрению подхода на основе стандартов к повышению качества услуг здравоохранения для подростков]. Geneva: WHO; 2015 (323).
- Youth-centred digital health interventions: a framework for planning, developing and implementing solutions with and for young people [Цифровые медицинские вмешательства, ориентированные на молодежь: рамочная основа для планирования, разработки и внедрения решений для молодых людей и с их участием]. Geneva: WHO; 2021 (185).

Улучшение доступа к услугам и предотвращение преждевременного выбывания пациентов из программы лечения

Важно обеспечить, чтобы подростки в составе ключевых групп имели доступ к необходимым услугам и информации независимо от их семейного положения и согласия попечителей. Проведение лечения без согласия попечителя возможно, и такой вариант должен рассматриваться, когда это отвечает наилучшим интересам подростка. Доступность услуг означает, что место и время их предоставления удобно для клиентов, они не сопряжены со значительными расходами, конфиденциальны и безопасны для молодежи в составе

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТНЫЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



ключевых групп. Поставщики услуг имеют право по своему усмотрению предоставлять услуги подросткам и не должны привлекаться к ответственности за это. Подросткам, независимо от возраста, должен быть разрешен доступ к консультациям без согласия родителей или опекунов (323). Молодые люди должны быть осведомлены о своих правах на конфиденциальность, а также о любых ограничениях конфиденциальности, четко оговоренных теми, кто несет обязанности по представлению отчетности (325).

Предоставление информации и образовательные мероприятия в соответствии с уровнем развития

Услуги для молодых членов ключевых групп должны включать предоставление точной и всесторонней информации, соответствующей уровню индивидуального развития, и проведение образовательных мероприятий. Профилактика ВИЧ-инфекции, ИППП и вирусных гепатитов в дополнение к всестороннему сексуальному просвещению молодых членов ключевых групп и их партнеров (в том числе подростков, не посещающих школу) должна быть направлена на снижение рисков путем выработки соответствующих навыков. Предоставление информации может осуществляться с использованием различных медиаплатформ, в том числе онлайн-овых и мобильных, а также на основе партисипаторных подходов (220, 282–284, 326–328).

Наращивание потенциала в секторе здравоохранения и за его пределами

Решающее значение имеет наличие адекватного кадрового потенциала, особенно в секторах здравоохранения, социального обеспечения, правосудия и образования, для работы с молодыми людьми в составе ключевых групп и для применения правозащитных подходов и научно обоснованной практики. Нарастивание такого потенциала предполагает расширение знаний о потребностях и правах в отношении здоровья молодежи в составе различных ключевых групп, а также о пересекающихся факторах уязвимости (таких как инъекционное употребление наркотиков, сексуальная эксплуатация или продажа сексуальных услуг) (329, 330). Необходимо проводить обучение работников, в частности по следующим вопросам применительно к ключевым группам населения: предоставление услуг в атмосфере уважения, без оценочных суждений и с учетом сексуального и гендерного разнообразия; гендер и распределение власти в межличностных отношениях; гендерно-подтверждающая помощь; дальнейшее развитие навыков коммуникации и достижения компромиссов (331).

- Assessing and supporting adolescents' capacity for autonomous decision-making in health care settings [Оценка и содействие развитию потенциала подростков для самостоятельного принятия решений в условиях получения медицинской помощи]. Geneva: WHO; 2021 (332).
- Core competencies in adolescent health and development for primary care providers. [Основные компетенции для поставщиков первичной помощи по вопросам охраны здоровья и развития подростков]. Geneva: WHO; 2015 (333).
- How to plan and conduct telehealth consultations with children and adolescents and their families [Как планировать и проводить консультации для детей, подростков и их родителей в формате телемедицины]. Geneva: WHO; 2021 (334).
- Guidelines to strengthen social service workforce for child protection [Руководство по укреплению кадровых ресурсов социальных служб для обеспечения защиты детей]. New York: UNICEF; 2019 (335).

Внедрение моделей на основе участия сверстников

Модели оказания поддержки подросткам и молодежи со стороны их сверстников являются ключевыми стратегиями для реализации глобального стандарта по социальному

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДДРСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



вовлечению подростков (336, 174). Молодежь высоко ценит программы поддержки со стороны сверстников. Сверстники-консультанты играют решающую роль в организации реальных действий, таких как обращение за услугами тестирования и лечения, на основе онлайн-информации (337). Для того чтобы молодые члены ключевых групп могли помогать своим сверстникам в получении доступа к необходимым услугам, им необходимы обучение, поддержка и наставничество (220, 283, 284). В технической записке ВОЗ «Adolescent-friendly health services for adolescents living with HIV» [Медицинские услуги, ориентированные на подростков, живущих с ВИЧ] (322) приведены соображения по адаптации и распространению моделей, ориентированных на подростков и осуществляемых при поддержке со стороны сверстников.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ

- Adolescent friendly health services for adolescents living with HIV: from theory to practice [Услуги здравоохранения, дружественные к подросткам, живущим с ВИЧ: от теории к практике]. Geneva: WHO; 2019 (322).

Укрепление защиты и социального обеспечения семей

Решающее значение имеет оказание помощи родителям и семьям в выполнении их обязанностей по обеспечению надежной защиты, заботы и поддержки для молодых членов ключевых групп населения. Для подростков в возрасте от 10 до 17 лет важными будут меры по реинтегрированию их в семьи, когда это отвечает их наилучшим индивидуальным интересам, или предоставление других подходящих условий проживания и вариантов попечения в соответствии с Руководящими принципами ООН по альтернативному уходу за детьми, 2010 г. (338).

Обновление национальной политики

Для того чтобы научно обоснованные услуги для молодых членов ключевых групп предоставлялись в согласовании с различными программами, такие услуги должны быть четко отражены в национальной политике, например в национальных стратегических планах (НСП) (см. главу 9.)

- WHO, UNAIDS, UN WOMEN, UNFPA, WORLD BANK GROUP, UNICEF. Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!) A manual to facilitate the process of developing national adolescent health strategies and plans. [Наращивание действий по охране здоровья подростков (AA-HA!). Пособие по организации процесса разработки национальных стратегий и планов в области подросткового здоровья]. Geneva: WHO; 2019 (339).
- Online toolkit for adolescents and young key populations [Онлайн-инструментарий для подростков и молодых ключевых групп населения]. New York: UNICEF; 2021 (340). Этот инструментариий представляет собой набор онлайн-ресурсов, помогающих планировать и расширять программы профилактики ВИЧ-инфекции среди подростков и молодежи (от 10 до 24 лет) в составе ключевых групп.

Мониторинг и оценка

При составлении программ для молодежи необходимо учитывать численность целевого населения, демографию и эпидемиологию; следует представлять данные в разбивке по полу/гендеру и по возрастным группам (317). Также нужно проводить сбор и сопоставление исходных показателей, включая в программы механизмы мониторинга и оценки в целях повышения качества и эффективности и развития культуры извлечения полезных уроков из опыта и внедрения научно обоснованной практики, что позволит лучше планировать будущие меры политики и программы. (См. главу 9.)

- Strengthening the adolescent component of national HIV programmes through country assessments [Укрепление подросткового компонента национальных программ по ВИЧ посредством проведения страновых оценок]. New York: UNICEF; 2016 (341).



ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ

- Collecting and reporting of sex- and age-disaggregated data on adolescents at the sub-national level [Сбор и представление данных по подросткам в разбивке по полу и возрасту на субнациональном уровне]. New York: UNICEF; 2016 (317).

Удовлетворение дополнительных потребностей и защита прав подростков и молодежи в составе ключевых групп населения

Удовлетворение потребностей молодых членов ключевых групп населения улучшит показатели здоровья и повысит уровень общего благополучия этих контингентов. При разработке и осуществлении программ и предоставлении услуг следует учитывать следующие конкретные потребности (220, 282–284).

- Необходима защита от всех форм физического, психологического и сексуального насилия и эксплуатации, в частности со стороны сотрудников правоохранительных органов (342–346, 175).
- Необходим доступ к информации о возможных вредных последствиях ранних браков и ранней беременности.
- При возникновении ранней беременности подростки нуждаются в доступе к медицинским услугам, предусматривающим учет их прав и потребностей. Речь идет о следующих видах помощи: охрана сексуального и репродуктивного здоровья, включая планирование семьи, контрацепцию и предоставление необходимой информации; безопасное прерывание беременности с учетом возрастных потребностей; адекватная и всесторонняя акушерская помощь; консультирование (347–349).
- Также требуются услуги психосоциальной поддержки: психотерапия, консультирование, помощь со стороны групп и сетей взаимопомощи по таким аспектам, как самостигматизация, дискриминация, социальная изоляция, каминг-аут, гендерно-подтверждающая помощь и нарушения психического здоровья (174, 350).
- Поддержка имеет решающее значение для того, чтобы подростки оставались в системе образования или профессиональной подготовки либо возвращались в нее; необходимо предоставить доступ к стратегиям профилактики школьной травли (буллинга), стигматизации и дискриминации (328, 342, 343, 351, 352).
- Необходимо обеспечивать независимое или групповое проживание в качестве временного или долгосрочного решения (353, 354).
- Первостепенное значение имеет обеспечение продовольственной безопасности, включая проведение оценки качества питания (355, 356).
- Необходима помощь в формировании источников средств к существованию, укрепление экономического положения и поддержка доступа к социальным услугам и государственным пособиям (357).
- Решающее значение имеет обеспечение бесплатного или недорогого доступа к правовой информации и услугам, включая информацию о правах, порядке подачи обращений и получении возмещений ущерба по суду.
- Большое значение имеет консультирование семей по их просьбе с целью облегчить доступ к услугам, особенно в тех случаях, когда требуется согласие родителей/попечителей.

ГЛАВА 8

Разработка мер реагирования:
процессы принятия решений,
планирования и мониторинга





Введение

Практическое осуществление положений настоящего руководства требует разработки стратегии, соответствующей местным условиям. Компонентами этого непрерывного процесса являются планирование, принятие решений и мониторинг. Как только план разработан и введен в действие, необходимо контролировать ход его выполнения и оценивать получаемые результаты. Выводы этой оценки служат основой для последующего пересмотра стратегии и ее реализации на новом этапе.

Анализ ситуации

Необходимые действия следует осуществлять с опорой на данные и надежную доказательную базу, однако отсутствие этой информации не должно служить причиной прекращения или отказа от инициирования надлежащих мер, направленных на улучшение здоровья ключевых групп населения, а также на элиминацию ВИЧ, вирусных гепатитов и ИППП как угроз для общественного здоровья.

Проведение анализа ситуации особенно необходимо на начальных этапах разработки программ и услуг. Для того чтобы действия на местном уровне были рациональными, приемлемыми и наиболее эффективными, необходимо проанализировать местные риски и потребности при обязательном активном участии местных представителей ключевых групп населения. Таких представителей в идеале следует привлекать из членов сетей (где такие существуют) либо из числа признанных местных лидеров, способных выражать мнения сообщества.

Крайне важно иметь четкое представление о следующем: местная динамика эпидемических показателей; характеристики затронутых групп населения; физические, социальные и политические условия, влияющие на риски и уязвимость; конкретные потребности членов ключевых групп населения и любые факторы, которые могут способствовать или препятствовать удовлетворению этих потребностей; инфраструктура систем здравоохранения и местных сообществ. Располагая этой информацией, можно разработать и реализовать объективно обоснованный план.

Как описано выше, члены ключевых групп населения подвержены повышенному риску и бремени ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов и ИППП и имеют особые, иногда сложные потребности, связанные со здоровьем. Многие из этих рисков и потребностей нередко носят общий характер для ключевых групп населения в различных условиях, однако некоторые факторы различаются между группами, а другие специфичны для конкретного контекста.

Также важно учитывать разнообразие и различные уровни риска в пределах каждой ключевой группы. Во многих ситуациях наибольшему риску, вероятно, подвергаются люди, входящие одновременно более чем в одну ключевую группу; например, некоторые мужчины, практикующие секс с мужчинами, могут также употреблять инъекционные наркотики или предоставлять услуги коммерческого секса. Члены ключевых групп населения нередко обладают другими характеристиками, которые повышают риск или уязвимость или обуславливают дополнительные потребности в области здравоохранения или социального обеспечения. Речь может идти о таких признаках, как бездомность, бедность, низкий уровень образования, инвалидность, наличие психических расстройств или других острых либо хронических нарушений здоровья.

Численность и местонахождение ключевых групп населения (то есть где люди живут или собираются) могут варьироваться при сохранении некоторых постоянных признаков, таких как общая доля взрослых мужчин, практикующих секс с мужчинами (358). Чтобы определить

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



оптимальный масштаб и целевые характеристики вмешательства, а также надлежащий баланс и экономическую эффективность в сопоставлении с другими возможными мерами, важно, среди прочих факторов, оценить численность и места сосредоточения ключевых групп (см. [вставку 2](#) и последующий раздел [Планирование и осуществление действий](#)). Следует отметить сложность проведения оценки численности ключевых групп и отсутствие надежных данных в этой области (359). Необходимо приложить усилия для верификации таких оценок и учесть возможные ограничения.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ

Вставка 1. Заинтересованные стороны для включения в процесс планирования

- Общинные организации, руководимые ключевыми группами населения, и представители сообществ ключевых групп, в том числе подростки и молодежь.
- Менеджеры и медицинские работники, работающие как в государственном, так и в частном секторах в учреждениях и программах следующего профиля: борьба с ВИЧ; оказание помощи при заболеваниях печени; охрана сексуального и репродуктивного здоровья, включая планирование семьи и помощь в связи с ИППП; охрана здоровья матери и ребенка; охрана психического здоровья; услуги в связи с туберкулезом, наркозависимостью; программы ПОШ, ПТАО и пенитенциарное здравоохранение.
- Гражданское общество, включая людей, живущих с ВИЧ и вирусным гепатитом, женские и молодежные группы, религиозных лидеров и людей с инвалидностью.
- Технические специалисты в конкретных областях, таких как лабораторные службы, фармакология, лекарственная устойчивость, купирование токсичности, цепочки поставок и здоровье местных сообществ.
- Партнеры со стороны государства, включая представителей соответствующих министерств (здравоохранения, юстиции и охраны правопорядка, внутренних дел, финансов, планирования) и региональных (например областных) органов государственного управления.
- Неправительственные организации, включая международные агентства, религиозные организации, другие местные неправительственные и общинные организации, а также частные организации в секторе услуг.
- Эксперты по финансам и бюджету, такие как сотрудники, отвечающие за программный бюджет, и специалисты в области экономики здравоохранения.
- Представители академических структур, включая экспертов в области оперативных исследований, науки о внедрении, этики, обучения и надзора.
- Международные доноры и организации-исполнители.
- Правозащитные институты.
- Профессиональные ассоциации работников здравоохранения (таких как врачи, медсестры и общинные медико-санитарные работники).

Состав, характеристики и потребности ключевых групп населения, равно как и различные контекстуальные условия и факторы окружающей среды, меняются с течением времени. Обновление данных анализа ситуации посредством непрерывного мониторинга и повторного проведения оценки позволит выявить изменяющиеся параметры и скорректировать либо переориентировать осуществляемые вмешательства.

Анализ ситуации практически неминуемо выявит пробелы в знаниях. Для их заполнения необходимо проводить дальнейшие исследования.

Также важно при анализе и интерпретации данных оценивать их качество и выявлять источники возможной систематической ошибки.



Вставка 2. Важнейшая информация для принятия решений и планирования

Необходимая информация	Источник информации
Численность ключевой группы населения	Расчетная численность общего населения
Распространенность ВИЧ, вирусных гепатитов В и С и приоритетных ИППП в ключевых группах населения	Серологический надзор
Локализация / географическое распределение ключевых групп населения; онлайн-системы идентификации и картографирование территорий пребывания ключевых групп населения	Мероприятия картирования (в том числе онлайн-овые)
Характеристики ключевых групп, поведенческие факторы риска и риски для здоровья	<ul style="list-style-type: none"> • Демографические обследования • Поведенческие обследования • Обследования по общим вопросам здоровья
Важные структурные факторы, барьеры для осуществления мер по борьбе с ВИЧ, вирусными гепатитами и ИППП, а также потребности ключевых групп	<ul style="list-style-type: none"> • Анализ действующего законодательства, политики и практики • Консультации с членами сообществ, с организациями, руководимыми сообществами и с другими заинтересованными сторонами • Поведенческие обследования
Доступность, охват, качество, результаты и полезное воздействие вмешательств	<ul style="list-style-type: none"> • Программные данные • Реестры уведомлений о случаях заболеваний • Комплексные биоповеденческие обследования <p>(Более детальное описание механизмов мониторинга и оценки национальных программ – см. вставку 3)</p>

В условиях, где предоставление услуг для ключевых групп населения недостаточно хорошо налажено и где преобладающая часть информации, перечисленной выше, ранее не собиралась, может оказаться целесообразным проведение экспресс-оценки. Имеются руководства по экспресс-оценке и реагированию, которые помогают проводить первоначальные и текущие оценки с использованием различных методов сбора данных и проведения анализа на нескольких уровнях.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОБНОСТИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ

Вставка 2 (продолжение)

Эти руководства в основном посвящены ВИЧ и были разработаны на более ранних этапах развития эпидемии ВИЧ, но описанные в них принципы и методы остаются актуальными для сбора информации о ВИЧ, а также о вирусных гепатитах и ИППП.

- Rapid assessment and response adaptation guide on HIV and men who have sex with men [Руководство по экспресс-оценке и адаптации мер реагирования в связи с ВИЧ применительно к мужчинам, практикующим секс с мужчинами]. Geneva: WHO; 2002 (360).
- The rapid assessment and response guide on injecting drug use (IDU-RAR) [Руководство по экспресс-оценке и реагированию в связи с инъекционным употреблением наркотиков]. Geneva: WHO; 1998 (361).
- Руководство по СЕКС-ЭОР. Употребление психоактивных веществ и рискованное сексуальное поведение: руководство по экспресс-оценке и реагированию (ЭОР). Женева: ВОЗ; 2002 (362).
- Rapid assessment and response adaptation guide for work with especially vulnerable young people [Руководство по экспресс-оценке и адаптации мер реагированию для работы с особо уязвимыми детьми и молодежью]. Geneva: WHO; 2004 (363).
- HIV in prisons: Situation and needs assessment toolkit [ВИЧ-инфекция в местах лишения свободы: инструмент для оценки ситуации и потребностей]. Vienna: UNODC; 2010 (364).

Планирование и осуществление действий

Эффективность мер, включенных в набор основных вмешательств в области здравоохранения, надежно доказана. Опыт многих стран продемонстрировал возможность их успешного осуществления в различных условиях. Национальные стратегии должны опираться на наборы вмешательств в области здравоохранения, рекомендованных в настоящем руководстве, однако на их эффективность и уровни полезного воздействия влияют местные факторы, которые необходимо учитывать в ходе осуществления вмешательств в целях достижения оптимальных результатов. На основе собранной информации о местных условиях, как описано выше, следует продвигать процессы планирования с участием заинтересованных сторон, особенно ключевых групп населения, и принимать решения о конкретных параметрах осуществления вмешательств.

Ниже приводится ряд решений, которые необходимо принять при разработке и осуществлении национальных мер реагирования в связи с ВИЧ, вирусными гепатитами и ИППП среди ключевых групп населения. Перечень руководств по планированию и осуществлению мер реагирования приведен во [вставке 3](#).

Определение целевых параметров действий

- Какие ключевые группы населения и какие подгруппы внутри ключевых групп подвергаются наибольшему риску?
- Какие стратегии, законодательные акты, директивные документы и руководства нуждаются в разработке или пересмотре?



Осуществление

- Имеет ли место эффективное лидерство членов ключевых групп в осуществлении действий?
- Где и какие вмешательства необходимы и как следует расставить приоритеты в их осуществлении?
- Как интегрировать услуги по борьбе с ВИЧ, вирусными гепатитами, ИППП и в здравоохранении в целом на организационном уровне, на уровне служб и отдельных учреждений (см. главу [Предоставление услуг](#)), для того чтобы оптимизировать доступность и полезное воздействие на ключевые группы населения?
- Где и в каком масштабе необходимо осуществить вмешательства?
- Какие целевые ориентиры и сроки должны быть установлены для осуществления и расширения масштабов вмешательств?
- Каким образом и в какой степени следует децентрализовать и интегрировать услуги, чтобы обеспечить наилучший охват ключевых групп населения?
- Каковы оптимальные форматы предоставления услуг?
- Каковы функции и обязанности различных заинтересованных сторон в осуществлении действий и достижении согласованных целевых ориентиров?

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОБНОСТИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ

Необходимые ресурсы

- Какие финансовые, людские и другие ресурсы и инфраструктура требуются для осуществления действий? Какие ресурсы имеются в настоящее время, какие дополнительные средства потребуются и как их можно получить? Какие категории медицинских и других работников (включая равных консультантов из состава ключевых групп) требуются и как будет осуществляться их набор и учебная подготовка? Какова роль перераспределения функций в оптимизации использования имеющихся людских ресурсов и расширении масштаба предоставления услуг?
- Как экономия за счет масштаба и синергии между вмешательствами позволит сократить расходы и улучшить предоставление услуг?
- Какие ресурсы поступят от организаций-доноров и какие потребуются мобилизовать из национальных источников? Преобладающая часть финансирования для борьбы с ВИЧ может быть получена по линии Глобального фонда и PEPFAR, но ассигнования для борьбы с ИППП и вирусными гепатитами, возможно, потребуются предусмотреть в национальных планах.

Мониторинг и оценка

- Как будут проводиться мониторинг и оценка осуществления действий?
- Каковы необходимые меры укрепления стратегических информационных систем мониторинга и оценки?

Риски, результаты и воздействие

- Каким потенциальным рискам и уязвимостям подвержены планируемые действия и какие ослабят их полезное воздействие? В число возможных рисков входят внутренние факторы, такие как сокращение бюджета, кража расходных материалов, дефицит кадров медицинских работников и возникновение лекарственной устойчивости. Внешние факторы могут включать потерю внешней финансовой поддержки, политическую нестабильность и природные бедствия.



ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ

Вставка 3. Руководства по планированию и осуществлению мер реагирования в связи с ВИЧ, вирусными гепатитами и ИППП применительно к ключевым группам населения

- Considerations in planning and budgeting for a key population trusted access platform [Соображения по планированию и бюджетированию платформы доверительного доступа для ключевых групп населения]. Geneva: Global HIV Prevention Coalition; 2020 (365).
- Establishing community-led monitoring of HIV services – Principles and process [Создание системы мониторинга услуг в связи с ВИЧ, действующей под руководством местного сообщества: принципы и процессы]. Geneva: UNAIDS; 2021 (366).

Мониторинг и оценка эффективности действий

Мониторинг и оценка – это важнейший компонент мер реагирования в связи с ВИЧ, вирусными гепатитами и ИППП применительно к ключевым группам населения.

Система мониторинга и оценки необходима для анализа качества как структурных, так и относящихся к сектору здравоохранения компонентов мер реагирования на ВИЧ, вирусные гепатиты и ИППП в ключевых группах населения. Крайне важно, чтобы эта система была практичной, не слишком сложной и способной осуществлять сбор актуальной, полезной и готовой к использованию информации при соблюдении принципов прав человека, как описано в предыдущих разделах.

ВОЗ и партнерские учреждения ООН разработали механизмы для мониторинга мер реагирования на ВИЧ среди населения в целом и в ключевых группах. Эти механизмы описаны в следующих документах:

- Tool to set and monitor targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: WHO; 2015 (367).
- Сводное руководство по стратегической информации о вирусных гепатитах: планирование и мониторинг прогресса на пути к элиминации. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2019 (368).
- Consolidated guidelines on person-centred HIV patient monitoring and case surveillance. Geneva: WHO; 2017 (369).
- Сводное руководство по стратегической информации о ВИЧ: направленное воздействие программ мониторинга и управления. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2022 (370).
- Стратегии и лабораторные методы для усиления эпиднадзора за инфекциями, передаваемыми половым путем. 2012 г. Женева: ВОЗ; 2014 (371).

Вышеописанные механизмы включают рекомендуемые наборы национальных показателей для количественной оценки следующих параметров: ключевые факторы, относящиеся к обеспечению благоприятствующей среды; наличие, охват и качество конкретных вмешательств; их результаты и уровень воздействия ([вставка 4](#)). Эти показатели также можно использовать при подготовке предложений или представлении отчетов о ходе осуществления программ для донорских организаций.



Процесс мониторинга и оценки требует изучения информации из различных источников, включая обследования поведенческих факторов и мероприятия серологического надзора, программные и административные данные, мониторинг под руководством сообщества, сведения, собираемые путем анализа программных документов и законодательства, а также материалы консультаций с экспертами и заинтересованными сторонами (вставка 5). При проведении анализа и интерпретации всех этих данных следует принимать во внимание их качество и ограничения.

Текущее планирование и разработка действий

При планировании расширения масштабов вмешательств, направленных на борьбу с ВИЧ, вирусными гепатитами и ИППП, решающее значение имеет постановка четких, достижимых, но достаточно амбициозных целевых ориентиров. Этими ориентирами конкретно определяется, чего должна достичь успешная национальная программа (проект) в установленные сроки. Целевые ориентиры могут быть установлены как для показателей, относящихся к конкретным вмешательствам, так и для сквозных показателей конечных результатов и уровней полезного воздействия (вставка 4).

Показатели вмешательства и благоприятствующей среды отражают наличие, охват и качество вмешательства (услуги) или изменения средовых факторов, такие как пересмотр законодательства, за определенный период. Целевые ориентиры направлены на снижение риска заражения ВИЧ, вирусными гепатитами и ИППП в достаточной степени, чтобы уменьшить передачу инфекции и обеспечить адекватное предоставление услуг лечения и помощи инфицированным.

Показатели конечных результатов и уровня полезного воздействия предназначены для оценки влияния вмешательства на результаты, отражающие подверженность риску, такие как изменения в рискованном поведении (например, процент людей, которые систематически используют презервативы), или для оценки воздействия на течение эпидемий ВИЧ, вирусного гепатита или ИППП (например, сокращение числа новых случаев ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов или ИППП) (вставка 4).

Как и планирование в целом, процесс постановки целевых ориентиров должен быть коллективным, с участием широкого круга заинтересованных сторон. При этом необходимо рассмотреть вопросы о том, являются ли целевые ориентиры реалистичными и есть ли практическая возможность для сбора необходимых данных. Целевые ориентиры должны соответствовать программным стратегиям, но при этом быть адаптированными к местной эпидемической ситуации и к реальным возможностям получения результатов с учетом доступного финансирования и других ресурсов. В прогнозировании воздействия вмешательства на эпидемические характеристики при различных уровнях целевых ориентиров может помочь моделирование.

Оценка исходного состояния предназначена для определения следующих параметров с использованием согласованных показателей: масштаб текущих действий, то есть наличие, охват и качество осуществляемых вмешательств; действующие средовые благоприятствующие факторы; имеющиеся барьеры. Эта информация служит отправной точкой для отслеживания прогресса. Кроме того, необходимо определить объем имеющихся ресурсов и технический потенциал, чтобы оценить дополнительные потребности и оптимальные пути для наращивания масштабов вмешательства. На основе этих выводов могут быть установлены реалистичные, достижимые целевые ориентиры и сроки осуществления.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОБНОСТИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



Расчет затрат, связанных с осуществлением вмешательства, является ключевым шагом в его планировании. Для этого имеется ряд инструментов и ресурсов.

Один из них, под названием «Спектрум», представляет собой набор моделей и аналитических инструментов для поддержки принятия решений в ходе разработки программ в области ВИЧ и ИППП. Набор включает ряд программных приложений, в том числе AIDS Impact Mode, AIM [модель воздействия СПИДа] и Goals [Цели] (Стоимость и полезный эффект вмешательств по борьбе с ВИЧ). В большинстве стран уже есть файлы AIM, подготовленные как часть их национальных эпидемиологических оценок, и поэтому оба модуля могут быть быстро применены. С описанием инструмента «Спектрум» можно ознакомиться на сайте: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/QuickStartGuide_Spectrum_en.pdf.

OneHealth [ОдноЗдоровье] – это компьютерное приложение, предназначенное для анализа деятельности и затрат системы здравоохранения, а также для разработки сценариев финансирования на страновом уровне. Это приложение специально разработано для СНСД. Оно дает универсальную основу для планирования, калькуляции затрат, анализа полезного воздействия, составления бюджета и финансирования стратегий по всем основным видам патологии и компонентам системы здравоохранения. OneHealth можно бесплатно загрузить (Avenir Health, 2021) на сайте: <https://www.avenirhealth.org/software-onehealth.php>.

Специалисты ЮНЭЙДС разработали HRCT (The Human Rights Costing Tool) [Инструмент расчета стоимости для соблюдения прав человека], гибкий инструмент для расчета объемов необходимых инвестиций в важнейшие вмешательства в отношении благоприятствующих факторов (такие как программы комплексной помощи и повышения правовой грамотности, юридические услуги, программы снижения стигматизации и дискриминации, а также обучение работников здравоохранения и правоохранительных органов). Этот инструмент можно бесплатно загрузить вместе с руководством пользователя со следующих сайтов: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/data-and-analysis/tools/The_Human_Rights_Costing_Tool_v_1_5_May-2012.xlsm

http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/The_HRCT_User_Guide_FINAL_2012-07-09.pdf.

Компания Avenir Health по заказу ВОЗ разработала инструмент SITE (Syphilis Interventions Towards Elimination) [Вмешательства в целях элиминации сифилиса], который представляет собой динамическую модель передачи инфекции для оценки и прогнозирования полезного воздействия, стоимости и экономической эффективности вмешательств по борьбе с сифилисом (скрининг, лечение и профилактика) в поддержку национальных программ: <https://avenirhealth.org/software-site.php>.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



Вставка 4. Показатели мониторинга и оценки мер реагирования

Для того чтобы понять, насколько успешно осуществляются меры реагирования и каковы получаемые результаты, необходимо отслеживать выполнение ряда предусмотренных требований для каждой ключевой группы населения. Для каждого требования имеется ряд полезных показателей.

Эти подходы детально описаны в руководствах ВОЗ по оказанию помощи ключевым группам населения.

- Tool to set and monitor targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations [Инструмент для установления и мониторинга целевых ориентиров по профилактике, диагностике, лечению и оказанию помощи в связи с ВИЧ для ключевых групп населения]. Geneva: WHO; 2015 (367).
- Сводное руководство по стратегической информации о вирусных гепатитах: планирование и мониторинг прогресса на пути к элиминации. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2019 (368).

Специальные показатели воздействия, относящиеся к подтверждению элиминации вирусных гепатитов среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, приведены в следующей публикации:

- Interim guidance for country validation of viral hepatitis elimination [Временное руководство для подтверждения элиминации вирусных гепатитов на уровне страны]. Geneva: WHO; 2021 (372).

Успешное осуществление запланированных мер и получение желаемого эффекта требуют проведения поддерживающей политики, наличия соответствующего законодательства и других структурных факторов.

Структурные (или характеризующие поддерживающую среду) показатели:

- проведен аудит действующего законодательства и политики;
- число организаций, руководимых ключевыми группами населения;
- обеспечено значимое вовлечение представителей ключевых групп населения в формирование политики и стратегий;
- созданы службы правовой поддержки для ключевых групп населения;
- функционируют службы поддержки для членов ключевых групп населения, которые подвергаются насилию;
- регулярно проводятся учебные мероприятия для сотрудников правоохранительных органов по вопросам, связанным с учетом потребностей ключевых групп населения;
- регулярно проводятся учебные мероприятия для медицинских и социальных работников по вопросам, связанным с учетом потребностей ключевых групп населения.

Вмешательства должны быть доступны для членов ключевых групп населения.

Показатели **наличия** необходимых услуг:

- число пунктов, где можно получить нужные услуги, в частности онлайн-вмешательства;
- число и процентная доля пунктов осуществления программ, ориентированных на ключевые группы населения, где предоставляется то или иное вмешательство;

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТНЫЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ

Вставка 4. Показатели мониторинга и оценки мер реагирования (продолжение)

- число и процентная доля пунктов осуществления общих программ, где предоставляется вмешательство и которые отвечают стандартам учета специальных потребностей ключевых групп населения;
- процентная доля всех пунктов, где предоставляется вмешательство и которые относятся либо к общим программам и отвечают стандартам учета специальных потребностей ключевых групп населения, либо к программам, ориентированным на ключевые группы населения;
- процентная доля сообщений о беспрепятственной доступности вмешательства, поступивших из выборки ключевых групп населения;
- географическое картирование ключевых групп населения в зависимости от того, где проводятся вмешательства.

Вмешательства должны достигать тех, кто в них нуждается.

Показатели **охвата**:

- число и процентная доля людей из ключевых групп населения, которым было предоставлено вмешательство в течение установленного отчетного периода;
- количество розданных расходных материалов (таких как иглы и шприцы или презервативы) из расчета на одного члена ключевой группы населения за установленный отчетный период;
- процентная доля сообщений о полученном вмешательстве в течение установленного отчетного периода, поступивших из выборки ключевых групп населения;

Чтобы вмешательства были эффективными, их необходимо осуществлять должным образом.

Показатели **качества**:

- обзор политики и практики осуществления программы с использованием контрольного перечня для оценки качества программы;
- процентная доля персонала, прошедшего учебную подготовку по вопросам учета специальных потребностей ключевых групп населения;
- процентная доля ключевых групп населения, сообщивших о том, что было получено вмешательство и предоставлена конкретная услуга (например, предоставление лубриканта, совместимого с презервативами);
- процентная доля случаев, когда было предоставлено вмешательство наряду с конкретной услугой (см. предыдущий показатель).

Должны быть достигнуты поставленные цели.

Показатели **результата** и **воздействия**:

- распространенность рискованного поведения среди ключевых групп населения;
- частота новых случаев ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов и ИППП в ключевых группах населения;
- распространенность инфекций среди ключевых групп населения;
- смертность в связи с ВИЧ-инфекцией в ключевых группах населения;
- распространенность стигматизации или дискриминации в отношении ключевых групп населения;
- частота эпизодов насилия против представителей ключевых групп населения.



ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОБНОСТИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ

Вставка 5. Источники данных

Поведенческие обследования и мероприятия серологического надзора.

Такие обследования ключевых групп населения могут предоставить данные о распространенности тех или иных факторов, а также информацию об опыте, рисках и использовании услуг представителями этих групп. Во многих странах уже периодически проводятся биоповеденческие обследования ключевых групп населения в рамках текущего мониторинга эпидемий ВИЧ и вирусных гепатитов. Обобщаемость результатов обследований зависит от уровня репрезентативности выборки относительно всей ключевой группы; важно учитывать систематическую ошибку отбора, возникающую в ходе формирования выборки. Поведенческие опросы подвержены смещению в сторону социально желательных ответов и ошибкам воспоминания.

Программные или административные данные. В большинстве программ обычно ведется регистрация по крайней мере базовой информации, связанной с предоставлением услуг. Она может включать такие данные, как число людей, получивших услугу, основные сведения о клиенте, количество использованных или распределенных расходных материалов. Для оценки услуг, предоставляемых людям из ключевых групп населения, требуется, чтобы данные об осуществлении программы были представлены в разбивке по ключевым группам населения и чтобы сбор информации о статусе и поведении ключевых групп осуществлялся, по возможности, с соблюдением требований безопасности и защиты данных. Программы, ориентированные на ключевые группы населения, могут предоставлять данные, относящиеся к группам населения, которые они обслуживают, но эта информация обычно недоступна в программах, которые предоставляют услуги многим различным группам или населению в целом.

Обзор документов и консультация с экспертами. Анализ различных программных документов и законодательства позволяет выявить наличие или отсутствие различных законов или стратегий, которые могут влиять на людей из ключевых групп населения.

Расчет численности населения. Получение надежных оценок численности ключевых групп населения может быть сложной задачей. Для этого используются различные методы, каждый из которых имеет свои преимущества и ограничения. В число обычно применяемых методов входят перепись и составление списков, общие обследования населения, а также методы повторного сбора, мультипликатора и масштабирования сети. Целесообразно проводить расчеты с помощью различных методов с последующей перекрестной проверкой (триангуляцией) результатов. Определения ключевых групп населения должны быть четкими.



ГЛАВА 9

Дополнительная информация о разработке новых рекомендаций

Введение

Как подчеркивалось в предыдущих главах, настоящее обновленное руководство содержит семь новых рекомендаций и заявлений о практике, которые включены в общую структуру медицинских вмешательств и предоставления услуг.

Методика

Специалисты ВОЗ составили семь вопросов PICO. Члены Группы по разработке руководства оценили в формате онлайн-опроса важность каждого конечного результата для тех, кого затронуло вмешательство, используя шкалу GRADE от 1 до 9 баллов (0–3 – не важно; 4–6 – важно; 7–9 – критично). После того как вопросы PICO и приоритетные результаты были согласованы, внешние исследователи, вошедшие в состав Группы по обзорам, при поддержке со стороны специалистов ВОЗ разработали протоколы и выполнили систематические обзоры соответствующих научных данных.

Назначенный независимый специалист по методологии, члены Руководящей группы, представители сетей ключевых групп населения и технические специалисты ВОЗ провели оценку и обзор предложенных протоколов. Специалист по методологии консультировал составителей обзоров по вопросам аналитических решений, синтеза и ранжирования фактических данных. Кроме того, были включены и обобщены исследования, содержащие информацию по вопросам осуществимости, ценностей и предпочтений, а также экономической эффективности. Научные данные, подтверждающие рекомендации, были оценены с использованием подхода GRADE, и была определена эффективность и общее качество доказательств для каждого вмешательства.

Риск систематической ошибки в исследованиях, включенных в систематические обзоры, оценивался с использованием Кокрановского инструмента оценки риска систематической ошибки для рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) (373) и инструмента ROBINS-I для нерандомизированных исследований (374).

Также, по предложению ВОЗ, четыре глобальные сети ключевых групп населения (мужчины, практикующие секс с мужчинами, секс-работники, трансгендерные и гендерно разнообразные люди, а также люди, употребляющие инъекционные наркотики) провели новое качественное исследование ценностей и предпочтений в своей среде. Полученные результаты были использованы в качестве компонентов синтеза фактических данных. Более подробная информация приведена в следующем разделе.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОБНОСТИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



Таблица 2. Области, учитываемые при оценке силы рекомендаций

Область	Обоснование	
Польза и вред	Когда разрабатывается новая рекомендация, желательные эффекты (пользу) необходимо сопоставить с нежелательными (рисками или вредом), принимая во внимание любую предыдущую рекомендацию или возможные альтернативы. Чем больше разрыв или градиент относительно пользы в сравнении с рисками, тем больше вероятность того, что будет сформулирована сильная рекомендация.	ВВЕДЕНИЕ
Убедительность доказательств	Высокая убедительность доказательств, вероятно, приведет к формулированию сильной рекомендации.	МЕТОДЫ
Ценности и предпочтения	Если высока вероятность того, что рекомендация будет широко принята или высоко оценена, вполне возможно, что она будет квалифицирована как сильная. Если существует большая вариативность или веские причины, по которым рекомендуемый курс действий вряд ли будет принят, более вероятно, что будет сформулирована условная рекомендация.	БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ ФАКТОРЫ
Затраты и финансовые последствия	Более низкие издержки (денежные средства, инфраструктура, оборудование или людские ресурсы) и более высокая экономическая эффективность способствуют формулированию сильной рекомендации.	РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА
Практическая осуществимость	Если вмешательство достижимо в условиях, когда от него ожидается наибольший эффект, уместна сильная рекомендация.	НАБОРЫ ВМЕШАТЕЛЬСТВ
Справедливость и права человека	Если выполнение рекомендации, вероятно, расширит доступ к вмешательству для тех, кто больше всего в нем нуждается, то, скорее всего, такая рекомендация будет квалифицирована как сильная.	ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ УСЛУГ
Приемлемость	Чем выше уровень приемлемости для всех или большинства заинтересованных сторон, тем выше вероятность формулирования сильной рекомендации.	ПОДРОСТКИ И МОЛОДЕЖЬ

Подход GRADE определяет четыре уровня убедительности доказательств (табл. 3). Убедительность доказательств является ключевым фактором, определяющим, будет ли рекомендация квалифицирована как сильная или условная.

Таблица 3. Интерпретация четырех уровней доказательств по системе GRADE

Убедительность доказательств	Обоснование	
Высокая	Мы весьма уверены, что истинный эффект близок к предполагаемому.	РАЗРАБОТКА МЕР
Умеренная	Мы в умеренной степени уверены в оценке эффекта. Истинный эффект, по всей вероятности, близок к предполагаемому, но существует возможность значительного отличия.	ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ



Низкая	Наша уверенность в оценке эффекта ограничена. Истинный эффект может существенно отличаться от предполагаемого.
Крайне низкая	У нас крайне мало уверенности в оценке эффекта. Любая оценка эффекта носит весьма неопределенный характер.

Когда подтверждающие доказательства являются косвенными и их трудно собрать и обобщить, но уверенность в полезном воздействии вмешательства высока, и когда желательные последствия вмешательства явно перевешивают нежелательные, вместо рекомендации может быть сформулировано заявление о передовой практике. Данные во многих случаях не дезагрегированы по ключевым группам населения, и в их отношении отсутствует подтверждающая информация. Поэтому при разработке настоящего руководства было принято рациональное решение включать заявления о передовой практике. Такие заявления по своей сути являются сильными рекомендациями (57).

Следуя положениям процесса разработки руководств ВОЗ (57), Группа по разработке руководств формулировала рекомендации в соответствии с подходом GRADE для оценки фактических данных. Группа по разработке руководств также выступила с рядом заявлений о передовой практике. Доказательства были обобщены, включены в систему «от доказательств к решениям» и легли в основу обсуждений на виртуальном совещании Группы по разработке руководства, которое проходило в течение шести дней с 30 августа по 8 сентября 2021 г. под председательством двух членов этой группы. На этом совещании также были урегулированы все конфликты интересов. При поддержке со стороны специалиста по методологии и председателей, члены Группы по разработке руководства вынесли суждения по следующим аспектам: потенциальные преимущества и негативные аспекты вмешательств; ценности и предпочтения заинтересованных сторон; приемлемость; практическая осуществимость; использование ресурсов; соблюдение прав человека и обеспечение справедливости. Взятые вместе, эти суждения способствовали определению силы и направленности рекомендаций (373). Группа заранее постановила, что для принятия решения необходимо получить две трети голосов, однако голосования не потребовалось: все рекомендации были приняты на основе консенсуса. В ноябре 2021 г. проект руководства был распространен для ознакомления среди членов Группы по разработке руководства и Группы внешних рецензентов.

Фактические данные и принятие решений по новым рекомендациям

Поведенческие вмешательства

Общие сведения и обоснование

Поведенческие вмешательства широко используются в программах, направленных на сокращение передачи ВИЧ, ИППП и вирусных гепатитов. Существует целый ряд различных поведенческих вмешательств, включая те, что сосредоточены на предоставлении информации и просветительной работе, а также использующие подход консультирования, но все они направлены на повышение уровня обращаемости за медицинской помощью и/или на сокращение выраженности такого поведения, которое повышает риск инфицирования ВИЧ, ИППП и вирусными гепатитами, в том числе совместного использования игл и шприцев и незащищенного секса. Консультационные поведенческие вмешательства могут осуществляться медицинскими работниками или самими членами ключевых групп по принципу «равный равному», в виде однократных или повторных собеседований; они могут быть краткими или продолжительными, проводиться в группах или индивидуально, в онлайн-формате или в режиме очной встречи.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТНЫЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



Рекомендации по поведенческим вмешательствам, представленные в Сводном руководстве ВОЗ для ключевых групп населения версий 2014 и 2016 гг. (3, 4) были основаны на доказательствах с низкой убедительностью при отсутствии стандартных компараторов.

В ходе предварительного анализа и консультаций с сообществом и экспертами в 2019–2020 гг. (см. Методы), эти рекомендации были определены как нуждающиеся в обновлении. В поддержку процесса принятия решений был выполнен обзор фактических данных о поведенческих вмешательствах с компонентом консультирования. В частности, было необходимо выяснить, оказывает ли проведение консультационных поведенческих вмешательств положительное воздействие применительно к инфицированию и передаче ВИЧ, ИППП и вирусных гепатитов среди ключевых групп населения.

Обзор доказательств

По заказу ВОЗ был выполнен систематический обзор для обновления существующих рекомендаций и ответа на вопрос РИСО о том, снижают ли консультационные поведенческие вмешательства рискованное поведение, связанное с передачей или заражением ВИЧ, ИППП и вирусными гепатитами. Первичными результатами были частота новых случаев ВГВ-, ВГС- или ВИЧ-инфекции, а также ИППП; вторичными результатами – незащищенный секс (например, секс без презервативов, без лубрикантов, без ДКП), совместное использование игл и шприцев и коэффициент смертности.

В систематическом обзоре научных статей, опубликованных за период с 1 января 2010 г. по 1 марта 2021 г., было выявлено девять рандомизированных контрольных исследований, соответствующих критериям отбора (см. [Веб-приложение С](#)). Пять исследований были проведены среди взрослых членов ключевых групп населения, два – соответственно, среди молодых мужчин (16–25 лет), практикующих секс с мужчинами (375), и девушек-подростков (13–17 лет), освобожденных из исправительных учреждений для несовершеннолетних (376). По выводам этих исследований, консультационные поведенческие вмешательства, вероятно, оказывают незначительное или нулевое влияние на частоту новых случаев ВИЧ-инфекции (375, 377–382), вирусных гепатитов (380) и ИППП (379–383) в ключевых группах населения. Это заключение в равной мере относилось к незащищенному сексу (375–381) и совместному использованию игл и шприцев (379, 380). По всем результатам была отмечена умеренная убедительность доказательств отсутствия эффекта.

Результаты метаанализа данных шести рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) с участием мужчин, практикующих половые контакты с мужчинами, трансгендерных женщин, людей, употребляющих инъекционные наркотики, и работников секс-бизнеса в Казахстане, Кении, Китае и США показали, что поведенческие вмешательства, вероятно, не влияли на частоту новых случаев ВИЧ-инфекции (комбинированное отношение рисков (ОР): 0,700, 95% доверительный интервал (ДИ): 0,409–1,197), без существенных проявлений пользы или вреда (375, 377–382). Доказательства с низкой степенью убедительности, полученные в ходе РКИ с участием секс-работников, употребляющих инъекционные наркотики, в Мексике, свидетельствовали об отсутствии влияния на заболеваемость ВИЧ/ИППП, когда результаты были подвергнуты метаанализу по разным объектам исследования (ОР: 0,663; 95% ДИ: 0,224–1,960) (380).

Доказательства с умеренной степенью убедительности, полученные при метаанализе данных из шести РКИ среди людей, находящихся в местах лишения свободы, мужчин, практикующих секс с мужчинами, трансгендерных женщин, людей, употребляющих инъекционные наркотики, и секс-работников в Казахстане, Китае, Кении и США, показали вероятную незначительную или нулевую разницу в частоте новых случаев ИППП (ОР: 0,985; 95% ДИ: 0,741–1,308), без статистически значимой неоднородности ($Q=2,120$, $p=0,832$, $I^2=0,000$).

Данные с умеренной степенью достоверности, полученные в ходе одного РКИ среди лиц, употребляющих инъекционные наркотики в Казахстане, показали вероятную

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТНЫЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



незначительную или нулевую разницу в частоте новых случаев ВГС-инфекции при расчете как нескорректированный ОР напрямую (ОР: 0,447; 95% ДИ: 0,158–1,267), но наблюдалось снижение этого показателя при расчете как отношение коэффициентов инцидентности с поправкой на базовый показатель небезопасных инъекций за последние 90 дней (отношение частот: 0,31; 95% ДИ: 0,10–0,90).

В семи РКИ с участием людей, находящихся в местах лишения свободы, мужчин, практикующих половые контакты с мужчинами, людей, употребляющих инъекционные наркотики, и работников секс-бизнеса в Казахстане, Кении, Китае и США были получены доказательства с крайне низкой степенью убедительности о влиянии консультационных поведенческих вмешательств на распространенность практики незащищенного секса (без использования презервативов; ОР: 0,821; 95% ДИ: 0,663–1,018). Метаанализ показал статистически значимую неоднородность ($Q=22,015$, $p=0,001$, I-квадрат=72,746), которую не удавалось четко объяснить путем анализа подгрупп или другими причинами, и вопрос о том, снижают ли консультационные поведенческие вмешательства распространенность практики незащищенного секса, остается открытым.

Доказательства с низкой степенью убедительности, полученные при метаанализе данных из двух РКИ среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, и секс-работников в Казахстане и США, показали вероятное отсутствие влияния на совместное использование игл и шприцев (ОР: 0,719; 95% ДИ: 0,317–1,628), без статистически значимой неоднородности ($Q=1,135$, $p=0,287$, I-квадрат=11,909).

Практическая осуществимость, стоимость и эффективность в соотношении с затратами

В систематическом обзоре были выявлены два исследования с данными о затратах на консультационные поведенческие вмешательства для ключевых групп населения, в обоих случаях в США. Затраты варьировались от 682 до 782 долл. США за одну сессию и от 1823 до 3890 долл. США из расчета за год (384, 385).

Был выявлен один анализ экономической эффективности многокомпонентного вмешательства для секс-работников на границе Мексики и США (346). Было подсчитано, что для гипотетической популяции из 1000 секс-работников одноразовое вмешательство потребует затрат в размере 78 200 долл. США (нарастающим итогом), при этом позволит предотвратить 33 случая ВИЧ-инфекции и получить дополнительно 5,7 месяцев жизни с поправкой на качество (QALY), в сопоставлении с отсутствием вмешательства. Дополнительные затраты на каждый QALY составили 183 долл. Для секс-работников, получающих вмешательство ежегодно, подсчитанные дополнительные затраты составили 389 000 долл. США при 29 дополнительных предотвращенных случаях ВИЧ и 4,5 дополнительных месяца QALY в сопоставлении с одноразовым вмешательством. Дополнительные расходы за QALY составили 1075 долл. США.

Существует мало свидетельств о стоимости или затратоэффективности консультационных поведенческих вмешательств в сопоставлении с различными условиями или методами осуществления.

Ценности и предпочтения

Два исследования, проведенные в США, одно с участием мужчин, практикующих секс с мужчинами, второе – с участием трансгендерных женщин, были посвящены проблеме ВИЧ и показали, что участники в целом положительно относились к конкретным консультационным поведенческим вмешательствам (347, 348).

Качественное исследование, проведенное четырьмя глобальными сетями ключевых групп населения, продемонстрировало, что члены ключевых групп ([Веб-приложение В](#)) ценят образовательную информацию, консультирование и аутрич-работу под руководством самих представителей этих групп, поскольку эти люди не склонны к высказыванию оценочных

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



суждений и лучше понимают потребности ключевых групп. Респонденты выразили предпочтение множественным, последовательным вмешательствам, в сравнении с разовыми мероприятиями и с вмешательствами, осуществляемыми с помощью различных механизмов.

Люди, употребляющие инъекционные наркотики, ценят доступ к информации и просветительным мероприятиям, однако приоритетом остается адекватный доступ к научно обоснованным мерам снижения вреда, таким как ПОШ, ПТАО и лечение передозировки, как подход к внедрению результатов просветительной работы в практику.

Основное внимание в комментариях всех четырех ключевых групп населения в отношении других факторов, влияющих на доступ к поведенческим вмешательствам (включая просветительные мероприятия и консультирование), в подавляющем большинстве случаев было сосредоточено на структурных проблемах, включая следующие: негативное отношение со стороны местного сообщества и поставщиков услуг; проблемные подходы и сообщения; стигматизация и дискриминация; необходимость реформы законодательства и системы образования в целях изменения общественного восприятия ключевых групп и обращения с ними.

Справедливость и приемлемость

Осуществление консультационных поведенческих вмешательств может дать полезный эффект, если будет обеспечен широкий спектр различных мер, адаптированных к местным условиям, направленных на улучшение доступа к услугам здравоохранения и расширение прав и возможностей ключевых групп населения. Однако исследование с участием сетей ключевых групп показало, что препятствиями для просвещения по вопросам профилактики ВИЧ- и ВГС-инфекции и ИППП являются отсутствие формального образования и грамотности. Было отмечено, что необходимо просвещение по вопросам ВИЧ- и ВГС-инфекции и ИППП, и оно должно быть более конкретным, систематическим, проводиться по принципу «равный равному» и под руководством сообщества. Эти меры, осуществляемые с использованием целого ряда механизмов и форматов с учетом разных уровней доступа, знаний и грамотности, а также в сочетании с консультированием и другими видами психосоциальной поддержки, позволяют достигать максимального эффекта.

Респонденты из ключевых групп населения сообщили, что поведенческие вмешательства, направленные на воздержание от употребления наркотиков, а также на реабилитацию или прекращение секс-работы, приводят к снижению уровня справедливости, создавая барьеры для использования услуг, поэтому таких вмешательств следует избегать. Методы, претендующие на так называемое излечение от гомосексуальности, такие как конверсионная терапия или другие предлагаемые способы изменения гендерной идентичности или сексуальной ориентации, наносят вред, являются нарушением прав человека и никогда не должны проводиться (388). Потенциальный индивидуальный вред может быть нанесен, когда консультанты или консультационные поведенческие вмешательства пропагандируют воздержание от употребления наркотиков, реабилитацию, прекращение секс-бизнеса или так называемые методы лечения гомосексуальности, что может провоцировать нежелание представителей ключевых групп обращаться за услугами. Более того, отвлечение средств на такие вмешательства может ограничивать возможности для применения других, научно обоснованных мер.

Оценка фактических данных и принятие решений

В соответствии с утвержденной на уровне ВОЗ процедурой Группа по разработке руководства рассмотрела фактические данные и пришла к выводу о невозможности рекомендовать консультационные поведенческие вмешательства для снижения частоты новых случаев ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов и ИППП, ввиду отсутствия доказательств того, что такие вмешательства влияют на конечные результаты. Однако Группа выразила твердое убеждение в том, что консультирование и предоставление полезных сведений

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



могут способствовать получению информированного согласия и принятию решений для начала и продолжения определенных вмешательств, таких как ДКП, АРТ, ПТАО и ПОШ. Консультирование может улучшить отношения между поставщиками услуг и клиентами и мотивировать последних к обращению за услугами. Группа постановила разработать заявление о передовой практике, информирующее руководителей и поставщиков услуг о наличии умеренно убедительных доказательств того, что консультационные вмешательства, вероятно, не снижают заболеваемость ВИЧ, вирусными гепатитами и ИППП. При этом они могут давать другие потенциальные положительные эффекты.

Соображения в отношении практической реализации

Ввиду того, что систематический обзор не выявил какого-либо влияния консультационных поведенческих вмешательств на частоту новых случаев ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов и ИППП, выбор в пользу включения таких вмешательств в стандартные и минимальные наборы для ключевых групп населения следует делать с учетом потенциальных ограничений в отношении конечных результатов в плане заболеваемости.

Если поведенческие вмешательства все же осуществляются, необходимо проводить систематическое обучение равных консультантов и медицинских работников, а также незамедлительно устранять стигматизирующие установки в системе здравоохранения и структурные барьеры для доступа к услугам.

Поведенческие вмешательства следует разрабатывать и осуществлять в сотрудничестве с ключевыми группами населения. Такие вмешательства должны быть адаптированы к конкретным ключевым группам населения и отдельным лицам с учетом того, что люди находятся на разных этапах жизни и имеют различные приоритеты и потребности. Люди порой оказываются в ситуации, когда они не в состоянии или не желают изменить свое рискованное поведение, и это следует принимать без осуждения. Вмешательства, направленные на прекращение употребления наркотиков, реабилитацию, уход из секс-бизнеса и «лечение» гомосексуальности, создают барьеры для использования услуг, не рекомендуются для осуществления, и их следует избегать.

Пробелы в исследованиях

Дальнейшие исследования для количественной оценки влияния консультационных поведенческих вмешательств на ВИЧ, ИППП и вирусные гепатиты не требуются, однако будущие изыскания могут позволить нам лучше понять влияние различных аспектов консультационных вмешательств на построение отношений между клиентом и поставщиком услуг, улучшение психосоциальных характеристик и психического здоровья. Исследования нужно проводить в разных условиях и для каждой из ключевых групп населения. Было показано, что для подростков и молодежи консультирование с участием сверстников является стратегией, улучшающей приверженность к АРТ, но требуются дополнительные исследования таких вмешательств на приверженность к ДКП в целях профилактики ВИЧ-инфекции (389).

Более детальный профиль доказательств – см. [Веб-приложение С](#).

Химсекс

Общие сведения и обоснование

Химсекс – это все более распространяющийся феномен, когда люди вступают в сексуальные отношения на фоне приема психоактивных препаратов, таких как метамфетамин, мефедрон и гамма-гидроксibuтират (ГГБ). Химсекс обычно предполагает вовлечение множественных участников, употребление разнообразных препаратов (включая инъекционные наркотики) и практикуется в течение длительного времени, например в виде группового секса или оргий (390–392). Все чаще поступают сообщения о химсексе в сообществах мужчин, практикующих

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



секс с мужчинами (391), в большинстве случаев в странах с высоким уровнем дохода в Европе и Северной Америке. По данным недавнего качественного обзора в отношении химсекса среди мужчин, практикующих секс с мужчинами, и трансгендерных женщин, это явление получает растущее распространение в Азии (393, 394). Заместитель редактора научного периодического издания *Journal Watch Infectious Diseases* прокомментировал в 2018 г., что «заметно высокий уровень» ВИЧ-инфекций среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, участвующими в химсексе, в лондонском исследовании (395) «определяет высокоприоритетную (но часто сложную) группу населения для усилий по профилактике (включая профилактику до и после контакта, психическое здоровье, химическую гигиену, укрепление здоровья и мероприятия по минимизации вреда)» (396).

Химсекс может сопровождаться незащищенным сексом и небезопасным употреблением инъекционных наркотиков, передозировкой, наркотической зависимостью и неблагоприятными последствиями для психического здоровья (396). В одном систематическом обзоре были обнаружены некоторые недостаточно последовательные доказательства повышенной распространенности ВИЧ- и ВГС-инфекции у лиц, употребляющих инъекционные наркотики до или во время сексуальной активности (390).

В ходе аналитической работы, предшествующей разработке настоящего руководства, представители основных заинтересованных сторон обратились к ВОЗ с просьбой продолжить изучение вопроса о том, могут ли поведенческие вмешательства способствовать повышению уровня использования услуг среди людей, практикующих химсекс, снизить вред и оказать позитивное воздействие в отношении ВИЧ, вирусных гепатитов и ИППП.

Систематический обзор не выявил ни одной статьи, отвечающей критериям включения с точки зрения действенности и ресурсоэффективности. В другом обзоре были выявлены пять статей, оценивающих ценности и предпочтения (359–363); силами четырех сетей ключевых групп было проведено качественное исследование ценностей и предпочтений по этой теме (см. [Веб-приложение С](#)). В целом, были выявлены следующие предпочтения:

- специализированные вмешательства, направленные против химсекса (например, специализированное консультирование одновременно по проблемам наркотиков и секса);
- индивидуализированные услуги без оценочных суждений, предоставляемые по принципу «равный равному», ориентированные не столько на отказ от употребления наркотиков, сколько на снижение вреда;
- комплексные услуги в области охраны сексуального здоровья и в связи с ВИЧ, ИППП и вирусными гепатитами;
- предоставление большего объема конкретной информации просветительных услуг по вопросам химсекса с помощью различных методов, включая разъяснение потенциальных рисков.

Качественное исследование ценностей и предпочтений (см. [Веб-приложение В](#)) показало, что восприятие химсекса и его значимости различалось как между четырьмя сетями ключевых групп, так и внутри них. Хотя химсекс наиболее широко практикуется среди геев, бисексуалов и других мужчин, практикующих секс с мужчинами, участники за пределами этих сообществ также отметили, что они употребляют наркотики для усиления и/или продления сексуальной активности. Участники иногда описывали такую практику, не используя термин «химсекс». Некоторые секс-работники сообщили, что занимались химсексом из-за давления со стороны клиентов и ввиду финансовой необходимости.

Ключевые группы населения подчеркнули необходимость повышения осведомленности и проведения просветительных мероприятий о вреде химсекса, а также борьбы со стигматизацией и дискриминацией в отношении тех, кто практикует химсекс. Люди, употребляющие инъекционные наркотики, подчеркнули важность расширения понимания

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



проблемы и использования вместо обозначения «химсекс» термина «сексуализированное употребление наркотиков» [sexualized drug use], чтобы помочь снизить степень осуждения, поддерживать «культуру заботы» [cultures of care], включая такие подходы, как выдача «наборов от хозяев» [hosting packs] или «наборов безопасности» [safety kits], содержащих средства для снижения вреда, и мотивировать людей к «планированию своей безопасности».

ВОЗ рекомендует различные варианты профилактики ВИЧ-инфекции, ИППП и вирусных гепатитов, которые актуальны для тех, кто практикует химсекс, включая рекомендации по использованию презервативов и лубрикантов для предохранения от передачи ВИЧ-инфекции и ИППП половым путем, до- и постконтактную профилактику для предотвращения ВИЧ-инфекции, а также предоставление стерильных игл и шприцев для профилактики ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов (4). Несмотря на рекомендации, сообщества и клиницисты все больше обеспокоены низким уровнем использования этих профилактических мер до, во время и после химсекса, а также сохраняющимся риском. Вмешательства, направленные на расширение охвата этими научно обоснованными профилактическими вмешательствами, а также привязка к услугам тестирования и лечения и их интеграция могут способствовать снижению передачи инфекции среди людей, практикующих химсекс. Критически важно обеспечивать направление в соответствующие службы тех, кто сообщает о случаях принуждения к сексу или употреблению наркотиков.

На основе имеющихся предпочтений ключевых групп населения, накопленного практического опыта, в частности, осуществления вмешательств, уже рекомендованных ВОЗ, Группа по разработке руководства сформулировала заявление о передовой практике. Группа отметила важность четкого отражения этого явления в программах по борьбе с ВИЧ, ИППП и гепатитами в целях гарантированного обеспечения привязки людей, практикующих химсекс, к соответствующим службам без оценочных суждений.

Онлайн-вмешательства

Общие сведения и обоснование

Все чаще службы поддержки для ключевых групп населения выходят в интернет, налаживая контакты с людьми, подверженными риску, предоставляя информацию о доступных услугах, о возможностях для самотестирования и для записи на тестирование в медицинском учреждении, а также обеспечивая связь людей с диагнозом ВИЧ-инфекции, вирусного гепатита или ИППП с поставщиками необходимых клинических услуг. Онлайн-сервисы имеют, в частности, следующие преимущества: охват более широкой аудитории, включая население географически изолированных регионов; ориентация информации на индивидуальные потребности людей; повышение эффективности и удобства для клиентов.

В режиме онлайн можно осуществлять различные вмешательства, наиболее распространенными из которых являются следующие:

- 1) Онлайн-аутрич** предназначен для вовлечения ранее не охваченных потенциальных пользователей услуг в составе ключевых групп населения через онлайн-платформы с помощью систем и структур, таких как веб-сайты и приложения для социальных сетей, где члены ключевых групп общаются, знакомятся с информацией и социализируются.
- 2) Онлайн-ведение случаев** среди членов ключевых групп населения, которым необходим доступ к соответствующим услугам при получении положительного результата тестирования. Ведение пациентов с помощью онлайн-систем может снизить уровень преждевременного выбытия из системы последующего наблюдения и обеспечить полезные подсказки (например, напоминания о необходимости

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



записаться на прием или принять лекарство) и поддержку для ключевых групп населения.

- 3) Целевое информирование по вопросам здоровья** осуществляется через интернет-сайты и приложения для социальных сетей с учетом демографических данных и характеристик пользователей. Например, реклама в сети Facebook может быть нацелена на пользователей определенного возраста, с определенными политическими предпочтениями, проживающих в конкретных регионах и т. п. Сегментация аудитории может позволить более конкретно ориентироваться на ключевые группы населения, чтобы предоставлять специализированную информацию или обеспечивать привязку к услугам здравоохранения.

Обзор доказательств

По заказу ВОЗ был выполнен систематический обзор, чтобы ответить на вопрос о том, улучшают ли онлайн-сервисы использование услуг профилактики, тестирования, привязки к клиническим службам и соблюдение лечебного режима в связи с ВИЧ-инфекцией, вирусными гепатитами и ИППП для ключевых групп населения по сравнению со стандартным оказанием помощи.

С учетом широкого спектра онлайн-вмешательств потребовалось разделить обзор фактических данных на следующие тематические аспекты: онлайн-аутрич, онлайн-ведение случаев и целевое информирование по вопросам здоровья. Были использованы следующие показатели конечных результатов:

- онлайн-аутрич – количество или доля ранее не охваченных людей; использование профилактических услуг; применение ДКП и ПКП; консультирование; использование презервативов; использование услуг тестирования на ВИЧ, вирусные гепатиты и ИППП; начало лечения ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов и ИППП;
- онлайн-ведение случаев – использование профилактических услуг; использование услуг тестирования на ВИЧ, вирусные гепатиты и ИППП; начало лечения ВИЧ-инфекции, вирусного гепатита и ИППП; уровни непрерывного продолжения или завершения курса лечения ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов и ИППП; вирусная нагрузка (например, ВИЧ и ВГС); частота случаев полного излечения (для излечимых ИППП, например ВГС-инфекции, сифилиса и гонореи); смертность;
- онлайн-целевое информирование по вопросам здоровья – использование профилактических услуг; использование услуг тестирования на ВИЧ, вирусные гепатиты и ИППП; начало лечения ВИЧ-инфекции, вирусного гепатита и ИППП; уровни непрерывного продолжения или завершения курса лечения ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов и ИППП; вирусная нагрузка (например, ВИЧ и ВГС); частота случаев полного излечения; смертность.

В обзор онлайн-аутрича были включены два РКИ (402, 403) и одно последовательное перекрестное исследование (404) – все среди мужчин, практикующих секс с мужчинами.

В обзор онлайн-ведения случаев были включены четыре РКИ (405–408) и три обсервационных исследования (409–412) среди мужчин, практикующих секс с мужчинами, трансгендерных женщин и людей в местах лишения свободы. В обзор по вопросам онлайн-целевого информирования были включены два РКИ (413, 414) и одно обсервационное исследование (415) среди мужчин, практикующих секс с мужчинами.

Онлайн-аутрич

Кластерное РКИ по типу «ступенчатого клина», проведенное среди мужчин, практикующих секс с мужчинами (в возрасте 16 лет и старше), выявило незначительные или нулевые различия в показателях использования презервативов (по самоотчетам) между группами, получившими онлайн-услуги в отношении тестирования на ВИЧ, по сравнению с обычными программами тестирования, регулярно осуществляемыми местными центрами

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



контроля заболеваний и общинными организациями (ОР: 1,00; 95% ДИ: 0,86–1,17). Была выражена высокая степень уверенности в том, что предполагаемое отсутствие эффекта близко к истинному результату (402). В другом РКИ в Китае среди мужчин, практикующих секс с мужчинами, было показано, что онлайн-аутрич оказывает минимальное или нулевое влияние на использование презервативов (по самоотчетам), независимо от типа партнера (низкая убедительность доказательств; ОР: 0,90; 95% ДИ: 0,39–2,06) (416).

По результатам метаанализа вышеуказанных двух РКИ было выявлено вероятное увеличение показателя тестирования на ВИЧ (умеренная убедительность доказательств; ОР: 1,39; 95% ДИ: 1,21–1,60) (402, 403). В одном из этих РКИ было выявлено вероятное отсутствие различий по показателям тестирования на сифилис (умеренная убедительность доказательств; ОР: 0,92; 95% ДИ 0,70–1,21) (403).

В кросс-секционном исследовании в США среди мужчин, практикующих секс с мужчинами, было выявлено вероятное увеличение числа вовлеченных людей, которые ранее не были охвачены (умеренная убедительность доказательств) (404). Когда использовались только традиционные методы разъяснительной работы (с октября 2011 года по март 2012 года), местный департамент здравоохранения контактировал с 60 мужчинами, имеющими половые контакты с мужчинами. После проведения аутрич-вмешательства с использованием приложения Грайндр (с октября 2013 г. по март 2014 г.) департамент установил контакт с 816 такими мужчинами. Не было значений знаменателя для расчета коэффициента, использовалось только число контактов (которое может включать дубликаты). Не исключено также воздействие искажающих факторов, создающих потенциальный риск систематической ошибки.

Онлайновое ведение случаев

В одном РКИ в Таиланде среди молодых мужчин, практикующих секс с мужчинами, и трансгендерных женщин (от 15 до 19 лет) было показано вероятное отсутствие различий в использовании услуг ДКП между теми, кто использовал онлайн-приложение для ведения случаев, и теми, кто его не использовал; в обоих вариантах параллельно применялись стандартные услуги, ориентированные на молодежь (ОР: 1,12; 95% ДИ: 0,78–1,59) (409).

В одном РКИ в США среди мужчин, практикующих секс с мужчинами, было выявлено отсутствие различий в использовании услуг повторного тестирования на ВИЧ (ОР: 1,24; 95% ДИ: 0,78–1,95) (406), но из-за крайне низкой убедительности доказательств эта оценка имеет ограниченную достоверность.

В когортном исследовании в США среди людей с ВИЧ, находящихся в местах лишения свободы, было выявлено вероятное отсутствие различий в уровнях привязки к службам помощи после выхода на свободу между теми, кто использовал адаптированный или персонализированный веб-сайт, и теми, у кого был доступ только к веб-странице онлайн-справочника поставщиков услуг (низкая убедительность доказательств; ОР: 1,09; 95% ДИ: 0,92–1,29) (412). В другом когортном исследовании в США в популяции мужчин, практикующих секс с мужчинами, и трансгендерных женщин было выявлено возможное небольшое увеличение доли людей, получивших услуги первичной помощи в связи с ВИЧ за последние шесть месяцев, среди тех, кто участвовал в шестимесячной цифровой навигационной программе по оказанию помощи в связи с ВИЧ-инфекцией, по сравнению с теми, кто в такой программе не участвовал (низкая убедительность доказательств; ОР: 1,20; 95% ДИ: 1,01–1,42) (411).

В одном РКИ с умеренной убедительностью доказательств в США среди 90 мужчин с ВИЧ, употребляющих стимуляторы и практикующих секс с мужчинами, была выявлена вероятно более высокая общая приверженность к АРТ на фоне вмешательства, чем в контрольной группе через 4 месяца: вмешательство – 89,0% (95% ДИ: 83,4–94,6), контрольная группа – 77,2% (95% ДИ: 66,7–87,7). Таким образом, разница в приверженности к АРТ составила

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТНЫЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ

11,8% (95% ДИ: 0,34–23,2; $p=0,04$) Однако через два месяца после вмешательства результаты практически сравнялись: вмешательство – 85,3% (95% ДИ: 80,0–90,6), контрольная группа – 89,0% (95% ДИ: 83,2–94,9). Таким образом, разница составила -3,7% (95% ДИ: -11,4–4,0; $p=0,34$) (407).

В одном РКИ в США среди 110 людей с ВИЧ, недавно освобожденных или готовящихся к освобождению из мест лишения свободы, были выявлены лишь возможные незначительные или нулевые различия в уровнях вовлеченности в программы лечения ВИЧ-инфекции, измеряемых по частоте обращения за медицинской помощью в связи с ВИЧ-инфекцией за последние 24 недели (ОР: 0,98; 95% ДИ: 0,85–1,12) (408). В когортном исследовании в США среди 120 мужчин, практикующих секс с мужчинами, и трансгендерных женщин, живущих с ВИЧ, выявлено вероятное незначительное или нулевое влияние онлайн-ведения случаев на долю людей в каждой группе, которые сообщили о своем участии в курсе АРТ (низкая убедительность данных; ОР: 1,19; 95% ДИ: 0,97–1,45) (411).

В РКИ в США среди людей с ВИЧ, находящихся в местах лишения свободы, выявлено незначительное или нулевое влияние компьютерного мотивационного интервью и индивидуального снижения риска перед освобождением в сочетании с направлением текстовых сообщений с информацией о доступе к услугам после освобождения на уровень вирусной супрессии (лабораторно подтвержденная вирусная нагрузка <200 в.ч./мл) (низкая убедительность данных; ОР: 0,97; 95% ДИ: 0,69–1,36) (408). В когортном исследовании в США среди мужчин, практикующих секс с мужчинами, и трансгендерных женщин, живущих с ВИЧ, также выявлено возможное незначительное или нулевое влияние онлайн-ведения случаев на вирусную нагрузку (вирусная нагрузка по самоотчетам <200 в.ч./мл) (ОР: 1,05; 95% ДИ: 0,79–1,40) (411). Однако в другом когортном исследовании в США среди 1201 мужчин, находящихся в местах лишения свободы, выявлено вероятное повышение доли участников с вирусной супрессией, лабораторно подтвержденной при каком-либо из первых шести посещений медицинского учреждения (умеренная убедительность данных; ОР: 1,53; 95% ДИ: 1,43–1,64) (410).

Ни в одном из исследований не оценивались другие показатели излечения (например, в отношении ВГС-инфекции, сифилиса или гонореи) и смертности.

Целевое информирование по вопросам здоровья

В РКИ в США среди мужчин, практикующих секс с мужчинами, выявлено вероятное незначительное или нулевое влияние целевого информирования по вопросам здоровья на показатель тестирования на ВИЧ (измеряемый по числу обращений за результатами тестирования после получения и последующего возврата экспресс-теста на ВИЧ) (низкая убедительность доказательств; ОР: 2,19; 95% ДИ: 1,20–4,01), при том что в группе вмешательства за тестом обращались больше участников, чем в контрольной группе (414). В серийном кросс-секционном исследовании в Канаде среди мужчин, практикующих секс с мужчинами, с помощью методики GRADE выявлено практически незначительное или нулевое влияние кампании в поддержку тестирования на сифилис на число людей, обратившихся за соответствующим тестом до, во время или после проведения этой кампании (ОР: 1,00; 95% ДИ: 0,94–1,07) (415). Еще одно РКИ было проведено среди молодых людей, имеющих половые контакты с мужчинами (в возрасте от 15 до 24 лет) в США. Еще одно РКИ было проведено в США среди молодых мужчин (в возрасте от 15 до 24 лет), практикующих секс с мужчинами. Полученные результаты не позволяют определить, повышает ли виртуальное целевое информирование частоту тестирования на ВИЧ или ИППП (ОР: 1,46; 95% ДИ: 0,72–2,94), ввиду крайне малого размера выборки (413).

Результаты одного РКИ в США среди мужчин, практикующих секс с мужчинами, не позволяют определить, повышает ли целевое информирование по вопросам здоровья уровень использования профилактических услуг (вакцинация против ИППП), по причине крайне низкой убедительности доказательств (413). Ни в одном из исследований не оценивались другие результаты, представляющие интерес: начало, поддержание или завершение курса



ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



лечения ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов и ИППП; вирусная нагрузка (например, ВИЧ и ВГС), излечение (от ИППП, например, сифилиса и гонореи) или смертность.

Практическая осуществимость, стоимость и эффективность в соотношении с затратами

В последние годы доступ к интернету и приложениям для социальных сетей вырос в геометрической прогрессии даже в странах с низким уровнем дохода. Многие государственные и общинные программы уже используют онлайн-сервисы для ключевых групп населения, что позволяет предположить практическую осуществимость таких вмешательств во многих ситуациях (417).

Только одно исследование было посвящено обзору параметров стоимости (418). В этом исследовании, проведенном в Канаде среди мужчин, практикующих секс с мужчинами, было показано, что среди сообщений социальной рекламы по тестированию на сифилис, размещенных в течение одного месяца на четырех платформах, самое низкое соотношение цены за клик было характерно для платформ знакомств Grindr и Squirt по сравнению с более традиционными платформами социальных сетей, такими как Facebook и Gay Ad Network. Ни в одном из исследований не оценивалась эффективность в соотношении с затратами.

Косвенные данные из руководства по составлению бюджета FHI360 Going online (419) показывают широкий диапазон затрат на программы в зависимости от объема работ, включая, но не ограничиваясь: страновые или региональные расходы, уровень подключения, интенсивность или масштаб программы, поставщиков, личные поездки или потребности в обучении и потребности в оборудовании.

Ценности и предпочтения

Что касается аутрич-работы в режиме онлайн, в Испании мужчины, практикующие секс с мужчинами, сочли приемлемым получать без запроса сообщения в социальных сетях или приложениях для знакомств о возможностях для экспресс-тестирования на ВИЧ, сифилис или ВГС (420). В Кении, Руанде, Танзании, Уганде и Южном Судане почти половина респондентов, которые идентифицировали себя как сексуальное или гендерное меньшинство, отметили «высокую вероятность» своего участия в программе охраны сексуального здоровья в условиях онлайн-проведения аутрич-мероприятий с использованием текстовых сообщений или электронной почты (421). В Китае мужчины, практикующие секс с мужчинами, выразили высокую заинтересованность и готовность использовать «функцию поиска врача для мужчин, практикующих секс с мужчинами» в мобильных онлайн-приложениях для геев (422).

Что касается онлайн-ведения случаев, в Китае мужчины, практикующие секс с мужчинами, проявили интерес к функциям, связанным с сексуальным здоровьем, которые могут быть встроены в существующие приложения для смартфонов или разработаны как автономные приложения (423). В США мужчины, практикующие секс с мужчинами, решительно высказались в пользу внедрения приложения для смартфонов, разработанного для онлайн-ведения случаев (424). Положительными характеристиками таких приложений были простота использования (быстрая и удобная навигация), возможность устанавливать напоминания или сигналы для ежедневного приема лекарств в определенное время, трекеры соблюдения режима и связь с поставщиками услуг, что помогало пользователям чувствовать поддержку в процессе лечения. В ряде исследований упоминались опасения по поводу обеспечения конфиденциальности в онлайн-среде (415, 425, 426).

Мужчины, практикующие секс с мужчинами, отвечая на вопрос о целевом онлайн-информировании о здоровье, продемонстрировали широкий разброс в оценках приемлемости; однако большинство не испытывали проблем по поводу онлайн-взаимодействия с медицинскими службами (415).

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



Качественное исследование, проведенное четырьмя сетями ключевых групп населения (см. [Веб-приложение В](#)), показало, что в целом участники из различных групп и регионов поддерживают использование онлайн-сервисов и платформ в дополнение к очным услугам. В то же время многие участники указали на проблемы, связанные с различными уровнями доступа в интернет, с цифровыми компетенциями, а также более широкими последствиями бедности.

Во всех ключевых группах населения подчеркивалось, что онлайн-сервисы и платформы не могут полностью заменить очные медицинские услуги. Участники подчеркнули важность поддержания очных услуг как точки доступа к более широким службам здравоохранения и поддержки, а также как средства укрепления личных связей и доверия. Участники подняли вопросы безопасности, связанные с оставлением цифрового следа.

Справедливость и приемлемость

В качественном исследовании в Канаде, основанном на анкетировании аутрич-работников, менеджеров и волонтеров общественного здравоохранения, которые работали с мужчинами, практикующими секс с мужчинами (426, 427), было отмечено, что онлайн-технологии изменили «сообщества геев и квиров», а также нормы социального и сексуального взаимодействия и что эти онлайн-технологии могут помочь охватить труднодоступных людей. Было обнаружено, что онлайн-аутрич, как правило, позволяет осуществлять более ненавязчивую и анонимную коммуникацию (что лучше для клиентов), а быстрая обратная связь помогает оперативно реагировать на потребности пользователей. Респонденты обозначили некоторые препятствия для онлайн-аутрич-мероприятий, такие как недостаточное качество обслуживания, низкий уровень сотрудничества между агентствами аутрич-услуг и компаниями, владеющими приложениями и веб-сайтами, дефицит средств, ограниченные возможности персонала и волонтеров, а также проблемы защиты и конфиденциальности данных. Исходя из собственного опыта, поставщики услуг упомянули четыре вопроса, связанные с этическими аспектами перехода аутрич-вмешательств на онлайн-платформы: 1) определение личных и профессиональных границ в коммуникации с клиентами; 2) раскрытие личной и идентифицируемой информации клиентам; 3) поддержание конфиденциальности и анонимности клиентов; и 4) меры защиты и хранения онлайн-информации.

Отмечая, что онлайн-платформы могут оказывать особое влияние на труднодоступные подгруппы населения (такие как секс-работники из числа мигрантов или молодые мужчины, практикующие секс с мужчинами), участники исследования ценностей и предпочтений сетей ключевых групп населения также подчеркнули роль, которую играет цифровое неравенство в обеспечении доступа и в использовании онлайн-услуг. В качестве факторов, влияющих на использование и воздействие онлайн-инструментов и платформ, были названы такие проблемы, как ограниченный доступ к технологиям или электроснабжению, высокие затраты на передачу данных и разный уровень цифровых компетенций. Особенно уязвимы к цифровому неравенству люди, имеющие ограниченный или контролируемый извне доступ к мобильным устройствам, особенно женщины и подростки (411). Эти проблемы могут усугубляться криминализацией и действиями правоохранительных органов.

Оценка фактических данных и принятие решений

В целом, фактические данные свидетельствуют о том, что услуги, предоставляемые онлайн по меньшей мере столь же эффективны, как и очные, в отношении охвата ранее не вовлеченных людей, использования мер профилактики ВИЧ-инфекции и ИППП, привязки к соответствующим службам и удержания в процессе лечения ВИЧ-инфекции. Хотя доказательства эффекта по некоторым конечным результатам были скромными, а для других – эффект отсутствовал, фактических данных, свидетельствующих об ухудшении результатов при использовании онлайн-услуг, получено не было. Такие вмешательства практически осуществимы, приемлемы и могут повысить уровень справедливости.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТНЫЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



Потребности в ресурсах будут варьироваться в зависимости от условий и типа вмешательства, экономическая эффективность остается неопределенной.

Для ряда людей, которые не имеют возможности пользоваться очными услугами, онлайн-сервисы могут быть единственным средством получения информации, поддержки, направления в соответствующие службы и ведения своего заболевания. Однако, несмотря на рост использования онлайн-услуг, остаются ограничения, связанные с охватом. Кроме того, представители ключевых групп заявляют, что хотя они и ценят онлайн-сервисы, но твердо уверены в том, что такие меры должны не заменять, а лишь дополнять очные услуги. Потенциальный вред, связанный с нарушением защиты и конфиденциальности данных, вызывал особую озабоченность у ключевых групп населения, которые в условиях криминализации и стигматизации определенных форм поведения могут при нарушении конфиденциальности подвергаться дискриминации, аресту или преследованиям. По этим причинам рекомендация в пользу онлайн-сервисов была сформулирована как условная.

Соображения в отношении практической реализации

Онлайн-сервисы дополняют, но не заменяют очные взаимодействия и должны быть частью более масштабных программ по борьбе с ВИЧ, ИППП и вирусными гепатитами для ключевых групп населения. Следует осуществлять систематическую разработку механизмов, с помощью которых онлайн-сервисы могут дополнять другие услуги и способствовать охвату целевых аудиторий, при этом ключевые группы населения должны играть центральную роль в соответствующих процессах планирования, внедрения и мониторинга. При разработке контента следует опираться на подходящую и точную медицинскую информацию в согласовании с принятыми рекомендациями (например, из руководящих принципов программ здравоохранения или научно обоснованной нормативной практики) (428).

Планы формирования спроса, наборы услуг и подходы должны быть адаптированы с учетом страновых условий и приоритетов. Управление онлайн-сервисами может эффективно осуществляться силами самих представителей ключевых групп.

Следует принимать меры, направленные на обеспечение доступа к интернету на справедливой основе, повышение уровня грамотности и, по мере необходимости, обучение. При планировании и осуществлении онлайн-программ необходимо принимать во внимание барьеры (там, где они сохраняются) для доступа ключевых групп населения к онлайн-услугам.

Безопасность применительно к онлайн-сервисам следует обеспечивать с использованием следующих средств: мониторинг на предмет причинения вреда; максимально возможное использование обезличенной информации по четко установленным критериям; соблюдение принципов защиты и безопасного хранения данных и обучение персонала по соответствующим вопросам; продумывание дизайна и использование широких обозначений, не ведущих к идентификации определенных ключевых групп населения; обучение персонала по вопросам обеспечения конфиденциальности клиентов; проверка лицензий и квалификационных свидетельств медицинских работников, где это применимо; использование защищенного интернета, устройств и приложений; предоставление услуг только при получении информированного согласия клиентов (429).

ВОЗ предлагает дополнительные руководства и рекомендации в области цифрового здравоохранения для населения в целом, а также механизмы планирования, разработки и внедрения решений для молодежи, осуществляемых с их участием (185, 428).

Пробелы в исследованиях

Доступные опубликованные исследования об онлайн-услугах для ключевых групп населения в основном ограничены странами с высоким уровнем дохода и касаются вопросов ВИЧ для мужчин, практикующих секс с мужчинами. Необходимы дальнейшие исследования по таким вопросам, как доступность, безопасность и эффективность онлайн-услуг для

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТНЫЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



других ключевых групп населения; опыт и предпочтения различных ключевых групп в странах с низким и средним уровнем дохода; влияние онлайн-услуг на результаты, относящиеся к ИППП и вирусным гепатитам. Систематическое проведение мониторинга и оценки и публикация результатов внедрения также станут вкладом в поддержку и помогут в совершенствовании будущих руководств.

Необходимы дополнительные исследования ресурсоэффективности различных видов онлайн-услуг для ключевых групп населения.

Равные консультанты

Общие сведения

Функция равного консультирования основана на концепции навигации пациентов, согласно которой уязвимым пациентам оказывается непосредственная помощь в определении оптимального маршрута в пределах разветвленной системы здравоохранения для своевременного получения необходимых услуг диагностики и лечения. Эту роль выполняют вместо профессиональных медицинских работников сотрудники без специальной квалификации из среды общего населения, что способствует формированию атмосферы доверия (430). Существует категория поставщиков услуг без специального образования [lay providers], в том числе из состава ключевых групп, которым рекомендуется поручать проведение тестирования на ВИЧ и выдачу препаратов для АРТ (174), однако равные консультанты [peer navigators] выполняют иные функции. Равные консультанты в составе ключевых групп населения нередко работают по найму в службах на базе общин, учреждениях первичной медико-санитарной помощи, а также в центрах тестирования и лечения, которые предназначены для оказания помощи людям из ключевых групп. Равные консультанты помогают членам ключевых групп, получившим положительный результат скрининга, в решении следующих задач: обеспечение доступа к подтверждающему диагностическому обследованию и к услугам лечения; помощь на ранней стадии лечения с регулярной поддержкой со стороны членов сообщества; сопровождение при посещении медицинских учреждений; помощь в определении оптимального маршрута для доступа к другим необходимым службам здравоохранения. Эта работа чрезвычайно важна, поскольку члены ключевых групп часто недопредставлены в программах лечения и порой неохотно обращаются за лечением из-за боязни дискриминационного отношения со стороны медицинского персонала, а также из-за отсутствия у них опыта обращения в традиционные программы на базе медицинских учреждений.

Обзор доказательств

По поручению ВОЗ был выполнен систематический обзор для ответа на вопрос о том, улучшаются ли при участии равных консультантов показатели инициирования лечения и удержания пациентов в программах оказания помощи при ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах и ИППП для членов ключевых групп населения. Использованные показатели результатов: время до постановки диагноза или привязки к лечебным службам, инициация лечения, удержание в программе и завершение курса лечения, вирусная нагрузка, излечение и смертность.

В систематический обзор, призванный выявить влияние равных консультантов на время до постановки диагноза, привязку к лечебным службам, удержание в программе и завершение курса лечения, вирусную нагрузку и излечение, были включены четыре работы (два РКИ и два обсервационных исследования). Во всех исследованиях оценивались результаты только применительно к ВИЧ (без учета ИППП или вирусных гепатитов).

В одном РКИ в США было показано, что участие равных консультантов не влияет на вероятность обращений лиц, освободившихся из мест лишения свободы, за медицинской помощью в связи с ВИЧ (высокая убедительность доказательств; ОР 0,95; 95% ДИ: 0,81–1,12) (430). В одном РКИ в Танзании среди секс-работников были выявлены возможные улучшения

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



показателей привязки к службам оказания помощи (низкая убедительность доказательств; ОР 1,44; 95% ДИ: 1,15–1,80) (129). В одном обсервационном исследовании в США среди трансгендерных женщин было выявлено улучшение показателей привязки к службам оказания помощи, когда людям помогли равные консультанты (умеренная убедительность доказательств близости истинного эффекта к расчетному; коэффициент регрессии 0,38; 95% ДИ: 0,09–0,67) (430).

Участие равных консультантов привело к незначительному улучшению текущего использования АРТ в одном РКИ в Танзании (ОР 1,28; 95% ДИ: 1,05–1,55) (129) и в одном обсервационном исследовании в Доминиканской Республике (ОР 1,11; 95% ДИ: 1,03–1,19) (431), но в обоих исследованиях убедительность доказательств была оценена как низкая. В РКИ среди людей, содержащихся в тюрьмах, было показано, что участие равных консультантов не влияет на уровень использования АРТ (умеренная убедительность доказательств; ОР 0,97; 95% ДИ: 0,87–1,08) (430).

В одном РКИ было выявлено улучшение частоты достижения неопределяемой вирусной нагрузки в случаях с участием равных консультантов (высокая убедительность доказательств; ОР 1,38, 95% ДИ: 1,03–1,85) (430), однако в других исследованиях (всех с умеренной убедительностью доказательств) было продемонстрировано отсутствие такой зависимости (129, 431, 432). Ни в одном из исследований не оценивались показатели инициации лечения, излеченности или смертности.

Практическая осуществимость, стоимость и эффективность в соотношении с затратами

Равные консультанты использовались в службах на базе сообществ и учреждений в различных условиях, возможность ввести эту функцию в новые или существующие программы представляется вполне реальной.

Систематический обзор не выявил каких-либо исследований по вопросам стоимости или ресурсоэффективности вовлечения равных консультантов для ключевых групп населения в программы борьбы с ВИЧ, ИППП или вирусными гепатитами. Члены группы по разработке руководства пришли к выводу, что, поскольку равные консультанты работают в рамках существующих программ, связанные с ними расходы (на заработную плату, обучение, транспорт, мобильные телефоны) можно считать умеренными.

Ценности и предпочтения

Силами сетей ключевых групп населения было проведено качественное исследование для анализа ценностей и предпочтений, связанных с участием равных консультантов, во всех ключевых группах, за исключением людей, находящихся в местах лишения свободы (подробный отчет – см. [Веб-приложение В](#)). Хотя термин «равные консультанты» [peer navigators] не был общепризнан всеми участниками, практика участия самих членов сообщества в оказании помощи в доступе к медицинским услугам, информации, просветительным мероприятиям и в получении направления в необходимые службы, была высоко оценена респондентами во всех четырех ключевых группах населения. Они поддержали как саму концепцию равных консультантов, так и их функцию «выступить в качестве связующего моста между двумя разными мирами». В некоторых ситуациях равные консультанты были описаны как единственный доступный инструмент для охвата сообществ. Равные консультанты рассматривались в качестве посредников на протяжении всей последовательности процессов тестирования и лечения, включая привязку к службам, обеспечение непрерывности и повторных обращений.

Справедливость и приемлемость

Равные консультанты, действующие в рамках ключевых групп населения, помогают получить необходимые услуги и оставаться в программах лечения тем людям, которые в противном случае могут быть исключены из-за структурных барьеров, в том числе

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



связанных со стигматизацией, низким уровнем грамотности и бедностью. В этом плане равные консультанты играют важную роль в повышении справедливости, поддерживая тех, кто несправедливо ограничен в доступе к медицинской помощи, и помогая им получить необходимые услуги тестирования и лечения.

В систематическом обзоре были выявлены два исследования приемлемости, относящиеся к помощи членам ключевых групп по принципу «равный равному». Было показано, что перегруженные медицинские работники приветствовали помощь со стороны равных консультантов и предлагали им соответствующие задания. Однако были выражены опасения по поводу того, что клиенты становятся слишком зависимыми от равных консультантов (теряют способность к самоорганизации), и была получена некоторая негативная и дискриминационная реакция сообщества по отношению к группам поддержки для мужчин, практикующих секс с мужчинами (394). В Мексике сотрудники одной из общинных организаций сочли, что равные консультанты могут помочь в преодолении стигматизации и оказании социальной поддержки. Они также обсудили имеющиеся опасения по поводу вмешательства полиции в работу равных консультантов и вопрос о том, не подвергает ли это консультантов и их клиентов риску преследования и ареста (433).

Оценка доказательств и принятие решений

Полезный эффект деятельности равных консультантов включает, как описано выше, перспективу улучшения привязки к службам оказания помощи и удержания клиентов в программах лечения. Члены ключевых групп населения высоко ценят помощь со стороны членов их сообществ, а расширение прав и возможностей сообщества – это вмешательство, основанное на фактических данных (123, 128). Было отмечено, что члены ключевых групп не всегда открыты для получения поддержки со стороны равных консультантов, особенно когда люди не желают раскрывать им статус своего заболевания.

Деятельность равных консультантов повышает уровень справедливости, и эта работа представляет собой вполне осуществимое вмешательство. Затраты варьируются в широких пределах в зависимости от местных условий, экономическая эффективность неизвестна.

Фактические данные, включенные в систематический обзор, имели отношение только к программам по борьбе с ВИЧ, хотя в программах по борьбе с ИППП и вирусными гепатитами также используются равные консультанты. Было решено, что имеются достаточные косвенные доказательства для вынесения рекомендации, применимой ко всем трем категориям болезней. С учетом таких факторов, как умеренная убедительность доказательств в поддержку равных консультантов, ценность, которую им придают ключевые группы, а также вероятное благоприятное влияние на уровень справедливости, Группа по разработке руководства сформулировала условную рекомендацию в пользу равного консультирования.

Соображения в отношении практической реализации

В службах здравоохранения для ключевых групп населения все чаще используются равные консультанты, а также другие представители этих групп, которые выполняют различные функции (в том числе такие, как планирование, систематический учет, управление, просвещение, поддержка приверженности лечению, аутрич, тестирование, выдача лекарств, лечение передозировки, распространение презервативов, игл/шприцев и т. д.). Все члены ключевых групп, работающие в службах по борьбе с ВИЧ, ИППП и вирусными гепатитами, должны быть признаны в качестве персонала здравоохранения, получать справедливое вознаграждение, а также регулярно проходить обучение и повышение квалификации для выполнения своих функций. Равные консультанты могут подвергаться дополнительным рискам, таким как арест и насилие, поскольку полиция или другие лица могут идентифицировать их как криминализованных элементов. Следует принимать меры защиты равных консультантов, особенно из числа молодых членов ключевых групп, от любых дополнительных рисков.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТНЫЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



По мнению участников исследования ценностей и предпочтений ключевых групп населения, важнейшие личностные черты успешных равных консультантов – это стремление оказывать помощь сообществу в решении вопросов здоровья, коммуникабельность, сострадание, умение внимательно выслушать клиента, наличие опыта из первых рук, человеческая надежность, способность к сопереживанию и преданность делу. Респонденты также подчеркнули важность наличия равных консультантов подходящего возраста и гендерной идентичности, а также обладающих необходимыми культурными и языковыми навыками и знаниями.

Несмотря на то что ключевые группы населения в целом отмечают ценность деятельности равных консультантов, не все члены этих групп нуждаются в такой поддержке или выражают желание ее получать. Опасения по поводу конфиденциальности могут означать, что некоторые люди предпочитают не раскрывать свой статус в отношении инфекционного заболевания другому члену своего сообщества; таким людям будет некомфортно пользоваться услугами равного консультанта, что подчеркивает важность предоставления возможности для осознанного выбора при осуществлении этого вмешательства.

Пробелы в исследованиях

Существует значительное количество исследований об эффективности использования самих членов местных сообществ в качестве вспомогательного персонала при проведении лечения и как равных консультантов для пациентов, однако опубликовано гораздо меньше работ, конкретно касающихся ключевых групп населения. Необходимы дополнительные исследования по оценке эффективности отдельных подходов для различных ключевых групп всех возрастов, а также применительно к программам в связи с ИППП и вирусными гепатитами. В целом, необходимы более тщательные исследования для оценки эффективности различных подходов к улучшению результатов оказания медицинской помощи ключевым группам населения.

Рекомендации в отношении ВГС-инфекции: введение

Имеются рекомендуемые ВОЗ эффективные и недорогостоящие средства диагностики и лечения ВГС-инфекции (192, 193, 198, 434), но для достижения цели элиминации необходимо резко нарастить показатели наличия и доступности услуг тестирования и лечения ВГС-инфекции для всех групп населения, в том числе людей, подверженных повышенному риску и реинфицированных.

ВГС вызывает как острую, так и хроническую инфекцию. Острая ВГС-инфекция обычно протекает бессимптомно и в большинстве случаев не приводит к развитию заболевания, опасного для жизни. В течение 6 месяцев после инфицирования примерно у 30% (15–45%) пациентов происходит спонтанное (без лечения) очищение (клиренс) организма от вируса (16); медианное значение длительности процесса до выздоровления составляет 16,5 недель. Спонтанный клиренс чаще встречается у женщин, инфицированных вирусом с генотипом 1, и у людей с клиническими признаками острого гепатита, реже – у людей, живущих с ВИЧ (436). У оставшихся 70% (55–85%) развивается хроническая ВГС-инфекция, для которой характерна вероятность развития цирроза печени в течение последующих 20 лет в 15–30% случаев (199). Важно отметить, что у людей, которые избавились от ВГС-инфекции спонтанно или после лечения, не возникает иммунитета к вирусу, поэтому при сохранении постоянного риска и контакта с вирусом возможно повторное инфицирование.

Принцип профилактической терапии становится ключевой частью многогранного подхода к элиминации ВГС-инфекции с позиций общественного здравоохранения. В основе этого подхода лежит раннее выявление случаев первичной и рецидивирующей ВГС-инфекции и их своевременное лечение с целью снижения передачи инфекции, а также заболеваемости и смертности в связи с поражением печени (437), особенно в странах, где значительная часть новых случаев ВГС-инфекции приходится на ключевые группы населения.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



Повторное тестирование на ВГС после разрешения ВГС-инфекции

Общие сведения и обоснование

После инфицирования ВГС и лечения с применением ПППД или самопроизвольного выведения ВГС продолжающееся рискованное поведение, ограниченный доступ к профилактическим мероприятиям и сохраняющиеся структурные барьеры для таких групп, как люди, употребляющие инъекционные наркотики, и мужчины, занимающиеся сексом с мужчинами, могут привести к повторному заражению ВГС, которое часто остается недиагностированным. Потенциал ВГС-реинфекции – это серьезное препятствие на пути достижения целей элиминации ВГС-инфекции. В плане индивидуальных пациентов опасения по поводу реинфекции остаются основным фактором, лежащим в основе барьеров на уровне поставщиков медицинских услуг и системы здравоохранения в отношении лечения ВГС-инфекции у лиц, которые, как считается, подвергаются высокому риску повторного заражения после излечения (438). В популяционном аспекте элиминация возможна при условии диагностики и лечения достаточного числа инфицированных лиц, чтобы снизить общую распространенность инфекции среди населения и тем самым сократить число людей, которые могут поддерживать эпидемию, передавая инфекцию другим. Если люди с высоким риском передачи не получают услуги своевременной диагностики и лечения ВГС-инфекции, это может представлять постоянную проблему для элиминации ВГС-инфекции в масштабах всего сообщества и на глобальном уровне (239).

Чтобы выявить пропущенные случаи ВГС-реинфекции среди приоритетных групп, обеспечить непрерывное оказание помощи и улучшить доступ к лечению, в ряде национальных и международных руководств, в том числе в документах ВОЗ, предлагается проводить повторное тестирование на реинфекцию гепатита С в приоритетных группах, однако конкретная частота тестирования не указывается (193, 439). Определение оптимальной частоты поможет в применении подхода профилактической терапии для снижения заболеваемости и распространенности ВГС-инфекции, особенно среди наиболее затронутых групп населения.

Обзор доказательств

По заказу ВОЗ был выполнен систематический обзор, чтобы ответить на вопрос о том, как часто люди с сохраняющимся риском инфицирования ВГС должны проходить повторное тестирование на наличие признаков вирусемии (с использованием МНК) путем выявления РНК ВГС или сердцевинного антигена ВГС после индуцированного лечением или спонтанного клиренса ВГС. Первичным показателем результата была частота выявления ВГС-реинфекции; вторичные показатели: уровень использования услуг тестирования на выявление вирусемии (РНК или сердцевинный антиген ВГС); уровень привязки к услугам клинического обследования и/или начала лечения после выявления реинфекции; рискованное поведение и нежелательные явления или социальный вред.

Ни РКИ, ни сравнительных исследований выявлено не было. В обзор были включены 35 других исследований; из них 33 представляли собой обсервационные исследования без контрольной группы и 2 – исследования на моделях. В метаанализ вошли 33 обсервационных исследования, в которых были приведены данные о частоте случаев ВГС-реинфекции (из расчета на 100 человеко-лет). В этих исследованиях участвовало в общей сложности 10 857 человек (в состав ключевых групп были включены: люди, употребляющие инъекционные наркотики; люди, находящиеся в местах лишения свободы или других учреждениях закрытого типа; мужчины, практикующие секс с мужчинами), подверженных риску повторного заражения ВГС. Во включенных исследованиях не были приведены данные по каким-либо вторичным показателям.

В исследованиях использовались различные интервалы между оценками результатов; чтобы ответить на вопрос исследования, наиболее значимым было сравнение между

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТНЫЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



исследованиями, при которых тестирование проводилось с интервалом 3–6 месяцев, и исследованиями, где этот интервал превышал 6 месяцев.

Сводная оценочная частота случаев ВГС-реинфекции составила 4,73 на 100 человеко-лет (ч/л) (95% ДИ: 3,68–5,78). Сводная оценочная частота случаев среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, составила 3,94 на 100 ч/л (95% ДИ: 2,83–5,05), среди мужчин, практикующих секс с мужчинами – 7,11 на 100 ч/л (95% ДИ: 4,16–10,06), среди лиц, содержащихся в местах лишения свободы, – 6,00 на 100 ч/л (95% ДИ: 0,00–12,31). Доказательства с крайне низкой степенью убедительности показали, что среди исследований, в которых сообщалось об интервале тестирования 3–6 месяцев, сводная частота случаев составила 5,88 на 100 ч/л (95% ДИ: 4,14–7,61), что оказалось выше, чем в исследованиях с тестированием реже чем каждые 6 месяцев (вплоть до 12 месяцев), где частота составила 3,08 на 100 ч/л (95% ДИ: 1,81–4,35). Кроме того, для людей, употребляющих инъекционные наркотики, доказательства с крайне низкой степенью убедительности показали, что сводная частота случаев реинфекции была выше у тех, кто проходил тестирование каждые 3–6 месяцев, и составила 5,39 на 100 ч/л (95% ДИ: 3,47, 7,31), по сравнению с теми, кто тестировался реже чем каждые 6 месяцев (вплоть до 12 месяцев) (1,84 на 100 ч/л; 95% ДИ: 0,64–3,05). В связи с крайне низкой убедительностью доказательств, доверие к этим результатам носит ограниченный характер. По отношению к другим группам населения о различиях в частоте случаев во включенных исследованиях не сообщалось.

Также были выявлены два модельных исследования, в которых непосредственно сравнивались режимы тестирования на ВГС с различными интервалами между тестами. В исследовании, проведенном в Индии, использовалась скрытая марковская модель реинфекции среди жителей Индии, употребляющих инъекционные наркотики. Авторы включили в модель следующие параметры: 6,2 млн пациентов с хронической ВГС-инфекцией, 10% диагностированных случаев в год, частота реинфекции – 1,0/100 ч/л, базовая эффективность ПППД – 90%, стоимость 3-месячного курса ПППД – 900 долл. США плюс стандартные расходы на лечение гепатита С в Индии. В анализе чувствительности после успешного лечения авторы сравнили стратегию однократного тестирования через 1 год после достижения УВО со стратегией регулярного ежегодного тестирования. Было обнаружено, что систематическое ежегодное тестирование более эффективно (0,4 QALY на одного человека, прошедшего лечение), экономично (затраты меньше на 993 долл. США на человека) и весьма ресурсоэффективно, с негативным инкрементным коэффициентом эффективности затрат (440).

В модельном исследовании во Франции использовалась детерминированная динамическая компартмент-модель для популяции ВИЧ-позитивных мужчин во Франции, практикующих секс с мужчинами, на основе предполагаемой исходной распространенности ВГС-инфекции – 3,6%. Базовый сценарий включал лечение всех пациентов с применением ПППД, проведение 12 ежемесячных тестов для всей группы и прогностическое допущение, что частота случаев ВГС-инфекции снизится с 0,98 до 0,24 на 100 ч/л. Авторы подсчитали, что более частое тестирование (каждые 3, 3–6 или 6 месяцев) приведет к 2030 г. к дальнейшему снижению по сравнению с исходным уровнем общей частоты случаев ВГС-инфекции. В модель также была включена частота реинфекции в этих сценариях, и было показано, что тестирование через каждые 3, 3–6 и 6 месяцев снизит к 2030 г. частоту ВГС-реинфекции значительно больше, чем при исходной стратегии (каждые 12 месяцев). При этом наблюдались лишь незначительные различия между эффектами тестирования через каждые 6 месяцев (18,5%), 3–6 месяцев (21,5%) и 3 месяца (23%) (441).

В целом, имеются лишь доказательства с крайне низкой степенью убедительности в отношении того, что более частое тестирование позволяет выявить большее число случаев инфекции и, следовательно, способствует предотвращению дальнейшей передачи, если инфицированные люди будут подключены к системе оказания помощи и лечения. Некоторые

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



различия в результатах между интервалами тестирования, возможно, были обнаружены потому, что исследователи и клиницисты, вероятно, чаще тестировали пациентов с более высоким риском реинфекции.

Ценности и предпочтения

Предпочтения в отношении частоты тестирования на ВГС сильно различались среди трех ключевых групп населения (люди, употребляющие инъекционные наркотики, мужчины, практикующие секс с мужчинами, и секс-работники), представителям которых был задан этот вопрос в рамках качественного исследования ценностей и предпочтений ключевых групп населения (см. [Веб-приложение В](#)). Мужчины, практикующие половые контакты с мужчинами, указали на отсутствие протоколов и необходимость наличия фактических данных для обоснования рекомендаций в отношении частоты тестирования на ВГС. Секс-работники представили широкий диапазон предпочтительной частоты тестирования на ВГС – от одного раза в неделю до одного раза в год; многие респонденты выбрали 3–6 месяцев в качестве оптимального интервала. Люди, употребляющие инъекционные наркотики, предложили проводить тестирование каждые 3 месяца в течение первого года после очищения от вируса, а затем каждые 6 или 12 месяцев, в зависимости от профиля риска.

Секс-работники и люди, употребляющие инъекционные наркотики, предпочли, чтобы регулярное тестирование на РНК ВГС и повторное тестирование после излечения были доступны и продвигались аналогично подходу «Тестируй и лечи!» в отношении ВИЧ, в соответствии с которым публично и позитивно пропагандируется регулярный мониторинг, расширяются возможности для тестирования и поощряется немедленное лечение для тех, у кого выявлена инфекция. Все группы подчеркнули опасения, связанные с криминализацией, стигматизацией и дискриминацией, отметив, что тестирование всегда должно быть добровольным.

В подавляющем большинстве представители ключевых групп выразили предпочтение, чтобы услуги в связи с ВГС-инфекцией предоставлялись под руководством и на уровне местных сообществ, что позволит учесть опасения, связанные с безопасностью, конфиденциальностью, стигматизацией, дискриминацией и криминализацией. Для поддержки общинных организаций в этой работе потребуется большой объем учебных мероприятий и выделяемых ресурсов. Люди, употребляющие инъекционные наркотики, подчеркнули важность включения тестирования на ВГС в более широкий подход к снижению вреда, который не фокусируется на воздержании, включая предложение пангенотипического лечения с применением ПППД и профилактики ВГС для людей в тюрьмах.

В процессе выполнения систематического обзора дополнительных исследований, посвященных соответствующим ценностям и предпочтениям, выявлено не было.

Использование ресурсов: стоимость и эффективность в соотношении с затратами

Стоимость тестирования, подтверждающего наличие вирусии ВГС, и лечения лиц, у которых получен положительный результат такого тестирования, варьируется в широких пределах в зависимости от местных условий и между различными странами. В частности, во многих странах с низким и средним уровнем дохода тесты МНК и на сердцевинный антиген ВГС являются относительно дорогостоящими.

Более частое тестирование может повлечь за собой рост краткосрочных затрат на тесты, расходы на амбулаторный прием, в том числе на персонал, и, если будет выявлено больше повторных инфекций, краткосрочные затраты на увеличившийся объем лечебных мероприятий. Такой подход может также повлечь за собой вмененные издержки, связанные с затратами времени и дополнительной рабочей нагрузкой на медицинских работников и административный персонал. Более частое тестирование людей после успешного завершения курса лечения может также отвлечь ресурсы от других программ тестирования,

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТНЫЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОБНОСТИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



например направленных на охват людей, которые ранее не имели доступа к тестированию или лечению.

В долгосрочной перспективе может быть достигнута экономия средств за счет снижения частоты случаев прогрессирующего поражения печени и печеночной недостаточности. Эти выводы в определенной степени подтверждаются данными моделирования (440, 442); в одном модельном исследовании было показано, что повторное ежегодное тестирование на реинфекцию людей, употребляющих инъекционные наркотики, после полученного курса лечения, в целом позволяет сэкономить средства по сравнению с однократным тестированием (239).

Справедливость

Более частое тестирование на ВГС потенциально может повысить эффективность ранней диагностики и лечения ВГС-реинфекции в приоритетных группах, тем самым снижая частоту случаев инфекции и повышая уровень справедливости в отношении здоровья. Однако увеличение частоты тестирования может также потенциально создать дополнительное бремя для пациентов, особенно с наличием множественных сопутствующих заболеваний, а также повысить рабочую нагрузку в клинических службах. Тестирование должно быть добровольным, и всегда следует стремиться к оптимальной организации процедур медицинского приема и обследования пациентов.

Практическая осуществимость и приемлемость

Доступность и стоимость тестирования МНК и на сердцевинный ВГС варьируются в широких пределах в зависимости от местных условий. Таким образом, практическая осуществимость зависит от контекста, наличия ресурсов и возможностей системы здравоохранения. Там, где налажено тестирование по месту оказания медицинской помощи или где имеются хорошо развитые механизмы привязки пациентов к нужным службам, частое повторное тестирование может быть практически осуществимым подходом. Однако для некоторых людей предложение более часто проходить тестирование в связи с наличием риска может быть стигматизирующим и создавать барьеры для обращения за помощью. Кроме того, бывает трудно правильно оценить сохраняющийся риск, особенно в условиях, когда ключевые группы населения криминализированы и подвергаются стигматизации, поскольку люди могут предпочесть не раскрывать информацию о рискованном поведении, и в равной степени не всегда можно будет узнать о ранее полученном лечении или очищении организма от вируса. Увеличение частоты тестирования, особенно в диапазоне 3–6 месяцев, может привести к значительным затратам времени и ресурсов, что может повлиять на приемлемость среди поставщиков услуг и руководителей, определяющих политику.

Оценка доказательств и принятие решений

По результатам обзора на основе данных обсервационных исследований без контрольных групп и модельных исследований ограниченного масштаба получены доказательства с крайне низкой степенью убедительности в пользу более частого повторного тестирования людей с сохраняющимся высоким риском ВГС-реинфекции, особенно тех, кто употребляет инъекционные наркотики. В целом, Группа по разработке руководства отметила крайне низкую убедительность доказательств. Несмотря на то что доказательства эффекта по основным показателям были незначительными, Группа по разработке руководства подчеркнула, что тестирование на наличие виремии у людей с сохраняющимся риском при ранее устраненной инфекции может быть полезным как на индивидуальном, так и на популяционном уровне.

Основной физический вред от более частого взятия крови на анализ относительно незначителен и ограничивается кратковременным дискомфортом и возможным возникновением кровоподтека. Следует также учитывать крайне редкие случаи ложноположительных результатов.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТНЫЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



Принимая во внимание такие факторы, как доказанная польза повторного тестирования на реинфекцию через каждые 3–6 месяцев, относительно прочная поддержка в контексте ценностей и предпочтений сообщества, потенциал расширения спектра возможностей для пациентов; практическая осуществимость, а также потенциал для повышения эффективности в соотношении с затратами и уровня справедливости, Группа по разработке руководства сочла, что суммарный полезный эффект перевешивает потенциальный вред и риски. С помощью более частого тестирования людей, подверженных сохраняющемуся риску, можно выявлять больше случаев вирусной ВГС. Потенциальные преимущества такого подхода на популяционном уровне – это сокращение заболеваемости и распространенности ВГС-инфекции за счет более полного охвата нуждающихся услугами лечения и, соответственно, снижения потенциала для передачи инфекции в сообществе; польза на индивидуальном уровне – улучшение клинических исходов благодаря ранней постановке диагноза. Пациенты также могут извлечь пользу благодаря возможности параллельного получения других медицинских услуг, таких как ПТАО.

Группа по разработке руководства отметила, что при определении периодичности тестирования на реинфекцию следует учитывать местные условия и частоту возникновения случаев реинфекции среди населения. Кроме того, краткосрочные затраты и дефицит диагностических препаратов для тестирования на наличие вирусной (тесты МНК и на сердцевинный антиген ВГС) могут иногда ограничивать возможности для наращивания масштабов внедрения данной рекомендации. С учетом вариабельности местного контекста Группа по разработке руководства приняла решение вынести условную рекомендацию.

Соображения в отношении практической реализации

В целом, для успешного применения мер реагирования в связи с ВГС требуется наличие доступных, недорогостоящих и скоординированных услуг профилактики, тестирования и лечения с хорошо налаженными механизмами их предоставления и маршрутами направления пациентов. Важно подчеркнуть, что частоту повторного тестирования следует устанавливать с учетом местных условий и что рекомендация предназначена для ориентации программ в отношении потенциально возможных вариантов. При планировании частоты тестирования на уровне страны необходимо учитывать потребности в ресурсах и изменения эпидемиологической ситуации в определенных группах населения и в конкретных условиях. Ведение случаев ВГС-инфекции должно включать скрининг на ВИЧ и ИППП, а также добровольное уведомление партнера о проведении тестирования на ВГС, где это уместно. Важно отметить, что подходы и практику тестирования следует разрабатывать при поддержке со стороны затронутых сообществ и в координации с ними.

Одна из основных целей расширения масштабов тестирования, направления в необходимые службы и привязки к программам лечения для людей с сохраняющимся риском – получение потенциального полезного эффекта на популяционном уровне и сокращение передачи ВГС. Частое тестирование на вирусную инфекцию следует предлагать наряду с дополнительными, научно обоснованными вмешательствами для снижения риска ВГС-инфекции, а также с услугами первичной профилактики, такими как снижение вреда (ПОШ и ПТАО), которые остаются не менее приоритетными. Настоящая новая рекомендация особенно актуальна для стран и условий, где основной целью программы является снижение частоты новых случаев ВГС-инфекции, включая микроэлиминацию в определенных группах населения.

Учитывая, что доступность тестирования МАНК на наличие РНК ВГС и основного антигена ВГС широко варьируется в зависимости от условий и часто централизована, при этом большинство тестов требуют обработки в центральных лабораториях, необходимы децентрализованные модели оказания медицинской помощи – с повышенной доступностью тестирования на месте оказания медицинской помощи – чтобы сделать возможным более частое повторное тестирование. Важно, чтобы такое тестирование не приводило

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТНЫЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОБНОСТИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



к уменьшению числа людей, обследованных на наличие длительной хронической ВГС-инфекции.

Важно проводить различие между ВГС-реинфекцией и рецидивом у людей, ранее получавших ПППД. Доказательства клиренса ВГС и излечения оцениваются через 12 недель после завершения курса лечения (устойчивый вирусологический ответ через 12 недель после лечения – УВО12). Широко признано, что УВО12 является эквивалентом вирусологической излеченности. В эпоху перорального применения ПППД частота вирусологических рецидивов после достижения УВО12 крайне низка (438); если рецидив все же возникает, это обычно происходит в течение первых четырех недель после завершения курса лечения. Таким образом, диагноз ВГС-реинфекции может быть поставлен при обнаружении ВГС-виремии у лиц, достигших УВО12 после завершения курса лечения эффективной пероральной комбинацией ПППД, особенно у людей, у которых также есть вероятные или определенные факторы риска реинфекции. У людей с виремией между завершением лечения и оценкой SVR12 или у людей, у которых УВО12 неизвестен, дальнейшее разграничение между рецидивом и повторной инфекцией может быть полезным и необходимым для принятия решений о лечении.

При осуществлении любых подходов к тестированию и лечению вирусных гепатитов решающее значение имеют системы мониторинга и отчетности. При разработке программ следует использовать или адаптировать существующие системы для мониторинга и отчетности о нежелательных явлениях, чтобы устранять вред в случаях его возникновения.

Пробелы в исследованиях

Исследования по вопросам тестирования на ВГС и выявления вирусемической инфекции у людей с сохраняющимся риском проводятся в основном в странах с высоким уровнем дохода.

Необходимы дополнительные, в идеале сравнительные лонгитюдные исследования в целях сопоставления однократного тестирования через 12 месяцев с более частым тестированием или соответствующими моделями. Цель таких исследований – ответить на вопрос о том, будет ли более частое тестирование после реинфекции с последующим немедленным проведением лечения (по принципу «тестируй и лечи») содействовать осуществлению стратегии профилактической терапии и достижению микроэлиминации ВГС-инфекции в качестве полезного эффекта на популяционном уровне. Существует необходимость в дальнейших исследованиях для увеличения объема фактических данных из СНСД. Для более точной оценки экономической эффективности, потребностей в ресурсах, практической осуществимости и приемлемости необходимы исследования в контексте реальной практики в различных условиях.

Лечение недавно приобретенной ВГС-инфекции

Общие сведения и обоснование

В настоящее время ВОЗ рекомендует проводить лечение с использованием пангенотипических ПДДД всем людям старше 18 лет, имеющим хроническую ВГС-инфекцию, независимо от стадии заболевания. Применение ПППД может обеспечить излечение большинства людей с хронической инфекцией HCV, и продолжительность курса терапии невелика (обычно от 12 до 24 недель), в зависимости от отсутствия или наличия цирроза (199). Однако в некоторых странах применение ПППД в настоящее время не одобрено для лечения недавно приобретенного гепатита С (443). Такая политика обосновывается стремлением избежать ненужного лечения и затрат, поскольку около 30% людей избавляются от вируса спонтанно. Этот аргумент может стать менее важным в условиях, когда затраты на лечение снижаются. В клинических руководствах, опубликованных в последнее время рядом зонтичных организаций в Европе и США, рекомендуется проводить лечение недавно приобретенной инфекции с учетом таких преимуществ, как снижение

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



показателя преждевременного выбытия пациентов из программ последующего наблюдения, предотвращение хронической инфекции и сокращение передачи вируса (444, 445).

Обзор доказательств

По заказу ВОЗ был проведен систематический обзор для определения полезных и неблагоприятных эффектов немедленного лечения недавно приобретенного гепатита С у людей, находящихся в группе сохраняющегося риска, а также в целях обновления базы фактических данных, используемых для обоснования сроков лечения ВГС-инфекции. Конечными показателями были заболеваемость гепатитом С, начало лечения, вовлеченность в уход (приверженность), чрезмерное лечение, нежелательные явления, завершение лечения и SVR12.

Был проведен апостериорный обзор результатов поиска для выявления модельных исследований, оценивающих эффективность лечения недавно приобретенной ВГС-инфекции, и любых других исследований, в которых сообщалось о ценностях и предпочтениях заинтересованных сторон.

В систематическом обзоре не было выявлено ни рандомизированных контролируемых, ни сравнительных исследований. В обзор были включены двенадцать исследований: три однокрупных проспективных когортных исследования (446–448), пять ретроспективных когортных исследований (449–453), три когорты, включенные в открытые клинические испытания (454–456) и одно исследование серии случаев (451). Во всех этих исследованиях все результаты были оценены по системе GRADE как доказательства с крайне низкой степенью убедительности. В целом, это было связано с тем, что исследования не были сравнительными, а полученные данные носили косвенный характер и отличались непоследовательностью.

В трех когортных исследованиях (два ретроспективных и одно проспективное, включенное в открытое испытание) были получены данные о частоте случаев ВГС-инфекции среди мужчин с ВИЧ, практикующих секс с мужчинами, что позволило сравнить заболеваемость до и после внедрения политики лечения недавно приобретенной ВГС-инфекции (450, 451, 455). В двух из этих исследований сообщалось о снижении заболеваемости ВГС в конце периода исследования; исследование, проведенное в швейцарской когорте, в котором сообщалось о снижении заболеваемости с 0,53/100 лет в 2014 году до 0,12/100 лет в 2019 году (456), и исследование, проведенное в Соединенном Королевстве, в котором сообщалось снижение с 11,28/1000 фунтов стерлингов в 2016 г. до 4,63/1000 фунтов стерлингов в 2018 г. (451). В одном исследовании был выявлен рост заболеваемости за время наблюдения с 0,73/100 ч/л в 2015 г. до 1,25/100 ч/л в 2018 г. (451). Эти исследования проводились в больших когортах мужчин, практикующих секс с мужчинами, где большинство пациентов получали лечение не при недавно приобретенной инфекции, а в хронической фазе. Поскольку лечение хронического гепатита С может также снижать заболеваемость на популяционном уровне (457), выявить отдельное влияние лечения острой инфекции на заболеваемость в этих когортах не удалось. С учетом крайне низкой убедительности доказательств уверенность в этих результатах носит ограниченный характер.

В семи исследованиях (три ретроспективных и две проспективные когорты, одно открытое исследование и одна серия случаев), включавших в общей сложности 567 участников с недавно приобретенным гепатитом С, сообщалось о SVR12 у мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, людей, живущих с ВИЧ, и людей, употребляющих инъекционные наркотики (446, 448, 449, 452, 453, 456, 458). Исследования показали, хотя и при крайне низкой убедительности доказательств, что люди, подверженные сохраняющемуся риску и прошедшие лечение недавно приобретенной ВГС-инфекции с применением ПППД, достигли стабильно высоких показателей излечения, таких же, как у тех представителей ключевых групп риска, кто получал противовирусные препараты по поводу хронической

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



ВГС-инфекции. Сводное значение УВО12 во всех группах риска составило 95,9% (95% ДИ: 92,6–99,3%; I2 = 61,3%). У мужчин, практикующих секс с мужчинами, сводное значение УВО12 составило 96,9% (95% ДИ: 93,1–100%); у людей, живущих с ВИЧ, – 97,0% (95% ДИ: 90,7–100%); у людей, употребляющих инъекционные наркотики, – 80,4% (95% ДИ: 66,1–90,6%). В целом, уверенность в этих результатах ограничена из-за крайне низкой убедительности доказательств.

В одном исследовании серии случаев и в одном открытом исследовании сообщалось о 100%-ном завершении лечения ВГС-инфекции у 25 мужчин с ВИЧ, практикующих секс с мужчинами (458), и у 27 человек, живущих с ВИЧ (454). В двух открытых исследованиях (453, 455) были приведены данные о приверженности соблюдению режима лечения: в одном из них приверженность составила 81% среди людей, живущих с ВИЧ (454, 456), во втором – от 79% до 85% среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, мужчин, практикующих секс с мужчинами, и людей, живущих с ВИЧ (456).

О нежелательных явлениях сообщалось в четырех исследованиях (448, 454, 456, 458); было описано одно серьезное нежелательное явление – эпизод рабдомиолиза (сыпь и повышение уровня креатинкиназы), потребовавший госпитализации (456), все остальные нежелательные явления были квалифицированы как незначительные. Частота нежелательных явлений варьировалась от 22% (21 из 95) до 36% (9 из 25). Однако уверенность в этих результатах, равно как и в отношении приверженности, ограничена из-за крайне низкой убедительности доказательств.

Ни одно исследование не включало группу сравнения, поэтому оценить эффект чрезмерного лечение не представлялось возможным.

Ценности и предпочтения

Качественное исследование, проведенное на уровне глобальных сетей ключевых групп населения (см. [Веб-приложение В](#)), выявило значительную вариабельность уровней осведомленности о лечении ВГС-инфекции с помощью пангенотипических ПППД и доступа к соответствующим услугам среди ключевых групп населения. Из тех респондентов, которые были осведомлены о ВГС-инфекции и ее лечении, большинство сообщили о сохраняющихся барьерах для доступа к услугам в связи с ВГС, включая высокую стоимость, задержки в сроках начала лечения, стигматизацию и дискриминацию, а также отсутствие надлежащих исследований и политической воли. Некоторые секс-работники не слышали о возможности лечения ВГС-инфекции с применением пангенотипических ПППД. Люди, употребляющие инъекционные наркотики, в частности, отметили, что в определенных контекстах в качестве критерия доступа к лечению ВГС-инфекции по-прежнему используется полное прекращение или воздержание от употребления наркотиков (а иногда и ПТАО). Это остается серьезным препятствием, несмотря на рекомендации ВОЗ по обеспечению лечения ВГС-инфекции независимо от продолжающегося употребления наркотиков.

Люди, употребляющие инъекционные наркотики, проявили наибольшие знания о лечебном использовании пангенотипических ПППД и рекомендовали обеспечить максимально широкий доступ к этому виду лечения, в частности в рамках программ ПОШ и ПТАО, в пунктах доверия и в медицинских учреждениях общего профиля. Представители этой ключевой группы выразили прочную приверженность идее обеспечения максимальной доступности лечения ВГС-инфекции с применением ПППД для людей, употребляющих инъекционные наркотики, включая тех, кто вновь заразился после предшествующего излечения, а также людей с недавно приобретенной ВГС-инфекцией. Эти мнения были основаны на таких факторах, как высокие показатели излечения, хорошая переносимость, отсутствие необходимости многократного приема лекарств в течение дня, меньшая выраженность межлекарственных взаимодействий и значительно меньшая частота побочных эффектов по сравнению с ранее используемыми методами лечения.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТНЫЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



Люди, употребляющие инъекционные наркотики, не выразили опасений по поводу возможного избыточного лечения при немедленном начале лечения недавно приобретенной инфекции, как впервые возникшей, так и ранее леченной. Они, напротив, указали на то, что нельзя отказывать в доступе к лечению исключительно на том основании, что у некоторых может наступить спонтанное выздоровление. Это опасно не только для здоровья человека (и ввиду потенциального выбытия из системы последующего наблюдения), но и из-за возможности дальнейшей передачи вируса. Люди, употребляющие инъекционные наркотики, были больше обеспокоены сохраняющимся отсутствием доступа к высокоэффективным методам лечения ВГС-инфекции с применением ПППД в определенных странах и регионах, чем в связи с любым гипотетическим риском чрезмерного лечения. Наконец, люди, употребляющие инъекционные наркотики, также подчеркнули важность предоставления услуг лечения ВГС-инфекции с помощью ПППД (и профилактики ВГС-инфекции, включая ПОШ и ПТАО, а также лечение передозировки) для людей, находящихся в местах лишения свободы. Это особенно важно в контексте резкого дефицита доступа к стерильным инъекционным принадлежностям и другим мерам снижения вреда в большинстве пенитенциарных учреждений по всему миру в сочетании со значительной долей заключенных, совершивших правонарушения, связанные с наркотиками.

Большинство участников из других ключевых групп населения проявили ограниченную осведомленность о лечении пангенотипическими ПППД и по спорным аспектам немедленного проведения лечения недавно приобретенной инфекции. Тем не менее большинство участников не возражали против такого лечения при условии, что они получают адекватную информацию о его эффективности и побочных эффектах и что будут осуществлены все необходимые меры для обучения и проведения научных исследований в целях обоснования процесса лечения.

В процессе выполнения систематического обзора дополнительных исследований, посвященных соответствующим ценностям и предпочтениям, выявлено не было.

Использование ресурсов: стоимость и эффективность в соотношении с затратами

Ни в одном из исследований, выявленных в результате систематического обзора и метаанализа, непосредственно не рассматривались потребности в ресурсах или экономическая эффективность.

При апостериорном поиске для выявления дополнительных моделей экономической эффективности в странах с высоким и с низким уровнем дохода (459–462) была подтверждена ценность незамедлительного лечения недавно приобретенной ВГС-инфекции ВГС и потенциальные выгоды на популяционном уровне. Так, в модели, разработанной в Королевстве Нидерландов, было показано, что раннее лечение недавней инфекции обойдется в 68,3 млн евро в течение 40 лет, по сравнению с 75,1 млн евро при отсрочке лечения в ожидании спонтанного выздоровления и 98,4 млн евро – при отсрочке до стадии F2²⁷. В этой модели также было показано, что лечение недавней инфекции предотвратит 7070 новых случаев и увеличит количество QALY на 3419 по сравнению с лечением на стадии F2, что приведет к повышению инкрементного коэффициента эффективности затрат (ICER) (462). Другие модельные исследования, проведенные в Китае (460) и США (459), также показали, что лечение острой ВГС-инфекции является ресурсоэффективным и экономичным по сравнению с отсрочкой лечения до хронической стадии; однако был также выявлен рост затрат, связанных с лечением недавно возникшей ВГС-инфекции у пациентов, которые не подвергались риску передачи вируса (459).

В одном модельном исследовании было продемонстрировано потенциальное снижение частоты новых случаев ВГС-инфекции как результат немедленного лечения (462). В этом

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ

²⁷ Система METAVIR для балльной оценки (от 0 до 4) результатов биопсии печени.



исследовании моделировались сценарии лечения в когорте ВИЧ-позитивных мужчин в Голландии, практикующих секс с мужчинами, и было обнаружено, что лечение недавно приобретенной ВГС-инфекции снизило заболеваемость на 88% (с 1,2 / 100 ч/л до 0,2 / 100 ч/л), по сравнению с лечением на стадии фиброза печени F2.

По заключению Группы по разработке руководства, лечение пациентов с недавно приобретенной инфекцией может в краткосрочной перспективе привести к росту общих затрат на лечение и тестирование. Однако в этом прогнозе содержится значительная доля неопределенности из-за различий в стоимости тестирования и лечения в разных условиях, включая страны с низким, средним и высоким уровнем дохода, изменений в стоимости ПППД и других препаратов с течением времени, а также ввиду вмененных издержек, связанных с отвлечением персонала и ростом нагрузки на медицинские службы.

Справедливость

В систематическом обзоре не было выявлено ни одного исследования, оценивающего уровень справедливости.

Можно утверждать, что предоставление лечения с применением ПППД людям с недавно приобретенным гепатитом С расширяет выбор (а именно, предоставляя второй вариант отсрочки лечения до хронической инфекции) для ключевых групп населения и может снизить уровень преждевременного выбытия из системы последующего наблюдения, тем самым увеличивая число людей, получающих доступ к лечению. Важно, чтобы не было ограничений для доступа к лечению хронической или острой ВГС-инфекции для людей, продолжающих употреблять наркотики, проходящих лечение наркотической зависимости или подверженных сохраняющемуся сексуальному риску.

В условиях дефицита ПППД лечение людей с недавно приобретенной инфекцией без адекватного наращивания объемов снабжения этими препаратами может оказать негативное влияние на уровень справедливости в отношении здоровья. Это произойдет в том случае, если ПППД будут на практике отняты от людей с хроническим гепатитом С, которые находятся за пределами точки спонтанного выздоровления и нуждаются в лечении для предотвращения тяжелых форм нарушения здоровья и летальных исходов в будущем. С другой стороны, людям с недавно развившимся гепатитом не обязательно требуется лечение ввиду сохраняющейся возможности спонтанного выздоровления. Для достижения целей элиминации и обеспечения справедливости необходимо повысить доступность недорогостоящих услуг лечения ВГС-инфекции.

Практическая осуществимость и приемлемость

Ни в одном из выявленных в ходе систематического обзора и метаанализа исследований вопросы осуществимости или приемлемости непосредственно не рассматривались.

В целом, можно утверждать, что осуществимость будет в значительной степени зависеть от местных условий и возможностей систем здравоохранения. Незамедлительное предоставление возможности лечения людям, вне зависимости от наличия или отсутствия хронической инфекции, может упростить алгоритмы лечения и оказания помощи при ВГС-инфекции и дать пациентам дополнительные возможности выбора. Такой подход является осуществимым вариантом для многих различных условий и стран, особенно при наличии децентрализованных служб тестирования и лечения или хорошо развитых механизмов привязки пациентов к надлежащим службам. Кроме того, потребуется повысить осведомленность о ВГС и ПППД среди ключевых представителей населения.

В ряде случаев риск нежелательных явлений, связанных с лечением ВГС-инфекции, каким бы незначительным он ни был, станет неприемлемым для людей с недавно развившимся гепатитом С, если возможность достижения самопроизвольного клиренса еще не исчерпана. Поэтому важно предоставить людям возможность сознательного выбора между немедленным или отсроченным лечением. Столь же неясно, согласятся ли клиницисты

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



рутинным образом назначать лечение пациентам с недавно приобретенным гепатитом С без периода выжидания возможного спонтанного клиренса.

Группа по разработке руководства пришла к выводу, что данное вмешательство, вероятно, будет приемлемым для большинства основных заинтересованных сторон. Существовала некоторая неопределенность в отношении того, будет ли приемлемым для клиницистов рутинное назначение лечения лицам с недавно приобретенным гепатитом С без периода выжидания возможного самопроизвольного клиренса.

Оценка доказательств и принятие решений

Группа по разработке руководства заключила, что лечение недавно приобретенной ВГС-инфекции у лиц с сохраняющимся риском – это один из приоритетных вопросов общественного здравоохранения, имеющих большое значение для элиминации ВГС, и что польза такого вмешательства явно перевешивает вред. Польза в целом оценивалась как большая или умеренная, а возможный вред – как незначительный. В целом, Группа по разработке руководства отметила крайне низкую убедительность доказательств.

Несмотря на то что доказательства эффекта были незначительными по всем показателям результатов, Группа по разработке руководства подчеркнула, что безотлагательное лечение недавно приобретенной ВГС-инфекции у лиц с сохраняющимся риском может быть полезным как на индивидуальном, так и на популяционном уровне. Совершенствование практики выявления и лечения недавно приобретенной ВГС-инфекции может принести пользу пациенту, поскольку он будет вылечен в кратчайшие сроки после постановки диагноза, без ожидания, пока получит доступ к курсу лечения с риском выхода из системы наблюдения. Кроме того, данный подход расширяет для пациента возможности выбора. Группа по разработке руководства отметила потенциальную пользу максимально быстрого излечения для населения в целом: сокращается период, в течение которого пациент заразен, что позволяет снизить частоту новых случаев ВГС-инфекции в определенных популяционных сетях.

Группа констатировала, что после заражения гепатитом С примерно в одной трети случаев наступает спонтанное освобождение организма от вируса (то есть полное выздоровление без какого-либо медицинского вмешательства). Таким образом, немедленное лечение всех пациентов с недавно приобретенным гепатитом С означает, что люди, которые могли бы спонтанно избавиться от инфекции, подвергаются ненужному лечению. Однако нежелательные явления, связанные с лечением, возникают крайне редко, и результаты оценки мнений заинтересованных сторон свидетельствуют о явном предпочтении варианта немедленного лечения.

Принимая во внимание такие факторы, как доказанные позитивные результаты лечения недавно приобретенной инфекции у людей с сохраняющимся риском, потенциал для снижения уровней передачи ВГС-инфекции в определенных группах населения, прочная поддержка в контексте ценностей и предпочтений сообществ, потенциал для расширения спектра возможностей для пациентов; практическая осуществимость, а также потенциал для повышения эффективности в соотношении с затратами и уровня справедливости, Группа по разработке руководства сочла, что суммарный полезный эффект значительно перевешивает потенциальный вред и риски. Было выдвинуто предположение, что эта рекомендация позволит расширить возможности для снижения стигматизации и упрощения механизмов оказания клинической помощи. Учитывая все эти факторы, Группа квалифицировала данную рекомендацию как сильную и применимую ко всем группам населения с сохраняющимся риском в любых условиях.

Соображения в отношении практической реализации

Для того чтобы облегчить распространение в странах практики лечения ВГС-инфекции на людей с недавно приобретенной инфекцией, подверженных сохраняющемуся риску,

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОБКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



необходимо рассмотреть ряд важных вопросов. Для получения более подробной информации по клиническим аспектам ведения случаев ВГС-инфекции следует ознакомиться с последними руководящими принципами ВОЗ по лечению и оказанию помощи пациентам с данной инфекцией (463).

Во-первых, показания к незамедлительному лечению, независимо от наличия или отсутствия хронического процесса, необходимо внести в качестве дополнительного пункта в национальные клинические руководства. Кроме того, страховые полисы для лечения недавно приобретенной инфекции в идеале должны быть согласованы с полисами для лечения хронической инфекции HCV; для этого необходимо изменить политику и провести диалог со спонсорами и схемами медицинского страхования, чтобы добиться такой гармонизации политики. Поправки к клиническим руководствам должны включать следующие элементы: стандартное определение случая недавно приобретенной инфекции; порядок проведения дифференциального диагноза со случаями неудачи ранее проведенного лечения ВГС-инфекции и соответствующие различия в клинических стратегиях. Важно определить подгруппы населения, для которых (например, для беременных женщин) может быть настоятельно рекомендовано отсрочить лечение. Людям, подверженным сохраняющемуся риску, необходимо предлагать частое повторное тестирование для своевременного выявления ВГС-инфекции.

Во-вторых, пациенты должны быть проинформированы о пользе и вреде, связанными как с немедленным, так и с отсроченным лечением. У людей с недавно возникшей инфекцией должна быть возможность обоснованного выбора: начать лечение немедленно или с отсрочкой. Ключевые группы населения выразили предпочтение в отношении децентрализации услуг с расширением сети пунктов оказания помощи и упрощением подходов к организации услуг тестирования и лечения.

Наконец, одна из основных целей распространения лечения на людей с недавней инфекцией и сохраняющимся риском – получение полезного эффекта для населения в целом и снижение передачи ВГС-инфекции. Для максимального благоприятного воздействия такое лечение должно предлагаться наряду с дополнительными, научно обоснованными вмешательствами по снижению риска ВГС-инфекции и с услугами первичной профилактики в соответствии с положениями настоящего руководства.

Группа по разработке руководства в ходе обсуждений оценила важность и актуальность расширения в будущем этой новой рекомендации для продвижения принципа незамедлительного лечения всех групп населения, а не только тех людей, которые подвергаются сохраняющемуся риску.

Пробелы в исследованиях

Текущие исследования о незамедлительном лечении ВГС-инфекции в ключевых группах населения проводятся в основном в странах с высоким уровнем дохода среди мужчин, практикующих секс с мужчинами. Необходимы дальнейшие исследования, для того чтобы оценить влияние и дополнительную ценность расширения практики незамедлительного лечения недавно приобретенной ВГС-инфекции на индивидуальном и популяционном уровне в различных условиях и группах населения.

Исследования экономической эффективности и осуществимости в реальных условиях были бы ценны для дальнейшего укрепления аргументации в пользу лечения недавно приобретенной ВГС-инфекции. Принесет пользу проведение научного анализа процессов внедрения с оценкой осуществимости и приемлемости данного подхода для различных ключевых групп населения.

Требует изучения потенциал сокращенных курсов ПППД, назначаемых при недавно приобретенной ВГС-инфекции, который может оказаться полезным в контексте раннего лечения ВГС-инфекции.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТНЫЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



Объединение образцов из разных анатомических областей для диагностики гонореи и хламидиоза

Рекомендация

Если биологические образцы взяты из нескольких анатомических областей у одного и того же человека, они могут быть объединены для молекулярного тестирования на инфекции, вызванные *Neisseria gonorrhoeae* и *Chlamydia trachomatis* (условная рекомендация, умеренная убедительность доказательств для мужчин, практикующих секс с мужчинами, и низкая – для других ключевых групп населения).

Примечания.

- Взятие биологических образцов из всех анатомических областей всегда должно быть добровольным.
- ВОЗ рекомендует NAAT для выявления *N. gonorrhoeae* и *C. trachomatis*.
- ВОЗ рекомендует самостоятельно собирать образцы для NAAT для выявления *N. gonorrhoeae* и *C. trachomatis*.
- В число представителей сообществ, ценности и предпочтения которых анализировались в процессе разработки данной рекомендации, не вошли трансгендерные женщины, трансгендерные мужчины и небинарные люди, которым был присвоен женский пол при рождении.

Общие сведения

Ключевые группы населения непропорционально сильно страдают от ИППП. Некоторые ИППП легко передаются и часто протекают бессимптомно. Синдромная терапия ИППП упускает бессимптомные случаи и приводит к чрезмерному лечению, которое способствует развитию устойчивости к противомикробным препаратам (464). Например, неправильное лечение гонореи может провоцировать возникновение штаммов *N. gonorrhoeae* с множественной лекарственной устойчивостью и повысить интенсивность дальнейшей передачи инфекции (465). Это подчеркивает необходимость этиологической диагностики для оптимизации ведения случаев ИППП, особенно среди ключевых групп населения, практикующих оральный и анальный секс.

N. gonorrhoeae и *C. trachomatis* могут инфицировать различные анатомические участки. Поэтому людям, практикующим анальный и/или оральный секс, показано проведение этиологического скрининга всех соответствующих анатомических областей (ротоглотки, мочеиспускательного канала, эндоцервикса и аноректальной области). Учитывая высокую долю бессимптомных инфекций, вызванных этими патогенами, при проведении только генитального скрининга значительная часть случаев была бы пропущена (466). Исследования показали, что если у мужчин, практикующих секс с мужчинами, проводить тестирование только образцов из мочеиспускательного канала или мочи, будет пропущено вплоть до одной трети случаев гонореи (467, 468).

В то время как отдельное тестирование из разных анатомических областей предпочтительнее, такой подход сопряжен с дополнительными расходами. Это особенно актуально в СНСД, где основным препятствием является высокая стоимость теста МНК, рекомендованного для диагностики данных инфекций (469).

Обзор доказательств

По заказу ВОЗ был выполнен систематический обзор, чтобы ответить на вопрос о том, следует ли использовать объединение образцов из разных анатомических областей для лабораторного скрининга на гонорею и хламидиоз вместо тестирования отдельных образцов из трех анатомических областей (мочеиспускательного канала, аноректальной области и ротоглотки). Оцениваемым результатом была точность диагностики.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТНЫЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



В отношении хламидийной инфекции метаанализ чувствительности и специфичности включал 15 оценок из 14 исследований с участием 5891 пациента (470). Обзор показал, что комбинированная чувствительность²⁸ многосайтового объединенного тестирования на хламидийную инфекцию, вероятно, составила 93,1% (95% ДИ: 90,5–95,0; I(2)=43,3), а комбинированная специфичность²⁹ – 99,4% (95% ДИ: 99,0–99,6; I(2)=52,9; умеренная убедительность доказательств). Это означает, что если протестировать по данной методике 1000 человек на хламидийную инфекцию при ее фоновой распространенности 10% (100 случаев), то будет пропущено 7 случаев из 100 и, напротив, будет поставлен неверный диагноз и назначено ненужное лечение 5 здоровым людям.

Для метаанализа данных по гонорее были использованы 14 оценок из 13 исследований с участием 6565 пациентов. Обзор показал, что комбинированная чувствительность многосайтового объединенного тестирования на гонорею, вероятно, составила 94,1% (95% ДИ: 90,9–96,3; I(2)=68,4; низкая убедительность доказательств), а комбинированная специфичность – 99,6% (95% ДИ: 99,1–99,8; I(2)=83,6; умеренная убедительность доказательств). Это означает, что если протестировать по данной методике 1000 человек на гонорею при ее фоновой распространенности 10% (100 случаев), то будет пропущено 6 случаев из 100 и, напротив, будет поставлен неверный диагноз и назначено ненужное лечение 4 здоровым людям.

Мета-регрессионный анализ не показал какого-либо существенного влияния на точность многосайтового объединенного тестирования в зависимости от исследуемой популяции (мужчины, занимающиеся сексом с мужчинами, по сравнению с мужчинами, занимающимися сексом с женщинами), размера исследуемой популяции (<100 против >100), уровня дохода в стране, выборки (собранный самостоятельно по сравнению с собранным клиницистом) или годом публикации (до 2020 г. по сравнению с 2020 г. или позднее).

В четырех исследованиях среди мужчин, практикующих секс с мужчинами, были получены данные о чувствительности методов выявления инфекций ротоглотки с использованием объединенного тестирования по сравнению со стандартом (тестированием индивидуальных образцов из трех анатомических областей на хламидиоз и гонорею) (471–474). В трех из четырех исследований объединенное тестирование позволило выявить все случаи хламидийной инфекции ротоглотки (11–13). В оставшемся исследовании при тестировании объединенных образцов был пропущен один из шести случаев инфекции ротоглотки (472). В целом, по данным всех исследований, чувствительность тестирования на гонорею ротоглотки с использованием отдельных образцов была ниже (471–474). Авторы предположили, что снижение чувствительности было связано с меньшей бактериальной нагрузкой в глотке по сравнению с другими анатомическими участками. Кроме того, в двух исследованиях было показано, что гонорейная инфекция чаще всего локализовалась в глотке, и поэтому, если из этой анатомической области не были бы взяты образцы, ряд случаев был бы пропущен (10).

Также важно отметить, что исследования, включенные в систематический обзор, проводились преимущественно в странах с высоким уровнем дохода (82,6%, 14 из 17), а также среди мужчин, практикующих секс с мужчинами (70,6%, 12 из 17).

Таким образом, поскольку во всех исследованиях была продемонстрирована высокая точность многосайтового объединенного тестирования при использовании различных методов объединения (по таким параметрам, как количество поступающих образцов, время, очередность объединения, количество мочи), можно утверждать, что метод объединения не оказывает существенного влияния на точность тестирования. В целом, степень

²⁸ Чувствительность – это показатель того, насколько хорошо тест может выявлять истинные положительные результаты.

²⁹ Специфичность – это показатель того, насколько хорошо тест может выявлять истинные отрицательные результаты.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТНЫЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



убедительности доказательств была понижена до умеренной, главным образом ввиду потенциального риска систематической ошибки в большинстве исследований, связанной с отбором пациентов, при этом отмечалась умеренная гетерогенность в исследованиях, повлиявшая на результаты оценки чувствительности тестирования на гонорею.

Практическая осуществимость, стоимость и эффективность в соотношении с затратами

Ни в одном из исследований, включенных в систематический обзор, не оценивалась практическая осуществимость объединения образцов для многосайтового тестирования. Тем не менее Группа по разработке руководства отметила, что, хотя объединение образцов в целом осуществимо, этот показатель может варьироваться в зависимости от местных условий, таких как характеристики лабораторных структур, количество поступающих образцов и технические возможности.

Систематический обзор выявил три исследования, в которых оценивалась экономия средств при объединении образцов из разных анатомических областей для тестирования на хламидиоз или гонорею. Одно исследование 1064 мужчин, которые занимались сексом с мужчинами, посещавшими клиники сексуального здоровья и больницы в период с октября 2012 по август 2013 г. в Соединенном Королевстве, показало, что объединенное тестирование позволяет сэкономить до двух третей затрат на одни только анализы, а также сэкономить на расходных материалах, времени обработки и эффективности клинических методов (472). Проспективное исследование, проведенное в Бельгии в период с февраля 2018 г. по июль 2019 г. с участием 501 работницы секс-бизнеса, продемонстрировало снижение на 35% затрат на реагенты и рабочего времени лаборанта при использовании объединенного тестирования (рассчитано исходя из распространенности хламидиоза 6,5% и гонореи – 3,5%) (475). Наконец, в исследовании, проведенном в странах Западной Африки, оценивалась эффективность объединенного тестирования среди 497 мужчин, практикующих секс с мужчинами, и продемонстрировано снижение затрат на 56%, при этом раздельное тестирование проводилось только при получении недостоверных результатов тестирования объединенных образцов (476).

Было выявлено одно исследование экономической эффективности. В этой работе, выполненной в Соединенном Королевстве с участием мужчин, практикующих секс с мужчинами и посещающих амбулаторные учреждения охраны сексуального здоровья, было показано, что при пороге готовности расходувать 60 фунтов стерлингов на каждого тестируемого, вероятность обеспечения экономической эффективности объединенного тестирования составила 100%. По сравнению с индивидуально исследованными образцами объединенное тестирование позволяло сэкономить от 13,37 до 18,22 фунтов стерлингов на одного тестируемого, в зависимости от выраженности симптомов или принадлежности к той или иной группе населения (мужчины, практикующие секс с мужчинами, или женщины в общей популяции) (477).

Ценности и предпочтения

Было проведено качественное исследование среди мужчин, практикующих секс с мужчинами, цисгендерных мужчин и трансгендерных секс-работниц (но без участия людей, употребляющих инъекционные наркотики, цисгендерных секс-работниц или других лиц, которым был присвоен женский пол при рождении) для выяснения ценностей и предпочтений в отношении использования объединенных образцов для тестирования на ИППП. Большинство респондентов указали, что они не знакомы с этим методом скрининга на хламидиоз и гонорею, но вместе с тем заявили, что не возражают против взятия и объединения образцов из трех анатомических областей, особенно если такой подход позволит получать наиболее точные результаты. Во всех регионах опрошенные мужчины, практикующие секс с мужчинами, не были уверены в том, насколько точны тесты с использованием объединенных образцов. Это указывает на необходимость более активно

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



проводить в медицинских униях и в сообществах разъяснительную работу по вопросам эффективности этих вариантов тестирования.

Мужчины, практикующие секс с мужчинами, отметили, что из-за стигматизации, связанной со взятием анальных образцов, практика параллельного взятия и объединения образцов из аноректальной области, ротоглотки и мочеиспускательного канала может стать менее стигматизирующим методом тестирования на ИППП. Объединение образцов также устранит необходимость для медицинских работников выяснять у клиентов, каким видом секса они занимаются, что снизит риск оценочных суждений и потенциально рискованного раскрытия информации о сексуальной практике. Следует проявлять осторожность при распространении практики не выяснять у клиентов, каким видом секса они занимаются, на другие ключевые группы населения, поскольку с их представителями консультации не проводились. Более детальный отчет – см. [Веб-приложение В](#).

В двух исследованиях, включенных в систематический обзор, опрошенные мужчины, практикующие секс с мужчинами, и цисгендерные женщины сочли самостоятельное взятие образцов для тестирования на хламидиоз или гонорею приемлемой и несложной процедурой (472, 478).

Справедливость и приемлемость

В семи исследованиях обсуждалось влияние объединения образцов на справедливость в отношении здоровья за счет увеличения охвата тестированием (473–476, 479–481), особенно в отношении жителей СНСД с отсутствием симптоматики, которые в ином случае не прошли бы тестирование (476). В одном из исследований было также показано, что объединенное тестирование следует включить в программы ДКП ВИЧ в странах с ограниченными ресурсами (18). Экономия средств за счет объединенного тестирования позволит без увеличения бюджета выявлять и лечить большее число инфицированных людей, а также чаще тестировать людей с более высоким риском заражения.

Веб-опрос руководителей клиник в Соединенном Королевстве, проведенный в 2018 году, показал, что 84% (41/49) клиницистов в области сексуального здоровья в Англии считают, что наиболее значительным преимуществом объединения является экономия средств, но были обеспокоены такими препятствиями, как отсутствие национальных рекомендаций, потеря информации о месте заражения и предполагаемое сокращение чувствительность или специфичность (480). Большинство (77%, 40 из 52) клиницистов порекомендовали провести дополнительные валидационные исследования точности диагностики, 75% (39 из 52) хотели бы получить клинические рекомендации по вопросам объединения, и 48% (25 из 52) клиницистов указали на необходимость дальнейшего анализа затрат (480).

Оценка доказательств и принятие решений

Группа по разработке руководства, опираясь на результаты анализа фактических данных, а также ценностей и предпочтений сообществ, рассмотрела преимущества объединения образцов из трех анатомических областей для тестирования на гонорею и хламидиоз.

С учетом высокой чувствительности и специфичности молекулярного тестирования объединенных образцов как на хламидиоз, так и на гонорею, были определены следующие полезные эффекты объединения образцов:

- 1) более эффективное выявление случаев экстрагенитальных инфекций за счет использования одного и того же теста для нескольких анатомических областей и увеличение охвата населения услугами тестирования благодаря потенциально значительной экономии средств, в частности тестирование большего числа людей с отсутствием симптоматики, но подверженных более высокому риску ИППП;
- 2) потенциальное снижение риска инфицирования ВИЧ благодаря выявлению и адекватному лечению большего числа случаев экстрагенитальных инфекций;

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



3) снижение нагрузки на лаборатории и другие медицинские службы, особенно при проведении тестирования в пункте оказания медицинской помощи или вблизи него.

Самостоятельное взятие образцов, оцененное как вполне приемлемое, не снижает точности многосайтового объединенного тестирования.

Исследование ценностей и предпочтений ключевых групп населения (см. [Веб-приложение В](#)) было ограничено мужчинами, практикующими секс с мужчинами, трансгендерными мужчинами – секс-работниками и трансгендерными секс-работницами. В него не были включены трансгендерные секс-работницы, трансгендерные мужчины и небинарные люди, которым был присвоен женский пол при рождении. По этой причине Группа по разработке руководства сочла, что, возможно, существует значительная неопределенность и вариабельность в анализе ценностей и предпочтений ключевых групп населения в отношении объединенного тестирования образцов из различных анатомических областей. В частности, член Группы по разработке руководства, представляющий NSWP, выразил обеспокоенность по поводу отсутствия трансгендерных женщин и трансгендерных мужчин в исследовании ценностей и предпочтений и попросил провести в приоритетном порядке дополнительное исследование.

Рассмотренные Группой потенциальные негативные эффекты заключались в незначительном количестве пропущенных случаев (пять для хламидиоза, шесть для гонореи) и случаев чрезмерного лечения (пять для хламидиоза, четыре для гонореи) в условиях тестирования объединенных образцов из нескольких анатомических областей среди населения в 1000 человек в условиях распространенности инфекций на уровне 10%. Кроме того, существует неопределенность в отношении чувствительности тестирования объединенных образцов для выявления гонореи ротоглотки, и без повторного тестирования невозможно точно определить, какие участки инфицированы. Однако эта небольшая потеря чувствительности компенсируется возможностью тестирования нескольких анатомических областей при использовании объединенных образцов в условиях, когда взятие образцов из ротоглотки обычно не выполняется по соображениям стоимости.

Потенциальная польза объединения образцов из нескольких анатомических областей для диагностики двух вышеуказанных инфекций перевешивала вред от незначительного снижения точности тестирования. С учетом этих соображений Группа по разработке руководства приняла решение вынести рекомендацию в пользу вмешательства. В целом, получены доказательства с умеренной степенью убедительности в отношении достаточной чувствительности и специфичности тестирования объединенных образцов как на хламидиоз, так и на гонорею. Однако, с учетом ограниченности данных, полученных из СНСД и от других ключевых групп населения, помимо мужчин, практикующих секс с мужчинами, Группа по разработке руководства понизила уровень убедительности доказательств для других групп населения до низкого. Исходя из вышеизложенных соображений, Группа по разработке руководства вынесла условную рекомендацию с умеренной убедительностью доказательств для мужчин, практикующих секс с мужчинами, и с низкой убедительностью – для других ключевых групп населения.

Соображения в отношении практической реализации

Многосайтовое тестирование объединенных образцов является высокочувствительным и специфичным с потенциальными сопутствующими преимуществами в виде экономии средств и позволяет повысить эффективность выявления случаев экстрагенитальной инфекции и охват скринингом, особенно в СНСД, использующих МНК.

Странам следует рассмотреть возможность проведения национальной лабораторной валидации методов использования объединенных образцов для диагностики хламидийной и гонококковой инфекций и включить процедуры применения объединенных образцов

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТНЫЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



в национальные протоколы обеспечения и контроля качества. Необходимо также рассмотреть вопрос о том, кто будет осуществлять взятие и объединение образцов: например, сам клиент, медицинский работник или лаборант. Каждый подход потребует адаптации национальных протоколов, обучения поставщиков услуг при тестировании на месте или вблизи места оказания медицинской помощи, а также, при необходимости, внесения изменений в лабораторные процедуры и логистику, включая реорганизацию потока образцов, платформы тестирования и набора расходных материалов для взятия образцов.

Объединение образцов из нескольких анатомических областей также может создавать некоторые трудности в странах, где в национальных руководствах предусмотрены различные дозы и схемы лечения, в зависимости от локализации инфекции. В такой ситуации может возникать необходимость в повторном тестировании образцов из разных анатомических областей по отдельности, чтобы назначить рекомендуемое лечение. При этом следует учитывать риск задержек в лечении и возможность выбытия пациентов из системы последующего наблюдения. Эти опасения не распространяются на страны, следующие текущим рекомендациям ВОЗ по лечению генитальной или аноректальной хламидийной инфекции, при которой в качестве препарата первой линии назначается доксициклин в одной и той же дозировке в обоих случаях. Согласно рекомендациям по лечению гонореи при отсутствии или недостаточном объеме данных в отношении местной устойчивости гонококка к противомикробным препаратам назначается двойная терапии в качестве первой линии (189, 191). Из-за растущего распространения устойчивости гонококков к противомикробным препаратам – цефтриаксону и азитромицину – ВОЗ обновляет клинические рекомендации в отношении гонореи, что может повлиять на подходы к лечению при локализации инфекции в различных анатомических областях.

Пробелы в исследованиях

По выводам обзора фактических данных, критическим пробелом в знаниях, который необходимо устранить, является вопрос точности тестирования на гонококковую инфекцию при использовании образцов из ротоглотки отдельно в сравнении с объединенными образцами из нескольких анатомических областей, включая ротоглотку. Что касается эффективности тестирования объединенных образцов, необходимы дальнейшие исследования для определения оптимального разведения объединенных образцов для достижения максимальной точности, включая оптимальный объем мочи (когда она используется вместо мазков), и для оценки потенциального влияния очередности взятия образцов для объединения.

Кроме того, следует оценить экономическую эффективность объединения образцов с учетом различной фоновой распространенности инфекций и смоделировать оптимальное пороговое значение этого показателя для использования объединенных образцов из одной анатомической области, взятых от разных людей, в целях обеспечения максимальной экономической эффективности в различных условиях.

Также крайне важно получить более полное представление о ценностях и предпочтениях членов таких ключевых групп населения, как цисгендерные женщины, трансгендерные мужчины и небинарные люди, которым был присвоен женский пол при рождении, поскольку они не были включены в исследование ценностей и предпочтений, проведенное в рамках разработки настоящего руководства. Для успешного внедрения методики многосайтового тестирования в практику важно провести исследования отдельных аспектов осуществления этой работы, в частности изучить мнения мужчин, практикующих секс с мужчинами и опрошенных в рамках исследования ценностей и предпочтений, в отношении возможности сбора биологических образцов из трех анатомических областей в качестве стандарта медицинской помощи. Если при таком тестировании медицинские работники не будут

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



требовать от пациентов раскрытия сведений о сексуальной практике, это может снизить стигматизацию и дискриминацию и расширить доступ к медицинской помощи для мужчин, практикующих секс с мужчинами.

Наконец, для стран, использующих различные схемы лечения гонококковой и/или хламидийной инфекции в зависимости от анатомической локализации, было бы полезным более точно оценить преимущества и вред повторного тестирования образцов по отдельности при получении положительного результата в условиях объединенного тестирования, ввиду возможных задержек в лечении и риска выбытия пациентов из системы последующего наблюдения в различных условиях. Следует также предусмотреть проведение экономической оценки повторного тестирования образцов из нескольких анатомических областей в различных контекстах.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



Библиография*

1. Обеспечение устойчивости систем здравоохранения на пути к достижению всеобщего охвата услугами здравоохранения и безопасности в области здравоохранения во время пандемии COVID-19 и в последующий период: документ с изложением позиции ВОЗ. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2021 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/346515/WHO-UHL-PHC-SP-2021.01-rus.pdf>).
2. Early warning advisory on new psychoactive substances. United Nations Office on Drugs and Crime; 2022 (<https://www.unodc.org/LSS/Page/NPS>).
3. Сводное руководство по ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения: профилактика, диагностика, лечение и уход. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/161724>).
4. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations, 2016 update: Geneva; World Health Organization; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/246200>).
5. Глобальная стратегия сектора здравоохранения по вирусному гепатиту 2016–2021: на пути к ликвидации вирусного гепатита. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250042>).
6. Глобальная стратегия сектора здравоохранения по инфекциям, передаваемым половым путем 2016–2021: на пути к ликвидации ИППП. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250268>).
7. Singer M, Clair S. Syndemics and public health: reconceptualizing disease in bio-social context. *Med Anthropol Q.* 2003;17(4):423–41.
8. Maheu-Giroux M, Vesga JF, Diabaté S, Alary M, Baral S, Diouf D, et al. Changing dynamics of HIV transmission in Côte d'Ivoire: modeling who acquired and transmitted infections and estimating the impact of past HIV interventions (1976–2015). *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2017;75(5):517–27.
9. Mukandavire C, Walker J, Schwartz S, Boily MC, Danon L, Lyons C, et al. Estimating the contribution of key populations towards the spread of HIV in Dakar, Senegal. *J Int AIDS Soc.* 2018;21(5):e25126.
10. Stone J, Mukandavire C, Boily MC, Fraser H, Mishra S, Schwartz S, et al. Estimating the contribution of key populations towards HIV transmission in South Africa. *J Int AIDS Soc.* 2021;24(1):e25650.
11. Grebely J, Larney S, Peacock A, Colledge S, Leung J, Hickman M, et al. Global, regional, and country-level estimates of hepatitis C infection among people who have recently injected drugs. *Addiction.* 2019;114(1):150–66.
12. Dolan K, Wirtz AL, Moazen B, Ndeffo-Mbah M, Galvani A, Kinner SA, et al. Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees. *Lancet.* 2016;388(10049):1089–102.
13. Jin F, Dore GJ, Matthews G, Luhmann N, Macdonald V, Bajis S, et al. Prevalence and incidence of hepatitis C virus infection in men who have sex with men: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2021;6(1):39–56.

* Все интернет-ссылки – по состоянию на 1 февраля 2023 г.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



14. Heffernan A, Cooke GS, Nayagam S, Thursz M, Hallett TB. Scaling up prevention and treatment towards the elimination of hepatitis C: a global mathematical model. *Lancet*. 2019;393(10178):1319–29.
15. Martin NK, Vickerman P, Dore GJ, Hickman M. The hepatitis C virus epidemics in key populations (including people who inject drugs, prisoners and MSM): the use of direct-acting antivirals as treatment for prevention. *Current opinion in HIV and AIDS*. 2015;10(5):374–80.
16. Pitcher AB, Borquez A, Skaathun B, Martin NK. Mathematical modeling of hepatitis C virus (HCV) prevention among people who inject drugs: a review of the literature and insights for elimination strategies. *J Theor Biol*. 2019;481:194–201.
17. Platt L, Minozzi S, Reed J, Vickerman P, Hagan H, French C, et al. Needle syringe programmes and opioid substitution therapy for preventing hepatitis C transmission in people who inject drugs. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;9(9):Cd012021.
18. Falla AM, Hofstraat SHI, Duffell E, Hahné SJM, Tavošchi L, Veldhuijzen IK. Hepatitis B/C in the countries of the EU/EEA: a systematic review of the prevalence among at-risk groups. *BMC Infect Dis*. 2018;18(1):1–12.
19. Miranda NT, de Souza RL, Monteiro JC, Costa IB, Siravenha LQ, da Luz AL, et al. Seroprevalence of HBV and HCV in female sex workers from four cities in the state of Para, northern Brazil. *J Med Virol*. 2021;93(6):3730–7.
20. Adeyemi OA, Mitchell A, Shutt A, Crowell TA, Ndembi N, Kokogho A, et al. Hepatitis B virus infection among men who have sex with men and transgender women living with or at risk for HIV: a cross sectional study in Abuja and Lagos, Nigeria. *BMC Infect Dis*. 2021;21(1):1–8.
21. Moradi, Ghobad, Marzieh Soheili, Roya Rashti, Hojat Dehghanbanadaki, Elham Nouri, Farima Zakaryaei, Elnaz Ezzati Amini, Sheno Baiezeedi, Sanaz Ahmadi, and Yousef Moradi. “The prevalence of hepatitis C and hepatitis B in lesbian, gay, bisexual and transgender populations: a systematic review and meta-analysis.” *European Journal of Medical Research* 27, no. 1 (2022): 1-11.
22. Stockdale AJ, Kreuels B, Henrion MY, Giorgi E, Kyomuhangi I, de Martel C, et al. The global prevalence of hepatitis D virus infection: systematic review and meta-analysis. *J Hepatol*. 2020;73(3):523–32.
23. Miguères M, Lhomme S, Izopet J. Hepatitis A: Epidemiology, high-risk groups, prevention and research on antiviral treatment. *Viruses*. 2021;13(10).
24. Bruni L, Diaz M, Castellsagué X, Ferrer E, Bosch X, de Sanjosé S. Cervical human papillomavirus prevalence in 5 continents: meta-analysis of 1 million women with normal cytological findings. *J Infect Dis*. 2010;202(12):1789–99.
25. Forman D, de Martel C, Lacey CJ, Soerjomataram I, Lortet-Tieulent J, Bruni L, et al. Global burden of human papillomavirus and related diseases. *Vaccine*. 2012;30(5):F12–23.
26. James C, Harfouche M, Welton NJ, Turner KM, Abu-Raddad LJ, Gottlieb SL, et al. Herpes simplex virus: global infection prevalence and incidence estimates, 2016. *Bull World Health Organ*. 2020;98(5):315–29.
27. Poteat T, White RH, Footer KHA, Park JN, Galai N, Huettner S, et al. Characterising HIV and STIs among transgender female sex workers: a longitudinal analysis. *Sex Transm Infect*. 2021;97(3):226–31.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



28. McLaughlin MM, Chow EP, Wang C, Yang LG, Yang B, Huang JZ, et al. Sexually transmitted infections among heterosexual male clients of female sex workers in China: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2013;8(8):e71394.
29. Ong JJ, Baggaley RC, Wi TE, Tucker JD, Fu H, Smith MK, et al. Global epidemiologic characteristics of sexually transmitted infections among individuals using preexposure prophylaxis for the prevention of HIV Infection: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Netw open*. 2019;2(12):e1917134.
30. Torrone EA, Morrison CS, Chen PL, Kwok C, Francis SC, Hayes RJ, et al. Prevalence of sexually transmitted infections and bacterial vaginosis among women in sub-Saharan Africa: an individual participant data meta-analysis of 18 HIV prevention studies. *PLoS Med*. 2018;15(2):e1002511.
31. Van Gerwen OT, Jani A, Long DM, Austin EL, Musgrove K, Muzny CA. Prevalence of sexually transmitted infections and human immunodeficiency virus in transgender persons: a systematic review. *Transgend Health*. 2020;5(2):90–103.
32. Tsuboi M, Evans J, Davies EP, Rowley J, Korenromp EL, Clayton T, et al. Prevalence of syphilis among men who have sex with men: a global systematic review and meta-analysis from 2000–20. *Lancet Glob Health*. 2021;9(8):e1110–e8.
33. Dumchev K. Challenges of sexually transmitted infections and sexual health among people who inject drugs. *Curr Opin Infect Dis*. 2022;35(1):55–60.
34. Unemo M, Shafer WM. Antimicrobial resistance in *Neisseria gonorrhoeae* in the 21st century: past, evolution, and future. *Clin Microbiol Reviews*. 2014;27(3):587–613.
35. Matthews GV, Dore GJ. HIV and hepatitis C coinfection. *J Gastroenterol Hepatol*. 2008;23(7pt1):1000–8.
36. Thornton AC, Jose S, Bhagani S, Chadwick D, Dunn D, Gilson R, et al. Hepatitis B, hepatitis C, and mortality among HIV-positive individuals. *AIDS*. 2017;31(18):2525.
37. Platt L, Easterbrook P, Gower E, McDonald B, Sabin K, McGowan C, et al. Prevalence and burden of HCV co-infection in people living with HIV: a global systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2016;16(7):797–808.
38. Davlidova S, Haley-Johnson Z, Nyhan K, Farooq A, Vermund SH, Ali S. Prevalence of HIV, HCV and HBV in Central Asia and the Caucasus: a systematic review. *Int J Infect Dis*. 2021;104:510–25.
39. Cohen MS, Council OD, Chen JS. Sexually transmitted infections and HIV in the era of antiretroviral treatment and prevention: the biologic basis for epidemiologic synergy. *Journal Int AIDS Soc*. 2019;22:e25355.
40. Mayer, Kenneth H., and Lao-Tzu Allan-Blitz. “Similar, but different: drivers of the disproportionate HIV and sexually transmitted infection burden of key populations.” *Journal of the International AIDS Society* 22, no. Suppl Suppl 6 (2019).
41. Looker KJ, Elmes JAR, Gottlieb SL, Schiffer JT, Vickerman P, Turner KME, et al. Effect of HSV-2 infection on subsequent HIV acquisition: an updated systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2017;17(12):1303–16.
42. Glynn JR, Biraro S, Weiss HA. Herpes simplex virus type 2: a key role in HIV incidence. *AIDS*. 2009;23(12):1595–8.
43. Wu MY, Gong HZ, Hu KR, Zheng HY, Wan X, Li J. Effect of syphilis infection on HIV acquisition: a systematic review and meta-analysis. *Sex Transm Infect*. 2021;97(7):525–33.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



44.	Massad LS, Xie X, Burk RD, D’Souza G, Darragh TM, Minkoff H, et al. Association of cervical precancer with human papillomavirus types other than 16 among HIV co-infected women. <i>Am J Obstet Gynecol.</i> 2016;214(3):354.e1–6.	ВВЕДЕНИЕ
45.	Stelzle D, Tanaka LF, Lee KK, Khalil AI, Baussano I, Shah AS, et al. Estimates of the global burden of cervical cancer associated with HIV. <i>Lancet Glob Health.</i> 2021;9(2):e161–e9.	
46.	Глобальная стратегия по СПИДу на 2021–2026 годы. Ликвидировать неравенство. Покончить со СПИДом. Женева: Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу; 2021 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-strategy-2021-2026_ru.pdf).	МЕТОДЫ
47.	Key considerations for differentiated antiretroviral therapy delivery for specific populations: children, adolescents, pregnant and breastfeeding women and key populations. Geneva: World Health Organization; 2017 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/258506).	
48.	Wilson DP, Donald B, Shattock AJ, Wilson D, Fraser-Hurt N. The cost-effectiveness of harm reduction. <i>Int J Drug Policy.</i> 2015;26:S5–S11.	БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ ФАКТОРЫ
49.	Cambiano V, Miners A, Dunn D, McCormack S, Ong KJ, Gill ON, et al. Cost-effectiveness of pre-exposure prophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men in the UK: a modelling study and health economic evaluation. <i>Lancet Infect Dis.</i> 2018;18(1):85–94.	
50.	Gomez GB, Borquez A, Case KK, Wheelock A, Vassall A, Hankins C. The cost and impact of scaling up pre-exposure prophylaxis for HIV prevention: a systematic review of cost-effectiveness modelling studies. <i>PLoS medicine.</i> 2013;10(3):e1001401.	РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА
51.	Zaric GS, Barnett PG, Brandeau ML. HIV transmission and the cost-effectiveness of methadone maintenance. <i>Am J Pub Health.</i> 2000;90(7):1100–11.	
52.	Всеобщая декларация прав человека. Генеральная Ассамблея ООН. Париж: Организация Объединенных Наций; 1948 (A/RES/217A(III)), https://www.ohchr.org/ru/human-rights/universal-declaration/translations/russian).	НАБОРЫ ВМЕШАТЕЛЬСТВ
53.	Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека. Объединенный вариант 2006 г. Женева: Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу; 2006 (https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/HIVAIDSGuidelinesru.pdf).	
54.	International Code of Medical Ethics – 2006. Pilanesberg: World Medical Association; 2006 (https://www.wma.net/policies-post/wma-international-code-of-medical-ethics/).	ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ УСЛУГ
55.	Jamison DT, Summers LH, Alleyne G, Arrow KJ, Berkley S, Binagwaho A, et al. Global health 2035: a world converging within a generation. <i>Lancet.</i> 2013;382(9908):1898–955.	
56.	Расширение участия людей, живущих с ВИЧ (РУЛС). Краткое заявление по вопросам политики. Женева: Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу; 2007 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc1299-policybrief-gipa_ru_0.pdf).	ПОДРОСТКИ И МОЛОДЕЖЬ
57.	Handbook for guideline development, second edition. Geneva: World Health Organization; 2014 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/145714).	
58.	Всеобщая декларация прав человека. Генеральная Ассамблея ООН. Париж: Организация Объединенных Наций; 1948 (A/RES/217A(III)), https://www.ohchr.org/ru/human-rights/universal-declaration/translations/russian).	РАЗРАБОТКА МЕР





59. Венская декларация и Программа действий. Принята на Всемирной конференции по правам человека, Вена, 14–25 июня 1993 г. Генеральная Ассамблея ООН. Сорок восьмая сессия. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 1993 (A/RES/48/121, <https://www.ohchr.org/ru/instruments-mechanisms/instruments/vienna-declaration-and-programme-action>).
60. Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах. Генеральная Ассамблея ООН. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 1966 (2200 А (XXI), http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/pactecon.shtml).
61. Международный пакт о гражданских и политических правах. Генеральная Ассамблея ООН. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 1966 (2200 А (XXI), https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/pactpol.shtml).
62. Фактические данные по искоренению стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ — Руководство для стран по реализации эффективных программ, направленных на искоренение стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ в шести сферах. Женева: ЮНЭЙДС; 2020 (<https://www.unaids.org/ru/resources/documents/2020/eliminating-discrimination-guidance>).
63. Cichowitz C, Rubenstein L, Beyrer C. Forced anal examinations to ascertain sexual orientation and sexual behavior: an abusive and medically unsound practice. PLoS Med. 2018;15(3):e1002536.
64. Argento E, Goldenberg S, Shannon K. Preventing sexually transmitted and blood borne infections (STBBIs) among sex workers: a critical review of the evidence on determinants and interventions in high-income countries. BMC Infect Dis. 2019;19(1):1–19.
65. Baker P, Beletsky L, Avalos L, Venegas C, Rivera C, Strathdee SA, et al. Policing practices and risk of HIV infection among people who inject drugs. Epidemiol Rev. 2020;42(1):27–40.
66. Bakko M, Kattari SK. Transgender-related insurance denials as barriers to transgender healthcare: differences in experience by insurance type. J Gen Intern Med. 2020;35(6):1693–700.
67. DeBeck K, Cheng T, Montaner JS, Beyrer C, Elliott R, Sherman S, et al. HIV and the criminalisation of drug use among people who inject drugs: a systematic review. Lancet HIV. 2017;4(8):e357–e74.
68. Hill BJ, Crosby R, Bouris A, Brown R, Bak T, Rosentel K, et al. Exploring transgender legal name change as a potential structural intervention for mitigating social determinants of health among transgender women of color. Sex Res Social Policy. 2018;15(1):25–33.
69. Lyons CE, Schwartz SR, Murray SM, Shannon K, Diouf D, Mothopeng T, et al. The role of sex work laws and stigmas in increasing HIV risks among sex workers. Nat Commun. 2020;11(1):1–10.
70. Millett GA, Jeffries WL, Peterson JL, Malebranche DJ, Lane T, Flores SA, et al. Common roots: a contextual review of HIV epidemics in black men who have sex with men across the African diaspora. Lancet. 2012;380(9839):411–23.
71. Platt L, Grenfell P, Meiksin R, Elmes J, Sherman SG, Sanders T, et al. Associations between sex work laws and sex workers' health: a systematic review and meta-analysis of quantitative and qualitative studies. PLoS medicine. 2018;15(12):e1002680.
72. Santos GM, Makofane K, Arreola S, Do T, Ayala G. Reductions in access to HIV prevention and care services are associated with arrest and convictions in a global survey of men who have sex with men. Sex Transm Infect. 2017;93(1):62–4.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



73. Shannon K, Strathdee SA, Goldenberg SM, Duff P, Mwangi P, Rusakova M, et al. Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants. *Lancet*. 2015;385(9962):55–71.
74. Rich JD, Hogan JW, Wolf F, DeLong A, Zaller ND, Mehrotra M, et al. Lower syringe sharing and re-use after syringe legalization in Rhode Island. *Drug Alcohol Depend*. 2007;89(2–3):292–7.
75. Millett GA, Peterson JL, Flores SA, Hart TA, Jeffries WLt, Wilson PA, et al. Comparisons of disparities and risks of HIV infection in black and other men who have sex with men in Canada, UK, and USA: a meta-analysis. *Lancet*. 2012;380(9839):341–8.
76. Platt L, Grenfell P, Meiksin R, Elmes J, Sherman SG, Sanders T, et al. Associations between sex work laws and sex workers' health: a systematic review and meta-analysis of quantitative and qualitative studies. *PLoS Med*. 2018;15(12):e1002680.
77. Argento E, Goldenberg S, Braschel M, Machat S, Strathdee SA, Shannon K. The impact of end-demand legislation on sex workers' access to health and sex worker-led services: a community-based prospective cohort study in Canada. *PLoS One*. 2020;15(4):e0225783.
78. Piot P, Karim SSA, Hecht R, Legido-Quigley H, Buse K, Stover J, et al. Defeating AIDS—advancing global health. *Lancet*. 2015;386(9989):171–218.
79. Stannah J, Dale E, Elmes J, Staunton R, Beyrer C, Mitchell KM, et al. HIV testing and engagement with the HIV treatment cascade among men who have sex with men in Africa: a systematic review and meta-analysis. *Lancet HIV*. 2019;6(11):e769–e87.
80. Профилактика и лечение ВИЧ-инфекции и других инфекций, передаваемых половым путем, среди мужчин, практикующих секс с мужчинами, и трансгендерных лиц. Рекомендации с позиций общественного здравоохранения. Пересмотренное издание 2011 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2011 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/85576>).
81. King WM, Gamarel KE. A scoping review examining social and legal gender affirmation and health among transgender populations. *Transgend Health*. 2021;6(1):5–22.
82. Key programmes to reduce stigma and discrimination and increase access to justice in national HIV responses: Guidance Note. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2012 (https://www.unaids.org/en/resources/documents/2012/Key_Human_Rights_Programmes).
83. Joint statement on compulsory drug detention and rehabilitation centres. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2012 (<https://digitallibrary.un.org/record/3950265>).
84. Техническое руководство ВОЗ, УНП ООН и ЮНЭЙДС для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков: Обновление 2012 года. Женева; Всемирная организация здравоохранения; 2012 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/112539>).
85. Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections for sex workers in low and middle-income countries: recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2012 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/77745>).
86. Interventions to address HIV in prisons. Geneva: World Health Organization; 2007 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43759>).
87. Nyblade L, Stockton MA, Giger K, Bond V, Ekstrand ML, Lean RM, et al. Stigma in health facilities: why it matters and how we can change it. *BMC Medicine*. 2019;17(1):25.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



88. Yam EA, Pulerwitz J, Almonte D, García F, del Valle A, Colom A, et al. Stigma among key populations living with HIV in the Dominican Republic: experiences of people of Haitian descent, MSM, and female sex workers. *AIDS*. 2020;34:S43–S51.
89. Rogers S, Tureski K, Cushnie A, Brown A, Bailey A, Palmer Q. Layered stigma among health-care and social service providers toward key affected populations in Jamaica and The Bahamas. *AIDS Care*. 2014;26(5):538–46.
90. Peitzmeier SM, Grosso A, Bowes A, Ceesay N, Baral SD. Associations of stigma with negative health outcomes for people living with HIV in the Gambia: implications for key populations. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2015;68:S146–S53.
91. Lyons CE, Olawore O, Turpin G, Coly K, Ketende S, Liestman B, et al. Intersectional stigmas and HIV-related outcomes among a cohort of key populations enrolled in stigma mitigation interventions in Senegal. *AIDS*. 2020;34(1):S63.
92. Krishnaratne S, Bond V, Stangl A, Pliakas T, Mathema H, Lilleston P, et al. Stigma and judgment toward people living with HIV and key population groups among three cadres of health workers in South Africa and Zambia: analysis of data from the HPTN 071 (PopART) trial. *AIDS Patient Care STDs*. 2020;34(1):38–50.
93. Friedland BA, Sprague L, Nyblade L, Baral SD, Pulerwitz J, Gottert A, et al. Measuring intersecting stigma among key populations living with HIV: implementing the people living with HIV Stigma Index 2.0. *J Int AIDS Soc*. 2018;21(5).
94. Fitzgerald-Husek A, Van Wert MJ, Ewing WF, Grosso AL, Holland CE, Katterl R, et al. Measuring stigma affecting sex workers (SW) and men who have sex with men (MSM): a systematic review. *PloS One*. 2017;12(11):e0188393.
95. Costa AB, de Moura Filho JB, Silva JM, Beloqui JA, Espindola Y, de Araujo CF, et al. Key and general population HIV-related stigma and discrimination in HIV-specific health care settings: results from the Stigma Index Brazil. *AIDS Care*. 2021:1–5.
96. Lan CW, Lin C, Thanh DC, Li L. Drug-related stigma and access to care among people who inject drugs in Vietnam. *Drug Alcohol Rev*. 2018;37(3):333–9.
97. Stringer KL, Baker EH. Stigma as a barrier to substance abuse treatment among those with unmet need: an analysis of parenthood and marital status. *J Fam Issues*. 2018;39(1):3–27.
98. Rueda S, Mitra S, Chen S, Gogolishvili D, Globerman J, Chambers L, et al. Examining the associations between HIV-related stigma and health outcomes in people living with HIV/AIDS: a series of meta-analyses. *BMJ open*. 2016;6(7):e011453.
99. Hatzenbuehler ML, O’cleirigh C, Mayer KH, Mimiaga MJ, Safren SA. Prospective associations between HIV-related stigma, transmission risk behaviors, and adverse mental health outcomes in men who have sex with men. *Ann Behav Med*. 2011;42(2):227–34.
100. Lekas H-M, Siegel K, Leider J. Felt and enacted stigma among HIV/HCV-coinfected adults: the impact of stigma layering. *Qual Health Res*. 2011;21(9):1205–19.
101. Ayhan CHB, Bilgin H, Uluman OT, Sukut O, Yilmaz S, Buzlu S. A systematic review of the discrimination against sexual and gender minority in health care settings. *Int J Health Serv*. 2020;50(1):44–61.
102. Magno L, Silva LAVd, Veras MA, Pereira-Santos M, Dourado I. Stigma and discrimination related to gender identity and vulnerability to HIV/AIDS among transgender women: a systematic review. *Cadernos de Saude Publica*. 2019;35.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТНЫЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



103. Hughto JMW, Reisner SL, Pachankis JE. Transgender stigma and health: a critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Soc Sci Med*. 2015;147:222–31.
104. Srithanaviboonchai K, Stockton M, Pudpong N, Chariyalertsak S, Prakongsai P, Chariyalertsak C, et al. Building the evidence base for stigma and discrimination-reduction programming in Thailand: development of tools to measure healthcare stigma and discrimination. *BMC Public Health*. 2017;17(1):1–11.
105. Siegel J, Yassi A, Rau A, Buxton JA, Wouters E, Engelbrecht MC, et al. Workplace interventions to reduce HIV and TB stigma among health care workers – where do we go from here? *Glob Public Health*. 2015;10(8):995–1007.
106. Pulerwitz J, Oanh KTH, Akinwolemiwa D, Ashburn K, Nyblade L. Improving hospital-based quality of care by reducing HIV-related stigma: evaluation results from Vietnam. *AIDS Behav*. 2015;19(2):246–56.
107. Odeny TA, Penner J, Lewis-Kulzer J, Leslie HH, Shade SB, Adero W, et al. Integration of HIV care with primary health care services: effect on patient satisfaction and stigma in rural Kenya. *AIDS Res Treat*. 2013;(7):485715.
108. Mak WW, Cheng SS, Law RW, Cheng WW, Chan F. Reducing HIV-related stigma among health-care professionals: a game-based experiential approach. *AIDS Care*. 2015;27(7):855–9.
109. Li L, Lin C, Guan J, Wu Z. Implementing a stigma reduction intervention in healthcare settings. *J Int AIDS Soc*. 2013;16:18710.
110. Li L, Liang L-J, Wu Z, Lin C, Guan J. Assessing outcomes of a stigma-reduction intervention with venue-based analysis. *Soc psychiatr Psychiatr Epidemiol*. 2014;49(6):991–9.
111. Happell B, Byrne L, Platania-Phung C, Harris S, Bradshaw J, Davies J. Lived-experience participation in nurse education: reducing stigma and enhancing popularity. *Int J Ment Health Nurs*. 2014;23(5):427–34.
112. Geibel S, Hossain SM, Pulerwitz J, Sultana N, Hossain T, Roy S, et al. Stigma reduction training improves healthcare provider attitudes toward, and experiences of, young marginalized people in Bangladesh. *J Adolesc Health*. 2017;60(2):S35–S44.
113. Flanagan EH, Buck T, Gamble A, Hunter C, Sewell I, Davidson L. “Recovery speaks”: a photovoice intervention to reduce stigma among primary care providers. *Psychiatr Serv*. 2016;67(5):566–9.
114. Fernandez A, Tan K-A, Knaak S, Chew BH, Ghazali SS. Effects of brief psychoeducational program on stigma in Malaysian pre-clinical medical students: a randomized controlled trial. *Acad Psychiatry*. 2016;40(6):905–11.
115. Batey DS, Whitfield S, Mulla M, Stringer KL, Durojaiye M, McCormick L, et al. Adaptation and implementation of an intervention to reduce HIV-related stigma among healthcare workers in the United States: piloting of the FRESH workshop. *AIDS Patient Care and STDs*. 2016;30(11):519–27.
116. Stangl AL, Lloyd JK, Brady LM, Holland CE, Baral S. A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: How far have we come? *J Int AIDS Soc*. 2013;16:18734.
117. Nyblade L, Stangl A, Weiss E, Ashburn K. Combating HIV stigma in health care settings: what works? *J Int AIDS Soc*. 2009;12(1):1–7.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



118. Feyissa GT, Lockwood C, Woldie M, Munn Z. Reducing HIV-related stigma and discrimination in healthcare settings: a systematic review of guidelines, tools, standards of practice, best practices, consensus statements and systematic reviews. *J Multidiscip Healthc.* 2018;11:405–16.
119. HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV: recommendations for a public health approach and considerations for policy makers and managers. Geneva: World Health Organization; 2013 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/94334>).
120. UNAIDS guidance note on HIV and sex work. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2012 (https://www.unaids.org/en/resources/documents/2012/20120402_UNAIDS-guidance-note-HIV-sex-work).
121. HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV: recommendations for a public health approach and considerations for policy makers and managers. Geneva: World Health Organization; 2013 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/94334>).
122. Giving young people the information, skills and knowledge they need. Comprehensive sexuality education. New York: United Nations Population Fund; 2013.
123. Wirtz AL, Pretorius C, Beyrer C, Baral S, Decker MR, Sherman SG, et al. Epidemic impacts of a community empowerment intervention for HIV prevention among female sex workers in generalized and concentrated epidemics. *PLoS One.* 2014;9(2):e88047.
124. Shannon K, Crago A-L, Baral SD, Bekker L-G, Kerrigan D, Decker MR, et al. The global response and unmet actions for HIV and sex workers. *Lancet.* 2018;392(10148):698–710.
125. Platteau T, van Lankveld J, Apers L, Franssen K, Rockstroh J, Florence E. HIV testing for key populations in Europe: a decade of technological innovation and patient empowerment complement the role of health care professionals. *HIV Medicine.* 2018;19:71–6.
126. Mehrotra A, Davis DA, Evens E, White B, Wilcher R. The importance of key population community engagement and empowerment in HIV programming: insights from a global survey with local implementing partners. *J Glob Health Reports.* 2020;4:e2020044.
127. Laverack G. Improving health outcomes through community empowerment: a review of the literature. *J Health, Popul Nutr.* 2006:113–20.
128. Kerrigan D, Fonner VA, Stromdahl S, Kennedy CE. Community empowerment among female sex workers is an effective HIV prevention intervention: a systematic review of the peer-reviewed evidence from low-and middle-income countries. *AIDS Behav.* 2013;17(6):1926–40.
129. Kerrigan D, Mbwambo J, Likindikoki S, Davis W, Mantsios A, Beckham SW, et al. Project Shikamana: community empowerment-based combination HIV prevention significantly impacts HIV incidence and care continuum outcomes among female sex workers in Iringa, Tanzania. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2019;82(2):141.
130. Kerrigan D, Kennedy CE, Morgan-Thomas R, Reza-Paul S, Mwangi P, Win KT, et al. A community empowerment approach to the HIV response among sex workers: effectiveness, challenges, and considerations for implementation and scale-up. *Lancet.* 2015;385(9963):172–85.
131. Kerrigan D, Donastorg Y, Barrington C, Perez M, Gomez H, Mbwambo J, et al. Assessing and addressing social determinants of HIV among female sex workers in the Dominican Republic and Tanzania through community empowerment-based responses. *Current HIV/AIDS Reports.* 2020;17(2):88–96.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТНЫЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



132. Hays RB, Rebchook GM, Kegeles SM. The Mpowerment Project: Community-building with young gay and bisexual men to prevent HIV. *Am J Community Psychol.* 2003;31(3):301–12.
133. Beckham SW, Stockton M, Galai N, Davis W, Mwambo J, Likindikoki S, et al. Family planning use and correlates among female sex workers in a community empowerment HIV prevention intervention in Iringa, Tanzania: a case for tailored programming. *BMC Public Health.* 2021;21(1):1–11.
134. Baral S, Holland CE, Shannon K, Logie C, Semugoma P, Sithole B, et al. Enhancing benefits or increasing harms: community responses for HIV among men who have sex with men, transgender women, female sex workers, and people who inject drugs. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2014;66:S319–S28.
135. Chang J, Shelly S, Busz M, Stoicescu C, Iryawan AR, Madybaeva D, et al. Peer driven or driven peers? A rapid review of peer involvement of people who use drugs in HIV and harm reduction services in low- and middle-income countries. *Harm Reduct J.* 2021;18(1):15.
136. Реализация комплексных программ по профилактике ВИЧ/ИППП среди секс-работников: практические подходы на основе совместных мероприятий. Всемирная организация здравоохранения, Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения, Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу, Глобальная сеть проектов в помощь секс-работникам, Всемирный банк; 2013 (https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SWIT_Russian.pdf).
137. Реализация комплексных программ по вопросам ВИЧ и ИППП с мужчинами, имеющими секс с мужчинами. Практическое руководство для совместных мероприятий. Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения, Глобальный форум по МСМ и ВИЧ, Программа развития Организации Объединенных Наций, Всемирная организация здравоохранения, Агентство Соединенных Штатов по международному развитию, Всемирный банк; 2015 (https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MSMIT_ru.pdf).
138. Implementing comprehensive HIV and HCV programmes with people who inject drugs: practical guidance for collaborative interventions. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2017 (https://www.unaids.org/en/resources/documents/2017/2017_HIV-HCV-programmes-people-who-inject-drugs).
139. Implementing comprehensive HIV and STI programmes with transgender people: practical guidance for collaborative interventions. New York: United Nations Development Programme; 2016 (<https://www.unfpa.org/publications/implementing-comprehensive-hiv-and-sti-programmes-transgender-people-practical>).
140. Проведение мониторинга услуг в сфере ВИЧ силами сообществ. Женева: Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу; 2021 (<https://www.unaids.org/ru/resources/documents/2021/establishing-community-led-monitoring-hiv-services>).
141. Blondeel K, De Vasconcelos S, García-Moreno C, Stephenson R, Temmerman M, Toskin I. Violence motivated by perception of sexual orientation and gender identity: a systematic review. *Bull World Health Org.* 2018;96(1):29.
142. Sherwood JA, Grosso A, Decker MR, Peitzmeier S, Papworth E, Diouf D, et al. Sexual violence against female sex workers in The Gambia: a cross-sectional examination of the associations between victimization and reproductive, sexual and mental health. *BMC Public Health.* 2015;15(1):1–10.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



143. Nelson E-UE, Brown AS. Extra-legal policing strategies and HIV risk environment: accounts of people who inject drugs in Nigeria. *Drugs: Educ Prev Policy*. 2020;27(4):312–9.
144. Miltz AR, Lampe FC, Bacchus LJ, McCormack S, Dunn D, White E, et al. Intimate partner violence, depression, and sexual behaviour among gay, bisexual and other men who have sex with men in the PROUD trial. *BMC Public Health*. 2019;19(1):1–17.
145. Griner SB, Vamos CA, Thompson EL, Logan R, Vázquez-Otero C, Daley EM. The intersection of gender identity and violence: victimization experienced by transgender college students. *J Interpers Violence*. 2020;35(23–24):5704–25.
146. Finneran C, Stephenson R. Intimate partner violence among men who have sex with men: a systematic review. *Trauma Violence Abuse*. 2013;14(2):168–85.
147. Dasgupta S. Violence in commercial sex work: a case study on the impact of violence among commercial female sex workers in india and strategies to combat violence. *Violence Against Women*. 2020:1077801220969881.
148. Poteat T, Ackerman B, Diouf D, Ceesay N, Mothopeng T, Odette K-Z, et al. HIV prevalence and behavioral and psychosocial factors among transgender women and cisgender men who have sex with men in 8 African countries: A cross-sectional analysis. *PLoS medicine*. 2017;14(11):e1002422.
149. Smith LR, Yore J, Triplett DP, Urada L, Nemoto T, Raj A. Impact of sexual violence across the lifespan on HIV risk behaviors among transgender women and cisgender people living with HIV. *J Acquir Immune Defic Syndr (1999)*. 2017;75(4):408.
150. Peitzmeier SM, Malik M, Kattari SK, Marrow E, Stephenson R, Agénor M, et al. Intimate partner violence in transgender populations: systematic review and meta-analysis of prevalence and correlates. *Am J Public Health*. 2020;110(9):e1–e14.
151. Park JN, Linton SL, Sherman SG, German D. Police violence among people who inject drugs in Baltimore, Maryland. *Int J Drug Policy*. 2019;64:54–61.
152. Lunze K, Lunze FI, Raj A, Samet JH. Stigma and human rights abuses against people who inject drugs in Russia – a qualitative investigation to inform policy and public health strategies. *PloS One*. 2015;10(8):e0136030.
153. Lee JO, Yoon Y, Idrisov B, Kiriazova T, Makarenko O, Sereda Y, et al. Violence, HIV risks, and polysubstance use among HIV-positive people who inject drugs in Ukraine. *AIDS Behav*. 2021;25(7):2120–30.
154. Dunkle KL, Wong FY, Nehl EJ, Lin L, He N, Huang J, et al. Male-on-male intimate partner violence and sexual risk behaviors among money boys and other men who have sex with men in Shanghai, China. *Sex Transm Dis*. 2013;40(5):362–5.
155. Davis DA, Morales GJ, Ridgeway K, Mendizabal M, Lanham M, Dayton R, et al. The health impacts of violence perpetrated by police, military and other public security forces on gay, bisexual and other men who have sex with men in El Salvador. *Cult Health Sex*. 2020;22(2):217–32.
156. Sazzad HM, McCredie L, Treloar C, Lloyd AR, Lafferty L. Violence and hepatitis C transmission in prison – a modified social ecological model. *PloS One*. 2020;15(12):e0243106.
157. Russell M, Chen M-J, Nochajski TH, Testa M, Zimmerman SJ, Hughes PS. Risky sexual behavior, bleeding caused by intimate partner violence, and hepatitis C virus infection in patients of a sexually transmitted disease clinic. *Am J Public Health*. 2009;99(S1):S173–S9.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТНЫЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



158. Decker MR, Wirtz AL, Baral SD, Peryshkina A, Mogilnyi V, Weber RA, et al. Injection drug use, sexual risk, violence and STI/HIV among Moscow female sex workers. *Sex Transm Infect.* 2012;88(4):278–83.
159. Decker MR, Wirtz AL, Pretorius C, Sherman SG, Sweat MD, Baral SD, et al. Estimating the impact of reducing violence against female sex workers on HIV epidemics in Kenya and Ukraine: a policy modeling exercise. *Am J Reprod Immunol.* 2013;69:122–32.
160. El-Bassel N, Wechsberg WM, Shaw SA. Dual HIV risk and vulnerabilities among women who use or inject drugs: no single prevention strategy is the answer. *Curr Opin HIV AIDS.* 2012;7(4):326.
161. Evidence Brief: Violence against women. Intimate partner and sexual violence against women. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/329889>).
162. Caring for women subjected to violence: a WHO curriculum for training health-care providers. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/330084>).
163. Меры реагирования в случаях насилия со стороны интимного партнера и сексуального насилия в отношении женщин. Клинические и стратегические рекомендации ВОЗ. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595-rus.pdf>).
164. Ando N, Mizushima D, Watanabe K, Takano M, Shiojiri D, Uemura H, et al. Modified self-obtained pooled sampling to screen for *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* infections in men who have sex with men. *Sex Transm Infect.* 2020;20:20.
165. Handbook on police accountability, oversight and integrity. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2011 (https://www.unodc.org/e4j/data/_university_uni_/3100_handbook_on_police_accountability_oversight_and_integrity.html).
166. Ellsberg M, Arango DJ, Morton M, Gennari F, Kiplesund S, Contreras M, et al. Prevention of violence against women and girls: what does the evidence say? *Lancet.* 2015;385(9977):1555–66.
167. Реализация общей приверженности эффективному решению мировой проблемы наркотиков и борьбе с ней в контексте прав человека. Доклад Управления Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека (A/HRC/39/39). Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2018 (<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G18/276/28/PDF/G1827628.pdf>).
168. Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva: World Health Organization; 2004 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43107>).
169. Guidance on prevention of viral hepatitis B and C among people who inject drugs. Geneva: World Health Organization; 2012 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/75357>).
170. Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. Geneva: World Health Organization; 2009 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43948>).
171. Меры по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах: профилактика передачи инфекции половым путем: аргументы в пользу действий. Серия аналитических обзоров. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2007 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/87745>).

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТНЫЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



172. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Geneva: World Health Organization; 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/107130>).
173. Community management of opioid overdose. Geneva: World Health Organization; 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/137462>).
174. Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach, 2021 update. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/342899>).
175. Responding to children and adolescents who have been sexually abused. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/259270>).
176. Differentiated and simplified pre-exposure prophylaxis for HIV prevention: update to WHO implementation guidance: technical brief. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/360861>).
177. Guidelines for long-acting injectable cabotegravir for HIV prevention. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/360869>).
178. WHO guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis). Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/249572>).
179. Consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/335884>).
180. Двойные диагностические экспресс-тесты на ВИЧ/сифилис могут использоваться в качестве тестов первой линии в ходе дородового наблюдения. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2019 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329965/WHO-CDS-HIV-19.38-rus.pdf>).
181. Prevention of mother-to-child transmission of hepatitis B virus: guidelines on antiviral prophylaxis in pregnancy. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/333391>).
182. WHO technical brief: preventing HIV during pregnancy and breastfeeding in the context of PrEP. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/255866>).
183. Hepatitis B vaccines: WHO position paper – July 2017. Weekly Epidemiological Record, 92 (27), 369 – 392 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/255873>).
184. Coomes, David Michael, Dylan Green, Ruanne Barnabas, Monisha Sharma, Magdalena Barr-Dichiara, Muhammad S. Jamil, Rachel Baggaley et al. “Cost-effectiveness of implementing HIV and HIV/syphilis dual testing among key populations in Viet Nam: a modeling analysis.” medRxiv (2022).
185. Youth-centred digital health interventions: a framework for planning, developing and implementing solutions with and for young people. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/336223>).
186. Информационная записка ВОЗ по применению двойных диагностических экспресс-тестов (ДЭТ) на ВИЧ/сифилис. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/342047>).
187. WHO guideline on self-care interventions for health and well-being. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/342741>).
188. Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/342523>).

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТНЫЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



189. Guidelines for the treatment of Neisseria gonorrhoeae. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/246114>).
190. WHO guideline on syphilis screening and treatment for pregnant women. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/259003>).
191. Guidelines for the Treatment of Chlamydia trachomatis. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/246165>).
192. WHO guidelines for the treatment of genital herpes simplex virus. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250693>).
193. Руководство ВОЗ по тестированию на гепатиты В и С. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/260130>).
194. Рекомендации и руководство по самотестированию на вирус гепатита С. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2022 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/356971>).
195. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, Van Lunzen J, et al. Sexual activity without condoms and risk of HIV transmission in serodifferent couples when the HIV-positive partner is using suppressive antiretroviral therapy. JAMA. 2016;316(2):171–81.
196. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. N Engl J Med. 2011;365(6):493–505.
197. Bavinton BR, Pinto AN, Phanuphak N, Grinsztein B, Prestage GP, Zablotska-Manos IB, et al. Viral suppression and HIV transmission in serodiscordant male couples: an international, prospective, observational, cohort study. Lancet HIV. 2018;5(8):e438–e47.
198. Сводное руководство ВОЗ по борьбе с туберкулезом. Модуль 2: скрининг. Систематический скрининг на туберкулез. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2022 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/353559>).
199. Руководство по оказанию помощи и лечению при хронической инфекции, вызванной вирусом гепатита С. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/279945>).
200. Updated recommendations on treatment of adolescents and children with chronic HCV infection: policy brief. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/357085>).
201. Updated recommendations on simplified service delivery and diagnostics for hepatitis C infection: policy brief. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/357086>).
202. Руководство по хроническому гепатиту В: профилактика, помощь и лечение. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/343841>).
203. Grulich AE, Van Leeuwen MT, Falster MO, Vajdic CM. Incidence of cancers in people with HIV/AIDS compared with immunosuppressed transplant recipients: a meta-analysis. Lancet. 2007;370(9581):59–67.
204. Сводное руководство по охране сексуального и репродуктивного здоровья и защите прав женщин, живущих с ВИЧ. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/311179>).
205. World Health Organization. Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, May 2017. Wkly Epidemiol Rec. 2017;92(19).

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



206. Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции, 5-е издание, 2015 г. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/326788>).
207. Selected practice recommendations for contraceptive use, 3rd ed. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/252267>).
208. Contraceptive eligibility for women at high risk of HIV: guidance statement: recommendations on contraceptive methods used by women at high risk of HIV. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/326653>).
209. mhGAP Evidence Resource Centre. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/treatment-care/mental-health-gap-action-programme/evidence-centre>).
210. Руководство mhGAP-IG по оказанию помощи в связи с психическими и неврологическими расстройствами, а также расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, в специализированных учреждениях здравоохранения, Версия 2.0. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/333971>).
211. WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/342365>).
212. New WHO recommendations on screening and treatment to prevent cervical cancer among women living with HIV: policy brief. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/342712>).
213. Руководство по уходу при прерывании беременности. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2022 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/360837>).
214. WHO consolidated guidelines on tuberculosis: Module 1: prevention: tuberculosis preventive treatment. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331170>).
215. WHO consolidated guidelines on tuberculosis: module 3: diagnosis: rapid diagnostics for tuberculosis detection, 2021 update. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/342331>).
216. Сводное руководство ВОЗ по туберкулезу. Модуль 4: лечение. Лечение лекарственно-устойчивого туберкулеза. Копенгаген: Европейское региональное бюро; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/339991>).
217. Humeniuk, Rachel, Henry-Edwards, S., Ali, Robert, Poznyak, Vladimir, Monteiro, Maristela G. et al. The Alcohol, Smoking and Substance involvement Screening Test (ASSIST): manual for use in primary care. Geneva: World Health Organization; 2010 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44320>).
218. Международные стандарты лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств. Пересмотренное издание с учетом результатов полевых испытаний. Женева: Всемирная организация здравоохранения и Управление ООН по наркотикам и преступности; 2020 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331635/9789240017856-rus.pdf>).
219. Конвенция о правах ребенка. Генеральная Ассамблея ООН. Сорок четвертая сессия. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 1989 (A/44/49, https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/childcon.shtml).

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТНЫЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



220. HIV and young people who sell sex: a technical brief. Geneva: World Health Organization; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/179868>).
221. Key Population Atlas [web-site]. Geneva: UNAIDS (<https://kpatlas.unaids.org/>).
222. Rashti R, Alavian SM, Moradi Y, Sharafi H, Bolbanabad AM, Roshani D, et al. Global prevalence of HCV and/or HBV coinfections among people who inject drugs and female sex workers who live with HIV/AIDS: a systematic review and meta-analysis. *Arch Virol*. 2020;1–12.
223. Degenhardt L, Peacock A, Colledge S, Leung J, Grebely J, Vickerman P, et al. Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: a multistage systematic review. *Lancet Glob Health*. 2017;5(12):e1192–e207.
224. Larney S, Kopinski H, Beckwith CG, Zaller ND, Jarlais DD, Hagan H, et al. Incidence and prevalence of hepatitis C in prisons and other closed settings: results of a systematic review and meta-analysis. *Hepatology*. 2013;58(4):1215–24.
225. Larney S, Peacock A, Leung J, Colledge S, Hickman M, Vickerman P, et al. Global, regional, and country-level coverage of interventions to prevent and manage HIV and hepatitis C among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet Glob Health*. 2017;5(12):e1208–e20.
226. World Drug Report 2021. Vienna: United Nations; 2021 (<https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2021.html>).
227. The Global State of Harm Reduction. London: Harm reduction international; 2022 (<https://hri.global/flagship-research/the-global-state-of-harm-reduction/>).
228. Värmå Falk M, Strömdahl S, Ekström AM, Kåberg M, Karlsson N, Dahlborn H, et al. A qualitative study of facilitators and barriers to participate in a needle exchange program for women who inject drugs. *Harm Reduct J*. 2020;17(1):84.
229. DeBeck K, Cheng T, Montaner JS, Beyrer C, Elliott R, Sherman S, et al. HIV and the criminalisation of drug use among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet HIV*. 2017;4(8):e357–e74.
230. Grenfell P, Baptista Leite R, Garfein R, de Lussigny S, Platt L, Rhodes T. Tuberculosis, injecting drug use and integrated HIV-TB care: a review of the literature. *Drug Alcohol Depend*. 2013;129(3):180–209.
231. Getahun H, Gunneberg C, Sculier D, Verster A, Raviglione M. Tuberculosis and HIV in people who inject drugs: evidence for action for tuberculosis, HIV, prison and harm reduction services. *Curr Opin HIV AIDS*. 2012;7(4):345–53.
232. Falla AM, Hofstraat SHI, Duffell E, Hahné SJM, Tavoschi L, Veldhuijzen IK. Hepatitis B/C in the countries of the EU/EEA: a systematic review of the prevalence among at-risk groups. *BMC Infect Dis*. 2018;18(1):79.
233. Ooi C, Kong FYS, Lewis DA, Hocking JS. Prevalence of sexually transmissible infections and HIV in men attending sex-on-premises venues in Australia: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Sex Health*. 2020;17(2):135–48.
234. Beebeejaun K, Degala S, Balogun K, Simms I, Woodhall SC, Heinsbroek E, et al. Outbreak of hepatitis A associated with men who have sex with men (MSM), England, July 2016 to January 2017. *Eurosurveillance*. 2017;22(5):30454.
235. Chen G-J, Lin K-Y, Hung C-C, Chang S-C. Hepatitis A outbreak among men who have sex with men in a country of low endemicity of hepatitis A infection. *J Infect Dis*. 2017;215(8):1339–40.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



236. Freidl GS, Sonder GJ, Bovée LP, Friesema IH, van Rijckevorsel GG, Ruijs WL, et al. Hepatitis A outbreak among men who have sex with men (MSM) predominantly linked with the EuroPride, the Netherlands, July 2016 to February 2017. *Eurosurveillance*. 2017;22(8):30468.
237. Ndumbi P, Freidl GS, Williams CJ, Mårdh O, Varela C, Avellón A, et al. Hepatitis A outbreak disproportionately affecting men who have sex with men (MSM) in the European Union and European Economic Area, June 2016 to May 2017. *Eurosurveillance*. 2018;23(33):1700641.
238. Werber D, Michaelis K, Hausner M, Sissolak D, Wenzel J, Bitzegeio J, et al. Ongoing outbreaks of hepatitis A among men who have sex with men (MSM), Berlin, November 2016 to January 2017 – linked to other German cities and European countries. *Eurosurveillance*. 2017;22(5):30457.
239. Asher AK, Portillo CJ, Cooper BA, Dawson-Rose C, Vlahov D, Page KA. Clinicians' views of hepatitis C virus treatment candidacy with direct-acting antiviral regimens for people who inject drugs. *Subst Use Misuse*. 2016;51(9):1218–23.
240. Malekinejad M, Barker EK, Merai R, Lyles CM, Bernstein KT, Sipe TA, et al. Risk of HIV acquisition among men who have sex with men infected with bacterial sexually transmitted infections: a systematic review and meta-analysis. *Sex Transm Dis*. 2021;48(10):e138–e48.
241. Reisner SL, Radix A, Deutsch MB. Integrated and gender-affirming transgender clinical care and research. *J Acquir Immune Defic Syndr (1999)*. 2016;72(3):S235–S42.
242. Wirtz AL, Poteat TC, Malik M, Glass N. Gender-based violence against transgender people in the United States: a call for research and programming. *Trauma Violence Abuse*. 2020;21(2):227–41.
243. Mendes WG, Silva C. Homicide of lesbians, gays, bisexuals, travestis, transsexuals, and transgender people (LGBT) in Brazil: a spatial analysis. *Cien Saude Colet*. 2020;25(5):1709–22.
244. Dinno A. Homicide rates of transgender individuals in the United States: 2010–2014. *Am J Public Health*. 2017;107(9):1441–7.
245. Rodríguez-Madera SL, Padilla M, Varas-Díaz N, Neilands T, Vasques Guzzi AC, Florenciani EJ, et al. Experiences of violence among transgender women in Puerto Rico: an underestimated problem. *J Homosex*. 2017;64(2): 209–17.
246. Nobili A, Glazebrook C, Arcelus J. Quality of life of treatment-seeking transgender adults: a systematic review and meta-analysis. *Rev Endocr Metab Disord*. 2018;19(3):199–220.
247. Kelley J. Stigma and human rights: transgender discrimination and its influence on patient health. *Prof Case Manag*. 2021;26(6):298–303.
248. Baral SD, Poteat T, Strömdahl S, Wirtz AL, Guadamuz TE, Beyrer C. Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2013;13(3):214–22.
249. Van Schuylenbergh J, Motmans J, Defreyne J, Somers A, T'Sjoen G. Sexual health, transition-related risk behavior and need for health care among transgender sex workers. *Int J Transgend*. 2019;20(4):388–402.
250. Wierckx K, Mueller S, Weyers S, Van Caenegem E, Roef G, Heylens G, et al. Long-term evaluation of cross-sex hormone treatment in transsexual persons. *J Sex Med*. 2012;9(10):2641–51.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



251.	Wallace PM, Rasmussen S. Analysis of adulterated silicone: implications for health promotion. <i>Int J Transgend.</i> 2010;12(3):167–75.	
252.	Aguayo-Romero RA, Reisen CA, Zea MC, Bianchi FT, Poppen PJ. Gender affirmation and body modification among transgender persons in Bogotá, Colombia. <i>Int J Transgend.</i> 2015;16(2):103–15.	ВВЕДЕНИЕ
253.	Ngoc M-AT, Greenberg K, Alio PA, McIntosh S, Baldwin C. Non-medical body modification (body-mod) strategies among transgender and gender diverse (TG/GD) adolescents and young adults. <i>J Adolescent Health.</i> 2020;66(2):S84.	МЕТОДЫ
254.	Международная классификация болезней 11-го пересмотра (МКБ-11). Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2019 (https://icd.who.int/ru).	
255.	Здоровье в исправительных учреждениях. Вена: Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности; 2014 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128603/9789289050593-rus.pdf).	БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ ФАКТОРЫ
256.	Ahmadi Gharaei H, Fararouei M., Mirzazadeh, A. et al. The global and regional prevalence of hepatitis C and B co-infections among prisoners living with HIV: a systematic review and meta-analysis. <i>Infect Dis Poverty</i> 2021;10:93.	
257.	Sander G, Shirley-Beavan S, Stone K. The global state of harm reduction in prisons. <i>J Correct Health Care.</i> 2019;25(2):105–20.	РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА
258.	Fazel S, Bains P, Doll H. Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. <i>Addiction.</i> 2006;101(2):181–91.	
259.	Dolan K, Khoei EM, Brentari C, Stevens A. Prisons and drugs: a global review of incarceration, drug use and drug services. Report 12. 2007.	НАБОРЫ ВМЕШАТЕЛЬСТВ
260.	Fazel S, Hayes AJ, Bartellas K, Clerici M, Trestman R. Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. <i>Lancet Psychiatry.</i> 2016;3(9):871–81.	
261.	Минимальные стандартные правила Организации Объединенных Наций в отношении обращения с заключенными (Правила Нельсона Манделы). Генеральная Ассамблея ООН. Семидесятая сессия. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2015 г. (A/RES/70/175, https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N15/443/44/PDF/N1544344.pdf).	ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ УСЛУГ
262.	HIV prevention, testing, treatment, care and support in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2020 (https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Prisons_and_other_closed_settings/20-06330_HIV_update_eBook.pdf).	
263.	HIV/AIDS JUNPo. Progress report of the multistakeholder task team on community-led AIDS responses. Geneva: UNAIDS; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Report_Task_Team_Community_led_AIDS_Responses_EN.pdf).	ПОДРОСТКИ И МОЛОДЕЖЬ
264.	Nguyen VTT, Phan HT, Kato M, Nguyen QT, Le Ai KA, Vo SH, et al. Community-led HIV testing services including HIV self-testing and assisted partner notification services in Vietnam: lessons from a pilot study in a concentrated epidemic setting. <i>J Int AIDS Soc.</i> 2019;22(3):e25301.	РАЗРАБОТКА МЕР
265.	Vannakit R, Janyam S, Linjongrat D, Chanlearn P, Sittikarn S, Pengnonyang S, et al. Give the community the tools and they will help finish the job: key population-led health services for ending AIDS in Thailand. <i>J Int AIDS Soc.</i> 2020;23(6):e25535.	ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ



266. Reza-Paul S, Lazarus L, Maiya R, Venukumar KT, Lakshmi B, Roy A, et al. Delivering community-led integrated HIV and sexual and reproductive health services for sex workers: a mixed methods evaluation of the DIFFER study in Mysore, South India. *PLoS One*. 2019;14(6):e0218654.
267. Phanuphak N, Sungsing T, Jantarapakde J, Pengnonyang S, Trachunthong D, Mingkwanrungruang P, et al. Princess PrEP program: the first key population-led model to deliver pre-exposure prophylaxis to key populations by key populations in Thailand. *Sex Health*. 2018;15(6):542–55.
268. Onovo A, Kalaiwo A, Emmanuel G, Keiser O. Community-led index case testing: a promising strategy to improve HIV diagnosis and linkage to care in partners of key populations in Nigeria. Available at SSRN 3872626 (accessed 24 June 2022).
269. Stardust Z, Kolstee J, Joksic S, Gray J, Hannan S. A community-led, harm-reduction approach to chemsex: case study from Australia’s largest gay city. *Sex Health*. 2018;15(2):179–81.
270. Lillie TA, Persaud NE, DiCarlo MC, Gashobotse D, Kamali DR, Cheron M, et al. Reaching the unreached: performance of an enhanced peer outreach approach to identify new HIV cases among female sex workers and men who have sex with men in HIV programs in West and Central Africa. *Plos One*. 2019;14(4):e0213743.
271. Руководство по тестированию на гепатиты В и С. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/260130>).
272. Task shifting : rational redistribution of tasks among health workforce teams : global recommendations and guidelines. Geneva: World Health Organization; 2008 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43821>).
273. Task sharing to improve access to Family Planning/Contraception. Summary brief. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/259633>).
274. Updated recommendations on treatment of adolescents and children with chronic HCV infection: policy brief. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/357085>).
275. Механизм комплексного ориентированного на людей медицинского обслуживания. Доклад Секретариата ВОЗ на шестьдесят девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-ru.pdf).
276. Integrated care models: an overview. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf).
277. Integration of HIV testing and linkage in family planning and contraception services: implementation brief. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/346345>).
278. International AIDS Society [website]. Geneva; 2021 (<https://www.iasociety.org/>).
279. Hightow-Weidman L, Muessig K, Claude K, Roberts J, Zlotorzynska M, Sanchez T. Maximizing digital interventions for youth in the midst of covid-19: lessons from the adolescent trials network for HIV interventions. *AIDS Behav*. 2020;24(8):2239–43.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



280.	Ames HM, Glenton C, Lewin S, Tamrat T, Akama E, Leon N. Clients' perceptions and experiences of targeted digital communication accessible via mobile devices for reproductive, maternal, newborn, child, and adolescent health: a qualitative evidence synthesis. <i>Cochrane Database Syst Rev.</i> 2019(10).	ВВЕДЕНИЕ
281.	Inhae C, Jiwon K. Effects of mHealth intervention on sexual and reproductive health in emerging adulthood: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. <i>Int J Nurs Stud.</i> 2021;119:103949.	МЕТОДЫ
282.	HIV and young men who have sex with men. Geneva: World Health Organization; 2015 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/179867).	
283.	HIV and young transgender people: a technical brief. Geneva: World Health Organization; 2015 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/179866).	БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ ФАКТОРЫ
284.	HIV and young people who inject drugs: a technical brief. Geneva: World Health Organization; 2015 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/179866).	
285.	Bekker LG, Johnson L, Wallace M, Hosek S. Building our youth for the future. Wiley Online Library; 2015.	РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА
286.	Patel P, Borkowf CB, Brooks JT, Lasry A, Lansky A, Mermin J. Estimating per-act HIV transmission risk: a systematic review. <i>AIDS.</i> 2014;28(10):1509–19.	
287.	Kteily-Hawa R, Hawa AC, Gogolishvili D, Al Akel M, Andruszkiewicz N, Vijayanathan H, et al. Understanding the epidemiological HIV risk factors and underlying risk context for youth residing in or originating from the Middle East and North Africa (MENA) region: a scoping review of the literature. <i>PloS One.</i> 2022;17(1):e0260935.	НАБОРЫ ВМЕШАТЕЛЬСТВ
288.	McLaughlin M, Amaya A, Klevens M, O'Cleirigh C, Batchelder A. A review of factors associated with age of first injection. <i>J Psychoact Drugs.</i> 2020;52(5):412–20.	
289.	Cornell M, Dovel K. Reaching key adolescent populations. <i>Curr Opin HIV AIDS.</i> 2018;13(3):274–80.	ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ УСЛУГ
290.	Young people and HIV. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2021 (https://www.unaids.org/en/resources/documents/2021/young-people-and-hiv).	
291.	Young key populations from Asia and the Pacific claiming their space at the 2021 High-Level Meeting on AIDS 2021. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2021/june/20210611_young-key-populations-asia-pacific).	ПОДРОСТКИ И МОЛОДЕЖЬ
292.	Weinstock HS, Kreisel KM, Spicknall IH, Chesson HW, Miller WC. STI Prevalence, incidence, and costs in the United States: new estimates, new approach. <i>Sex Transm Dis.</i> 2021;48(4):207.	
293.	Report on sexually transmitted infections in Canada, 2017. Public Health Agency of Canada; 2019.	РАЗРАБОТКА МЕР
294.	HIV, viral hepatitis and sexually transmissible infections in Australia – annual surveillance report 2018. Kirby Institute; 2020 (https://kirby.unsw.edu.au/report/asr2018).	
295.	Gonorrhoea – Annual epidemiological report for 2018. European Centre for Disease Prevention and Control; 2020 (https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/gonorrhoea-annual-epidemiological-report-2018).	ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ
296.	Chlamydia infection – Annual epidemiological report for 2018. European Centre for Disease Prevention and Control; 2020 (https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/chlamydia-infection-annual-epidemiological-report-2018).	



297. Bao Y, Larney S, Peacock A, Colledge S, Grebely J, Hickman M, et al. Prevalence of HIV, HCV and HBV infection and sociodemographic characteristics of people who inject drugs in China: a systematic review and meta-analysis. *Int J Drug Policy*. 2019;70:87–93.
298. Viral Hepatitis Surveillance – United States 2019; Atlanta: Centres for Disease Control and Prevention; 2021 (<https://www.cdc.gov/hepatitis/statistics/2019surveillance/pdfs/2019HepSurveillanceRpt.pdf>).
299. Degenhardt L, Peacock A, Colledge S, Leung J, Grebely J, Vickerman P, et al. Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: a multistage systematic review. *Lancet Glob Health*. 2017;5(12):e1192–e207.
300. Ie SI, Turyadi, Sidarta E, Sathewa A, Purnomo GA, Soedarmono YS, et al. High prevalence of hepatitis B virus infection in young adults in Ternate, Eastern Indonesia. *Am J Trop Med Hyg*. 2015;93(6):1349–55.
301. Shannon CL, Klausner JD. The growing epidemic of sexually transmitted infections in adolescents: a neglected population. *Curr Opin Pediatr*. 2018;30(1):137.
302. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, Ross DA, Afifi R, Allen NB, et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet*. 2016;387(10036):2423–78.
303. Ramadhani HO, Crowell TA, Nowak RG, Ndembu N, Kayode BO, Kokogho A, et al. Association of age with healthcare needs and engagement among Nigerian men who have sex with men and transgender women: cross-sectional and longitudinal analyses from an observational cohort. *J Int AIDS Soc*. 2020;23:e25599.
304. Rucinski KB, Schwartz SR, Mishra S, Phaswana-Mafuya N, Diouf D, Mothopeng T, et al. High HIV prevalence and low HIV-service engagement among young women who sell sex: a pooled analysis across 9 Sub-Saharan African countries. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2020;85(2):148–55.
305. Ninsiima LR, Chiumia IK, Ndejjo R. Factors influencing access to and utilisation of youth-friendly sexual and reproductive health services in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Reprod Health*. 2021;18(1):1–17.
306. Chong LSH, Kerklaan J, Clarke S, Kohn M, Baumgart A, Guha C, Tunnicliffe DJ, Hanson CS, Craig JC, Tong A. Experiences and Perspectives of Transgender Youths in Accessing Health Care: A Systematic Review. *JAMA Pediatr*. 2021 Nov 1;175(11):1159–1173. doi: 10.1001/jamapediatrics.2021.2061. PMID: 34279538.
307. Assessment of barriers to accessing health services for disadvantaged adolescents in Nigeria. Brazzaville. WHO Regional Office for Africa; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/324926>).
308. Assessment of barriers to accessing health services for disadvantaged adolescents in Tanzania. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/324924>).
309. Young people and the law in Asia and the Pacific: a review of laws and policies affecting young people’s access to sexual and reproductive health and HIV services. New York: UNESCO; 2013 (<https://asiapacific.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Young%20people%20and%20the%20Law%20in%20Asia%20and%20the%20Pacific%202013.pdf>).
310. Barr-DiChiara M, Tembo M, Harrison L, Quinn C, Ameyan W, Sabin K, et al. Adolescents and age of consent to HIV testing: an updated review of national policies in sub-Saharan Africa. *BMJ Open*. 2021;11(9):e049673.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



311. Robert K, Maryline M, Jordan K, Lina D, Helgar M, Annrita I, et al. Factors influencing access of HIV and sexual and reproductive health services among adolescent key populations in Kenya. *Int J Public Health*. 2020;65(4):425–32.
312. Shabani O, Moleki MM, Thupayagale-Tshweneagae GG. Individual determinants associated with utilisation of sexual and reproductive health care services for HIV and AIDS prevention by male adolescents. *Curationis*. 2018;41(1):1–6.
313. Delany-Moretlwe S, Cowan FM, Busza J, Bolton-Moore C, Kelley K, Fairlie L. Providing comprehensive health services for young key populations: needs, barriers and gaps. *J Int AIDS Soc*. 2015;18:19833.
314. Guidance on ethical considerations in planning and reviewing research studies on sexual and reproductive health in adolescents. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/273792>).
315. Handbook for conducting an adolescent health services barriers assessment (AHSBA) with a focus on disadvantaged adolescents. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/310990>).
316. Research for and AIDS free generation: a global research agenda for adolescents living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/258519>).
317. Collecting and reporting of sex- and age-disaggregated data on adolescents at the sub-national level. New City: UNICEF; 2016 (<https://data.unicef.org/resources/collecting-reporting-sex-age-disaggregated-data-adolescents-sub-national-level>).
318. Global consensus statement: meaningful adolescent and youth engagement. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://pmnch.who.int/resources/publications/m/item/global-consensus-statement-on-meaningful-adolescent-and-youth-engagement>).
319. Global Network of Young People living with HIV (Y+ Global). A guideline for organisations on the meaningful and ethical engagement of young people living with HIV in the HIV response. 2022.
320. Global Consensus Statement on Meaningful Adolescent and Youth Engagement. Geneva: PMNCH; 2020 (<https://pmnch.who.int/resources/publications/m/item/global-consensus-statement-on-meaningful-adolescent-and-youth-engagement>).
321. Young people’s participation in community-based responses to HIV — from passive beneficiaries to active agents of change. Geneva: UNAIDS; 2019 (<https://www.aidsdatahub.org/resource/young-people-s-participation-community-based-responses-hiv-passive-beneficiaries-active>).
322. Adolescent friendly health services for adolescents living with HIV: from theory to practice, December 2019: a technical brief. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/329993>).
323. World Health Organization, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Global standards for quality health-care services for adolescents: a guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health-care services for adolescents. Geneva: World Health Organization; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/183935>).
324. Improving HIV Service Delivery for Infants, Children and Adolescents: A Framework for Country Programming. New York: UNICEF; 2020 (<https://www.aidsdatahub.org/resource/improving-hiv-service-delivery-infants-children-and-adolescents-framework-country>)

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



325. Conner B. “First, do no harm”: legal guidelines for health programmes affecting adolescents aged 10–17 who sell sex or inject drugs. *J Int AIDS Soc.* 2015;18:19437.
326. O’Farrell M, Corcoran P, Davoren MP. Examining LGBTI+ inclusive sexual health education from the perspective of both youth and facilitators: a systematic review. *BMJ open.* 2021;11(9):e047856.
327. What They Don’t Tell You in Sex Ed! – a resource for transgender and gender diverse communities on sexual and reproductive health. Asia Pacific Transgender Network (APTН); 2021.
328. Международное техническое и программное руководство по внешкольному комплексному сексуальному образованию. Сокращенное издание. Нью-Йорк: Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения; 2020 (https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Out_of_School_CSE_RU_web.pdf).
329. READY to Care: improving health services for young people living with HIV. Global Network of Young People Living with HIV; 2019 (https://www.yplusglobal.org/docs/resources/web_Y-clinic-leaflet-ENG-2018.pdf).
330. Young key populations programming guidelines: inspiration for a new era of SRHR and HIV programming for young key populations in Asia-Pacific. Youth LEAD; 2021 (<https://www.aidsdatahub.org/resource/young-key-populations-programming-guidelines-inspiration-new-era-srhr-and-hiv-programming>).
331. Guidelines for healthcare providers on trans-competent healthcare services for transgender patients. Asia Pacific Transgender Network (APTН); 2020 (<https://weareaptn.org/resource/guidelines-for-healthcare-providers-on-trans-competent-healthcare-services-for-transgender-patients/>).
332. Assessing and supporting adolescents’ capacity for autonomous decision-making in health care settings. Geneva: WHO; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/350208>).
333. Core competencies in adolescent health and development for primary care providers. Geneva: WHO; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/148354>).
334. How to plan and conduct telehealth consultations with children and adolescents and their families. Geneva: WHO; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/148354>).
335. Guidelines to strengthen social service workforce for child protection. New York: UNICEF; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/148354>).
336. Mark D, Lovich R, Walker D, Burdock T, Ronan A, Ameyan W, et al. Providing peer support for adolescents and young people living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/327149>).
337. Looking out for adolescents and youth from key populations. UNICEF East Asia & Pacific; 2019 (<https://www.unicef.org/eap/reports/looking-out-adolescents-and-youth-key-populations>).
338. Руководящие указания по альтернативному уходу за детьми. Генеральная Ассамблея ООН. Сто сорок вторая сессия. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2009 (A/Res/64/142, <https://digitallibrary.un.org/record/673583>).
339. Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!) A manual to facilitate the process of developing national adolescent health strategies and plans. Geneva: WHO; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/330483>).

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТНЫЕ ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ УСЛУГ

ПОДРОСТКИ И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ



340. Online toolkit for adolescents and young key populations. New York: UNICEF; 2021 (<https://www.childrenandaids.org/aykpToolkit>).
341. Strengthening the adolescent component of national HIV programmes through country assessments [Укрепление подросткового компонента национальных программ по ВИЧ посредством проведения страновых оценок]. New York: UNICEF; 2016 (<https://data.unicef.org/resources/guidance-document-strengthening-adolescent-component-national-hiv-programmes-country-assessments/>).
342. School-based violence prevention: a practical handbook. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/324930>).
343. INSPIRE handbook: Action for implementing the seven strategies for ending violence against children. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/272996>).
344. Jones T, Cornu C, Liu Y. Bringing it out in the open: monitoring school violence based on sexual orientation, gender identity or gender expression in national and international surveys. 2019.
345. Embrace diversity and protect trans and gender diverse children and adolescents [press release]. UN Human Rights Office; 16 May 2017 (<https://www.ohchr.org/en/press-releases/2017/05/embrace-diversity-and-protect-trans-and-gender-diverse-children-and>).
346. Caring for women subjected to violence: a WHO curriculum for training health-care providers. Geneva: World Health Organization; 2019.
347. Reproductive rights are human rights: a handbook for national human rights institutions Geneva: Office of High Commissioner on Human Rights; 2014 (<https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/NHRIHandbook.pdf>).
348. Family planning for adolescents and women at high risk for HIV. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/family-planning-for-adolescents-and-women-at-high-risk-for-hiv>).
349. Actions for improved clinical and prevention services and choices: preventing HIV and other sexually transmitted infections among women and girls using contraceptive services in contexts with high HIV incidence. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332287>).
350. Laurenzi CA, du Toit S, Ameyan W, Melendez-Torres G, Kara T, Brand A, et al. Psychosocial interventions for improving engagement in care and health and behavioural outcomes for adolescents and young people living with HIV: a systematic review and meta-analysis. J Int AIDS Soc. 2021;24(8):e25741.
351. WHO guideline on school health services. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/341910>).
352. Making every school a health-promoting school – implementation guidance. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/341908>).
353. The right to housing of LGBT youth: an urgent task in the SDG agenda setting. Geneva: United Nations Human Rights Council; 2019 (<https://www.ohchr.org/en/statements/2019/08/right-housing-lgbt-youth-urgent-task-sdg-agenda-setting>).
354. Free and equal: LGBTIQ+ Youth Homelessness. Fact sheet. Office of High Commissioner on Human Rights; 2020.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



355. Food systems for children and adolescents: working together to secure nutritious diets. New York: UNICEF; 2019 (<https://www.unicef.org/media/94086/file/Food-systems-brochure.pdf>).
356. Carducci B, Oh C, Roth DE, Neufeld LM, Frongillo EA, L'Abbe MR, et al. Gaps and priorities in assessment of food environments for children and adolescents in low-and middle-income countries. *Nature Food*. 2021;2(6):396–403.
357. Transitions from school to work. New York: UNICEF; 2019 (<https://www.unicef.org/media/60366/file/Transitions-from-school-to-work-2019.pdf>).
358. Recommended population size estimates of men who have sex with men. Geneva: World Health Organization; 2020.
359. World Health Organization, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Recommended population size estimates of men who have sex with men. Geneva: World Health Organization; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020-recommended-population-size-estimates-of-men-who-have-sex-with-men_en.pdf).
360. Rapid assessment and response adaptation guide on HIV and men who have sex with men. Geneva: WHO; 2002 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/70942>).
361. The rapid assessment and response guide on injecting drug use (IDU-RAR). Geneva: WHO; 1998 (https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/IDU_rapid_ass_and_resp_guide.pdf).
362. Руководство по СЕКС-ЭОР. Употребление психоактивных веществ и рискованное сексуальное поведение: руководство по экспресс-оценке и реагированию (ЭОР). Женева: ВОЗ; 2002 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/85373>).
363. Rapid assessment and response adaptation guide for work with especially vulnerable young people. Geneva: WHO; 2004 (https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/IDU_rapid_ass_and_resp_guide.pdf).
364. HIV in prisons: Situation and needs assessment toolkit. Vienna: UNODC; 2010 (https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/HIV_in_prisons_situation_and_needs_assessment_document.pdf).
365. Considerations in planning and budgeting for a key population trusted access. Geneva: Global HIV Prevention Coalition; 2020 (https://hivpreventioncoalition.unaids.org/wp-content/uploads/2020/04/Budget-Considerations-for-KP-Trusted-Access-Platforms_final.pdf).
366. Establishing community-led monitoring of HIV services – Principles and process. Geneva: UNAIDS; 2021 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2021/establishing-community-led-monitoring-hiv-services>).
367. Tool to set and monitor targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: WHO; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/177992>).
368. Сводное руководство по стратегической информации о вирусных гепатитах: планирование и мониторинг прогресса на пути к элиминации. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/329687>).
369. Consolidated guidelines on person-centred HIV patient monitoring and case surveillance. Geneva: WHO; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/255702>).
370. Сводное руководство по стратегической информации о ВИЧ: направленное воздействие программ мониторинга и управления. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2022 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/350982>).

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТНЫЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



371. Стратегии и лабораторные методы для усиления эпиднадзора за инфекциями, передаваемыми половым путем. 2012 г. Женева: ВОЗ; 2014 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75729/9789244504475_rus.pdf)
372. Interim guidance for country validation of viral hepatitis elimination. Geneva: WHO; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/341652>).
373. Higgins JP, Altman DG, Gøtzsche PC, Jüni P, Moher D, Oxman AD, et al. The Cochrane Collaboration’s tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*. 2011;343.
374. Sterne JA, Hernán MA, Reeves BC, Savović J, Berkman ND, Viswanathan M, et al. ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions. *BMJ*. 2016;355:i4919.
375. Desrosiers A, Levy M, Dright A, Zumer M, Jallah N, Kuo I, et al. A randomized controlled pilot study of a culturally-tailored counseling intervention to increase uptake of HIV pre-exposure prophylaxis among young black men who have sex with men in Washington, DC. *AIDS Behav*. 2019;23(1):105–15.
376. DiClemente RJ, Davis TL, Swartzendruber A, Fasula AM, Boyce L, Gelaude D, et al. Efficacy of an HIV/STI sexual risk-reduction intervention for African American adolescent girls in juvenile detention centers: a randomized controlled trial. *Women Health*. 2014;54(8):726–49.
377. L’Engle KL, Mwarogo P, Kingola N, Sinkele W, Weiner DH. A randomized controlled trial of a brief intervention to reduce alcohol use among female sex workers in Mombasa, Kenya. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2014;67(4):446–53.
378. Hao C, Huan X, Yan H, Yang H, Guan W, Xu X, et al. A randomized controlled trial to evaluate the relative efficacy of enhanced versus standard voluntary counseling and testing on promoting condom use among men who have sex with men in China. *AIDS Behav*. 2012;16(5):1138–47.
379. El-Bassel N, Gilbert L, Wu E, Witte SS, Chang M, Hill J, et al. Couple-based HIV prevention for low-income drug users from New York City: a randomized controlled trial to reduce dual risks. *J Acquir Immune Defic Syndr (1999)*. 2011;58(2):198.
380. El-Bassel N, Gilbert L, Terlikbayeva A, Beyrer C, Wu E, Chang M, et al. Effects of a couple-based intervention to reduce risks for HIV, HCV, and STIs among drug-involved heterosexual couples in Kazakhstan: a randomized controlled trial. *J Acquir Immune Defic Syndr (1999)*. 2014;67(2):196.
381. El-Bassel N, Gilbert L, Goddard-Eckrich D, Chang M, Wu E, Hunt T, et al. Efficacy of a group-based multimedia HIV prevention intervention for drug-involved women under community supervision: Project WORTH. *PloS One*. 2014;9(11):e111528.
382. Strathdee SA, Abramovitz D, Lozada R, Martinez G, Rangel MG, Vera A, et al. Reductions in HIV/STI incidence and sharing of injection equipment among female sex workers who inject drugs: results from a randomized controlled trial. *PloS One*. 2013;8(6):e65812.
383. Eaton LA, Kalichman SC, Kalichman MO, Driffin DD, Baldwin R, Zohren L, et al. Randomised controlled trial of a sexual risk reduction intervention for STI prevention among men who have sex with men in the USA. *Sex Transm Infect*. 2018;94(1):40–5.
384. Johnson A, Macgowan R, Eldridge G, Morrow K, Sosman J, Zack B, et al. Cost and threshold analysis of an HIV/STI/hepatitis prevention intervention for young men leaving prison: Project START. *AIDS Behav*. 2013;17(8):2676–84.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



385. Burgos JL, Patterson TL, Graff-Zivin JS, Kahn JG, Rangel MG, Lozada MR, et al. Cost-effectiveness of combined sexual and injection risk reduction interventions among female sex workers who inject drugs in two very distinct Mexican border cities. *PloS One*. 2016;11(2):e0147719.
386. Stephenson R, Todd K, Kahle E, Sullivan SP, Miller-Perusse M, Sharma A, et al. Project Moxie: results of a feasibility study of a telehealth intervention to increase HIV testing among binary and nonbinary transgender youth. *AIDS Behav*. 2020;24(5):1517–30.
387. Moitra E, van den Berg JJ, Sowemimo-Coker G, Chau S, Nunn A, Chan PA. Open pilot trial of a brief motivational interviewing-based HIV pre-exposure prophylaxis intervention for men who have sex with men: preliminary effects, and evidence of feasibility and acceptability. *AIDS Care*. 2020 Mar;32(3):406–410.
388. United Nations Independent Expert on protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity. Report on conversion therapy. 2020.
389. Velloza J, Kapogiannis B, Bekker L-G, Celum C, Hosek S, Delany-Moretlwe S, et al. Interventions to improve daily medication use among adolescents and young adults: what can we learn for youth pre-exposure prophylaxis services? *AIDS*. 2021;35(3):463.
390. Schreck B, Victorri-Vigneau C, Guerlais M, Laforgue E, Grall-Bronnec M. Slam practice: a review of the literature. *European Addiction Research*. 2021;27(3):161–78.
391. McCall H, Adams N, Mason D, Willis J. What is chemsex and why does it matter? *BMJ*. 2015 Nov 3;351:h5790.
392. Chemsex and harm reduction for gay men and other men who have sex with men: Briefing Note. London: Harm Reduction International; 2021 (<https://hri.global/publications/chemsex-and-harm-reduction-for-gay-men-and-other-men-who-have-sex-with-men/>).
393. Maxwell S, Shahmanesh M, Gafos M. Chemsex behaviours among men who have sex with men: a systematic review of the literature. *Int J Drug Policy*. 2019;63:74–89.
394. APCOM. A qualitative scoping review of sexualized drug use (including Chemsex) of men who have sex with men and transgender women in Asia; 2021 (<https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/resource/apcom-qualitative-scoping-review-sexualised-drug-use-including-chemsex-2021.pdf>).
395. Pakianathan M, Whittaker W, Lee M, Avery J, Green S, Nathan B, et al. Chemsex and new HIV diagnosis in gay, bisexual and other men who have sex with men attending sexual health clinics. *HIV Med*. 2018;19(7):485–90.
396. Pakianathan M-WW, Lee MJ, Avery J, Green S, Nathan B, Hegazi A. Chemsex and new HIV diagnosis in gay, bisexual and other men who have sex with men attending sexual health clinics. *HIV Med*. 2018;19(7):485–90.
397. Tomkins A, George R, Kliner M. Sexualised drug taking among men who have sex with men: a systematic review. *Perspect Public Health*. 2019;139(1):23–33.
398. Bourne A, Reid D, Hickson F, Torres-Rueda S, Steinberg P, Weatherburn P. “Chemsex” and harm reduction need among gay men in South London. *Int J Drug Policy*. 2015;26(12):1171–6.
399. Herrijgers C, Poels K, Vandebosch H, Platteau T, van Lankveld J, Florence E. Harm reduction practices and needs in a Belgian chemsex context: findings from a qualitative study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(23):9081.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТНЫЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



400. Tomkins A, Vivancos R, Ward C, Kliner M. How can those engaging in chemsex best be supported? An online survey to gain intelligence in Greater Manchester. *Int J STD AIDS*. 2018;29(2):128–34.
401. Bedi A, Sewell C, Fitzpatrick C. Peer-led education may be an effective harm reduction strategy for men who have sex with men engaging in ‘chemsex’. *Int J STD AIDS*. 2020;31(4):392–3.
402. Tan RKJ, Wong CM, Mark I, Chen C, Chan YY, Ibrahim MAB, et al. Chemsex among gay, bisexual, and other men who have sex with men in Singapore and the challenges ahead: a qualitative study. *Int J Drug Policy*. 2018;61:31–7.
403. Tang W, Wei C, Cao B, Wu D, Li KT, Lu H, et al. Crowdsourcing to expand HIV testing among men who have sex with men in China: a closed cohort stepped wedge cluster randomized controlled trial. *PLoS medicine*. 2018;15(8):1–19.
404. Zhu X, Zhang W, Operario D, Zhao Y, Shi A, Zhang Z, et al. Effects of a mobile health intervention to promote HIV self-testing with MSM in China: a randomized controlled trial. *AIDS Behav*. 2019;23(11):3129–39.
405. Lampkin D, Crawley A, Lopez TP, Mejia CM, Yuen W, Levy V. Reaching suburban men who have sex with men for STD and HIV services through online social networking outreach: a public health approach. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2016;72(1):73–8.
406. Horvath KJ, Lammert S, Danh T, Mitchell JW. The Feasibility, Acceptability and Preliminary Impact of Mobile Application to Increase Repeat HIV Testing Among Sexual Minority Men. *AIDS Behav*. 2020 Jun;24(6):1835–1850.
407. Horvath KJ, Lammert S, MacLehose RF, Danh T, Baker JV, Carrico AW. A pilot study of a mobile app to support HIV antiretroviral therapy adherence among men who have sex with men who use stimulants. *AIDS Behav*. 2019;23(11):3184–98.
408. Kuo I, Liu T, Patrick R, Trezza C, Bazerman L, Uhrig Castonguay BJ, et al. Use of an mHealth intervention to improve engagement in HIV community-based care among persons recently released from a correctional facility in Washington, DC: a pilot study. *AIDS Behav*. 2019;23(4):1016–31.
409. Songtaweessin WN, Kawichai S, Phanuphak N, Cressey TR, Wongharn P, Saisaengjan C, et al. Youth-friendly services and a mobile phone application to promote adherence to pre-exposure prophylaxis among adolescent men who have sex with men and transgender women at-risk for HIV in Thailand: a randomized control trial. *J Int AIDS Soc*. 2020;23(5):e25564.
410. Young JD, Patel M, Badowski M, Mackesy-Amiti ME, Vaughn P, Shicker L, et al. Improved virologic suppression with HIV subspecialty care in a large prison system using telemedicine: an observational study with historical controls. *Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America*. 2014;59(1):123–6.
411. Arayasirikul S, Turner C, Trujillo D, Le V, Wilson EC. Efficacy and impact of digital HIV care navigation in young people living with HIV in San Francisco, California: prospective study. *JMIR mHealth and uHealth*. 2020;8(5):e18597–e.
412. Brantley AD, Page KM, Zack B, Friedrich KR, Wendell D, Robinson WT, et al. Making the connection: using videoconferencing to increase linkage to care for incarcerated persons living with HIV post-release. *AIDS Behav*. 2019;23:32–40.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



413. Bauermeister JA, Pingel ES, Jadwin-Cakmak L, Harper GW, Horvath K, Weiss G, et al. Acceptability and preliminary efficacy of a tailored online HIV/STI testing intervention for young men who have sex with men: the Get Connected! program. *AIDS Behav.* 2015;19(10):1860–74.
414. Young SD, Cumberland WG, Lee SJ, Jaganath D, Szekeres G, Coates T. Social networking technologies as an emerging tool for HIV prevention: a cluster randomized trial. *Ann Int Med.* 2013;159(5):318–24.
415. Ross C, Shaw S, Marshall S, Stephen S, Bailey K, Cole R, et al. Impact of a social media campaign targeting men who have sex with men during an outbreak of syphilis in Winnipeg, Canada. *Can Commun Dis Rep. (Releve des maladies transmissibles au Canada).* 2016;42(2):45–9.
416. Zhu X, Zhang W, Operario D, Zhao Y, Shi A, Zhang Z, et al. Effects of a mobile health intervention to promote HIV self-testing with MSM in China: a randomized controlled trial. *AIDS Behav.* 2019;23(11):3129–39.
417. Глобальная стратегия в области цифрового здравоохранения на 2020–2025 гг. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2021 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344249/9789240027596-rus.pdf>).
418. Ross C, Shaw S, Marshall S, Stephen S, Bailey K, Cole R, et al. Update on STIs: impact of a social media campaign targeting men who have sex with men during an outbreak of syphilis in Winnipeg, Canada. *Canada Commun Dis Rep.* 2016;42(2):45.
419. FHI360. Going Online: a budgeting and programming aid for virtual HIV interventions. Durham (NC): FHI360; 2021.
420. Alarcón Gutiérrez M, Fernández Quevedo M, Martín Valle S, Jacques-Aviñó C, Díez David E, Caylà JA, et al. Acceptability and effectiveness of using mobile applications to promote HIV and other STI testing among men who have sex with men in Barcelona, Spain. *Sex Transm Infect.* 2018;94(6):443–8.
421. Ybarra M, Nyemara N, Mugisha F, Garofalo R. Opportunities to Harness Technology to Deliver HIV Prevention / Healthy Sexuality Programming to Sexual and Gender Minority Adults Living in East Africa. *AIDS Behav.* 2021 Apr;25(4):1120-1128.
422. Cao B, Zhao P, Bien C, Pan S, Tang W, Watson J, et al. Linking young men who have sex with men (YMSM) to STI physicians: a nationwide cross-sectional survey in China. *BMC Infect Dis.* 2018;18(1):1–8.
423. Ventuneac A, John SA, Whitfield THF, Mustanski B, Parsons JT. Preferences for sexual health smartphone app features among gay and bisexual men. *AIDS Behav.* 2018;22(10):3384–94.
424. Fontenot HB, Rosenberger JG, McNair KT, Mayer KH, Zimet G. Perspectives and preferences for a mobile health tool designed to facilitate HPV vaccination among young men who have sex with men. *Hum Vaccin Immunother.* 2019;15(7–8):1815–23.
425. Balán IC, Lopez-Rios J, Nayak S, Lentz C, Arumugam S, Kutner B, et al. SMARTtest: a smartphone app to facilitate HIV and syphilis self- and partner-testing, interpretation of results, and linkage to care. *AIDS Behav.* 2019;24(5):1560–73.
426. Brennan DJ, Souleymanov R, Lachowsky N, Betancourt G, Pugh D, McEwen O. Providing online-based sexual health outreach to gay, bisexual, and queer men in Ontario, Canada: qualitative interviews with multisectoral frontline service providers and managers. *AIDS Patient Care STDs.* 2018;32(7):282–7.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



427. Fantus S, Souleymanov R, Lachowsky NJ, Brennan DJ. The emergence of ethical issues in the provision of online sexual health outreach for gay, bisexual, two-spirit and other men who have sex with men: perspectives of online outreach workers. *BMC Med Ethics*. 2017;18(1):59–70.
428. Recommendations on digital interventions for health system strengthening. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/311941>).
429. FHI360. A vision for going online to accelerate the impact of HIV programs. Washington DC, USA: FHI360; 2019.
430. Cunningham WE, Weiss RE, Nakazono T, Malek MA, Shoptaw SJ, Ettner SL, et al. Effectiveness of a peer navigation intervention to sustain viral suppression among HIV-positive men and transgender women released from jail: the LINK LA randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*. 2018;178(4):542–53.
431. Reback CJ, Kisler KA, Fletcher JB. A novel adaptation of peer health navigation and contingency management for advancement along the HIV care continuum among transgender women of color. *AIDS Behav*. 2021;25(1): 40–51.
432. Kerrigan D, Barrington C, Donastorg Y, Perez M, Galai N. Abriendo Puertas: feasibility and effectiveness a multi-level intervention to improve HIV outcomes among female sex workers living with HIV in the Dominican Republic. *AIDS Behav*. 2016;20(9):1919–27.
433. Micheni M, Kombo BK, Secor A, Simoni JM, Operario D, van der Elst EM, et al. Health provider views on improving antiretroviral therapy adherence among men who have sex with men in coastal Kenya. *AIDS Patient Care STDs*. 2017;31(3):113–21.
434. Pitpitan EV, Mittal ML, Smith LR. Perceived need and acceptability of a community-based peer navigator model to engage key populations in HIV care in Tijuana, Mexico. *J Int Assoc Provid AIDS Care (JIAPAC)*. 2020;19:2325958220919276.
435. Руководство по скринингу, оказанию помощи и лечению при хронической инфекции, вызванной вирусом гепатита С. Обновленная версия, апрель 2016 г. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/343997>).
436. Grebely J, Page K, Sacks-Davis R, van der Loeff MS, Rice TM, Bruneau J, et al. The effects of female sex, viral genotype, and IL28B genotype on spontaneous clearance of acute hepatitis C virus infection. *Hepatology*. 2014;59(1):109–20.
437. Hellard M, Sacks-Davis R, Doyle J. Hepatitis C elimination by 2030 through treatment and prevention: think global, act in local networks. *J Epidemiol Community Health*. 2016;70(12):1151–4.
438. Falade-Nwulia O, Sulkowski MS, Merkow A, Latkin C, Mehta SH. Understanding and addressing hepatitis C reinfection in the oral direct-acting antiviral era. *J Viral Hepat*. 2018;25(3):220–7.
439. EASL recommendations on treatment of hepatitis C: final update of the series. *J Hepatol*. 2020;73(5):1170–218.
440. Chaillon A, Mehta SR, Hoenigl M, Solomon SS, Vickerman P, Hickman M, et al. Cost-effectiveness and budgetary impact of HCV treatment with direct-acting antivirals in India including the risk of reinfection. *PloS One*. 2019;14(6):e0217964.
441. Castry M, Cousien A, Supervie V, Velter A, Ghosn J, Paltiel AD, Yazdanpanah Y, Deuffic-Burban S. Impact of test-and-treat and risk reduction strategies on HCV transmission among MSM living with HIV in France: a modelling approach. *Gut*. 2020 Oct 27:gutjnl-2020-321744.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



442. Castry M, Cousien A, Supervie V, Velter A, Ghosn J, Paltiel AD, et al. Impact of test-and-treat and risk reduction strategies on HCV transmission among MSM living with HIV in France: a modelling approach. *Gut*. 2021;70(8):1561–9.
443. Martinello M, Orkin C, Cooke G, Bhagani S, Gane E, Kulasegaram R, et al. Short-duration pan-genotypic therapy with glecaprevir/pibrentasvir for 6 weeks among people with recent hepatitis C viral infection. *Hepatology*. 2020;72(1):7–18.
444. Pawlotsky J-M, Negro F, Aghemo A, Berenguer M, Dalgard O, Dusheiko G, et al. EASL recommendations on treatment of hepatitis C: final update of the series. *J Hepatol*. 2020;73(5):1170–218.
445. Ghany MG, Morgan TR, panel AlhCg. Hepatitis C guidance 2019 update: American Association for the Study of Liver Diseases–Infectious Diseases Society of America: Recommendations for testing, managing, and treating hepatitis C virus infection. *Hepatology*. 2020;71(2):686–721.
446. Gómez-Ayerbe C, Palacios R, Ríos MJ, Téllez F, Sayago C, Martín-Aspas A, et al. Acute hepatitis C virus infection and direct-acting antiviral drugs: perfect combination to eliminate the epidemic? *Int J STD & AIDS*. 2021:09564624211033756.
447. Boesecke C, Nelson M, Ingiliz P, Lutz T, Scholten S, Cordes C, et al., editors. Can't buy me love? Obstacles to microelimination of acute HCV coinfection in Europe. In: Twenty-sixth conference on retroviruses and opportunistic infections; 2019.
448. Chromy D, Mandorfer M, Bucsecs T, Schwabl P, Scheiner B, Schmidbauer C, et al. High efficacy of interferon-free therapy for acute hepatitis C in HIV-positive patients. *United Eur Gastroenterol J*. 2019;7(4):507–16.
449. Cannon L, Dhillon R, A T, Teo S, Garner A, Ward C, et al. Hepatitis C infection and treatment outcomes in the DAA era. *HIV Med*. 2020;21:51.
450. Cotte L, Hocqueloux L, Lefebvre M, Pradat P, Bani-Sadr F, Huleux T, Poizot-Martin I, Pugliese P, Rey D, Cabié A; Dat'AIDS Study Group. Microelimination or Not? The Changing Epidemiology of Human Immunodeficiency Virus-Hepatitis C Virus Coinfection in France 2012-2018. *Clin Infect Dis*. 2021 Nov 2;73(9):e3266-e3274.
451. Garvey LJ, Cooke GS, Smith C, Stingone C, Ghosh I, Dakshina S, et al. Decline in hepatitis C virus (HCV) incidence in men who have sex with men living with human immunodeficiency virus: progress to HCV microelimination in the United Kingdom? *Clin Infect Dis*. 2020;72(2):233–8.
452. Girometti N, Devitt E, Phillips J, Nelson M, Whitlock G. High rates of unprotected anal sex and use of generic direct-acting antivirals in a cohort of MSM with acute HCV infection. *J Viral Hepat*. 2019;26(6):627–34.
453. Huang MH, Chang SY, Liu CH, Cheng A, Su LH, Liu WC, et al. HCV reinfections after viral clearance among HIV-positive patients with recent HCV infection in Taiwan. *Liver Int*. 2019;39(10):1860–7.
454. Naggie S, Fierer DS, Hughes MD, Kim AY, Luetkemeyer A, Vu V, et al. Ledipasvir/sofosbuvir for 8 weeks to treat acute hepatitis C virus infections in men with human immunodeficiency virus infections: sofosbuvir-containing regimens without interferon for treatment of acute HCV in HIV-1 infected individuals. *Clin Infect Dis*. 2019;69(3):514–22.
455. Braun DL, Hampel B, Ledergerber B, Grube C, Nguyen H, Künzler-Heule P, et al. A treatment-as-prevention trial to eliminate hepatitis C among men who have sex with men living with human immunodeficiency virus (HIV) in the Swiss HIV cohort study. *Clin Infect Dis*. 2021;73(7):e2194–e202.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТНЫЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



456. Matthews GV, Bhagani S, Van der Valk M, Rockstroh J, Feld JJ, Rauch A, Thurnheer C, Bruneau J, Kim A, Hellard M, Shaw D, Gane E, Nelson M, Ingiliz P, Applegate TL, Grebely J, Marks P, Martinello M, Petoumenos K, Dore GJ; REACT study group; Protocol Steering Committee; Coordinating Centre; Site Principal Investigators. Sofosbuvir/velpatasvir for 12 vs. 6 weeks for the treatment of recently acquired hepatitis C infection. *J Hepatol.* 2021 Oct;75(4):829-839.
457. Latham NH, Doyle JS, Palmer AY, Vanhommerig JW, Agius P, Goutzamanis S, et al. Staying hepatitis C negative: a systematic review and meta-analysis of cure and reinfection in people who inject drugs. 2019;39(12):2244–60.
458. Palaniswami PM, El Sayed A, Asriel B, Carollo JR, Fierer DS, editors. Ledipasvir and sofosbuvir in the treatment of early hepatitis C virus infection in HIV-infected men. *Open Forum Infect Dis.* 2018; Oxford University Press US.
459. Bethea ED, Chen Q, Hur C, Chung RT, Chhatwal J. Should we treat acute hepatitis C? A decision and cost-effectiveness analysis. *Hepatology (Baltimore, Md).* 2018;67(3):837–46.
460. Liu Y, Zhang H, Zhang L, Zou X, Ling L. Economic evaluation of hepatitis C treatment extension to acute infection and early-stage fibrosis among patients who inject drugs in developing countries: a case of China. *Int J Environm Res Public Health.* 2020;17(3).
461. Mukherjee S, Colby D, Ramautarsing R, Popping S, Sriplienchan S, Chinbunchorn T, et al. Expanding reimbursement of immediate treatment using direct acting antivirals to reduce hepatitis C incidence among HIV positive men who have sex with men in Bangkok, Thailand: a cost effectiveness modelling study. *J Virus Erad.* 2021;7(2):100042.
462. Popping S, Hullegie SJ, Boerekamps A, Rijnders BJA, de Knecht RJ, Rockstroh JK, et al. Early treatment of acute hepatitis C infection is cost-effective in HIV-infected men-who-have-sex-with-men. *PLoS One.* 2019;14(1):e0210179.
463. ВОЗ «Гепатит». [веб-сайт]. В: ВОЗ/Вопросы здравоохранения. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2022 (https://www.who.int/ru/health-topics/hepatitis#tab=tab_1).
464. Unemo M, Jensen JS. Antimicrobial-resistant sexually transmitted infections: gonorrhoea and *Mycoplasma genitalium*. *Nat Rev Urol.* 2017;14(3):139–52.
465. Cristillo AD, Bristow CC, Torrone E, Dillon JA, Kirkcaldy RD, Dong H, et al. Antimicrobial resistance in *Neisseria Gonorrhoeae*: proceedings of the STAR sexually transmitted infection-clinical trial group programmatic meeting. *Sex Transm Dis.* 2019;46(3):e18–e25.
466. Barbee LA, Dombrowski JC, Kerani R, Golden MR. Effect of nucleic acid amplification testing on detection of extragenital gonorrhea and chlamydial infections in men who have sex with men sexually transmitted disease clinic patients. *Sex Transm Dis.* 2014;41(3):168–72.
467. van Liere GA, van Rooijen MS, Hoebe CJ, Heijman T, de Vries HJ, Dukers-Muijers NH. Prevalence of and factors associated with rectal-only chlamydia and gonorrhoea in women and in men who have sex with men. *PLoS One.* 2015;10(10):e0140297.
468. Gunn RA, O'Brien CJ, Lee MA, Gilchick RA. Gonorrhea screening among men who have sex with men: value of multiple anatomic site testing, San Diego, California, 1997–2003. *Sex Transm Dis.* 2008;35(10):845–8.
469. Wi TE, Ndowa FJ, Ferreyra C, Kelly-Cirino C, Taylor MM, Toskin I, et al. Diagnosing sexually transmitted infections in resource-constrained settings: challenges and ways forward. *J Int AIDS Soc.* 2019;22(S6):e25343.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ



470. Aboud L, Xu Y, Chow EP, Wi T, Baggaley R, Mello MB, et al. Diagnostic accuracy of pooling urine, anorectal, and oropharyngeal specimens for the detection of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae*: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med.* 2021;19(1):1–11.
471. Thammajaruk N, Promthong S, Posita P, Chumseng S, Nampaisan O, Srivachiraroj P, et al. Pooled oropharyngeal, rectal and urine samples for the point-of-care detection of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* by lay-providers in key population-led health services in Thailand. *J Int Aids Soc.* 2020;23:115–6.
472. Sultan B, White JA, Fish R, Carrick G, Brima N, Copas A, et al. The “3 in 1” study: pooling self-taken oropharyngeal, urethral, and rectal samples into a single sample for analysis for detection of *Neisseria gonorrhoeae* and *Chlamydia trachomatis* in men who have sex with men. *J Clin Microbiol.* 2016;54(3):650–6.
473. Dean JA, Bell SFE, Coffey L, Debattista J, Badman S, Redmond AM, et al. Improved sensitivity from pooled urine, oropharyngeal and rectal specimens when using a molecular assay for the detection of chlamydia and gonorrhoea near point of care. *Sex Transm Infect.* 2020;13:13.
474. Badman SG, Bell SFE, Dean JA, Lemoire J, Coffey L, Debattista J, et al. Reduced sensitivity from pooled urine, oropharyngeal and rectal specimens when using a molecular assay for the detection of chlamydia and gonorrhoea near the point of care. *Sex Health.* 2020;17(1):15–21.
475. Verougstraete N, Verbeke V, De Canniere AS, Simons C, Padalko E, Coorevits L. To pool or not to pool? Screening of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* in female sex workers: pooled versus single-site testing. *Sex Transm Infect.* 2020;96(6):417–21.
476. De Baetselier I, Vuylsteke B, Yaya I, Dagnra A, Diande S, Mensah E, et al. To pool or not to pool samples for sexually transmitted infections detection in men who have sex with men? An evaluation of a new pooling method using the genexpert instrument in West Africa. *Sex Transm Dis.* 2020;47(8):556–61.
477. Wilson JD, Wallace HE, Loftus-Keeling M, Ward H, Davies B, Vargas-Palacios A, et al. Swab-yourself trial with economic monitoring and testing for infections collectively (SYSTEMATIC): Part 2. A diagnostic accuracy, and cost-effectiveness, study comparing rectal, oropharyngeal and urogenital samples analysed individually, versus as a pooled specimen, for the diagnosis of gonorrhoea and chlamydia. *Clin Infect Dis.* 2020;12:12.
478. Chernesky M, Jang D, Martin I, Arias M, Shah A, Smieja M, et al. *Mycoplasma genitalium*, *Chlamydia trachomatis*, and *Neisseria gonorrhoeae* detected with aptima assays performed on self-obtained vaginal swabs and urine collected at home and in a clinic. *Sex Transm Dis.* 2019;46(9):e87–e9.
479. Speers DJ, Chua IJ, Manuel J, Marshall L. Detection of *Neisseria gonorrhoeae* and *Chlamydia trachomatis* from pooled rectal, oropharyngeal and urine specimens in men who have sex with men. *Sex Transm Infect.* 2018;94(4):293–7.
480. Shaw J, Saunders JM, Hughes G. Attitudes to, and experience of, pooled sampling for sexually transmitted infection testing: a web-based survey of English sexual health services. *Int J STD AIDS.* 2018;29(6):547–51.
481. De Baetselier I, Osbak KK, Smet H, Kenyon CR, Crucitti T. Take three, test one: a cross-sectional study to evaluate the molecular detection of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* in pooled oropharyngeal, anorectal and urine samples versus single-site testing among men who have sex with men in Belgium. *Acta Clinica Belgica.* 2020;75(2):91–5.

ВВЕДЕНИЕ

МЕТОДЫ

БЛАГОПРИЯТНЫЕ
ФАКТОРЫ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

НАБОРЫ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ

ПОДРОСТКИ
И МОЛОДЕЖЬ

РАЗРАБОТКА
МЕР

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ

Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г., основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

Государства-члены

Австрия	Италия	Сербия
Азербайджан	Казахстан	Словакия
Албания	Кипр	Словения
Андорра	Кыргызстан	Соединенное Королевство
Армения	Латвия	Таджикистан
Беларусь	Литва	Туркменистан
Бельгия	Люксембург	Турция
Болгария	Мальта	Узбекистан
Босния и Герцеговина	Монако	Украина
Венгрия	Нидерланды (Королевство)	Финляндия
Германия	Норвегия	Франция
Греция	Польша	Хорватия
Грузия	Португалия	Черногория
Дания	Республика Молдова	Чехия
Израиль	Российская Федерация	Швейцария
Ирландия	Румыния	Швеция
Исландия	Сан-Марино	Эстония
Испания	Северная Македония	

Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро

UN City, Marmorvej 51
DK-2100, Copenhagen Ø, Denmark
Тел.: +45 45 33 70 00
Факс: +45 45 33 70 01
Эл. почта: eurocontact@who.int
Веб-сайт: www.who.int/europe

