



**Глобальное исследование**

**Доступность и**

**качество помощи и**

**лечения при ВИЧ-**

**инфекции**

**Украина & Кыргызстан**



**Январь 2020**

## ИНФОРМАЦИЯ О ИТРС

Международная коалиция по готовности к лечению (ИТРС) - это глобальная сеть людей, живущих с ВИЧ, и общественных активистов, работающих над обеспечением всеобщего доступа к оптимальному лечению ВИЧ нуждающихся. Основанная в 2003 году ИТРС активно выступает за доступность лечения по всему миру, ориентируясь на три стратегических направления:

- ▶ Обучение лечению и формирование спроса (#ЛечитьЛюдейПравильно)
- ▶ Интеллектуальная собственность и доступ к лекарствам (#СделатьЛекарстваДоступными)
- ▶ Мониторинг и отслеживаемость сообщества (#СмотретьТоЧтоВажно)

Чтобы узнать больше об ИТРС и нашей работе, посетите [www.itpcglobal.org](http://www.itpcglobal.org).

### О настоящем отчете

Глобальное исследование ИТРС в 2019 г. о доступности лечения, ссылка [здесь](#), сосредоточено на препятствиях на пути к качественной помощи и лечению ВИЧ в 14 странах с низким и средним уровнями доходов, охватывающее семь регионов мира. В данном кратком изложении обобщены результаты нашего совместного исследования, проведенного в период с апреля по декабрь 2018 года, в двух странах Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА): Украине и Кыргызстане.

### Выражение признательности

ИТРС отмечает неустанный труд всех партнерских организаций в реализации мероприятий, описанных в настоящем отчете. Мы выражаем особую благодарность всем людям,

живущим с ВИЧ, медицинским работникам и общественным активистам, которые принимали участие в сборе данных.

ИТРС также признателен за поддержку со стороны Фонда Роберта Карра, фондов «Открытое общество» и Программы «Ликвидация разрыва».

### Региональные и национальные партнеры для Восточной Европы и Центральной Азии

- ИТРСги – Восточная Европа и Центральная Азия
- 100% ЖИЗНИ (ранее известная как Всеукраинская сеть людей, живущих с ВИЧ/СПИДом), Украина
- Партнерская сеть, Кыргызстан

### Координация

**Руководители проектов и исследований:**

Педро Гарсия  
*Менеджер ИТРС по мониторингу & оценке и исследованиям*

Вейм Джеллоу  
*Директор ИТРС по глобальным программам и защите интересов*

Хелен Этъя'але  
*Координатор программы ИТРС*  
Максим Ингельс, Элиз Неделек  
*Консультанты*

### **Составители отчетов:**

Ярослав Зелинский  
*Консультант*  
Трейси Свон  
*Со-руководитель ИТРС по обучению лечению*  
Педро Гарсия  
*Менеджер ИТРС по мониторингу & оценке и исследованиям*

## СОДЕРЖАНИЕ

Аббревиатуры и акронимы	4
Краткое содержание	5
1. Введение	7
2. Методы	7
3. Страновые контексты	
Кыргызстан	8
Украина	9
4. Результаты исследования	10
Описание населения	10
Диагностика	14
Обеспечение медицинской помощью	14
Доступность и результаты тестирования CD4	15
Лечение АРВ	16
Доступность и результаты мониторинга вирусной нагрузки	16
Качество комплексного пакета услуг помощи	17
Содержание под наблюдением	19
Соблюдение режима лечения	19
Стигма и дискриминация	20
5. Рекомендации	21

## **АББРЕВИАТУРЫ И АКРОНИМЫ**

ПСВИ – Продвинутая стадия ВИЧ-инфекции

СПИД – Синдром приобретенного иммунодефицита

АРТ – Антиретровирусная терапия

АРВП – Антиретровирусный (е) препарат (ы)

ДИ – Доверительные интервалы

ССЗ - Сердечно-сосудистые заболевания

ДПУ – Дифференцированное предоставление услуг

ВЕЦА – Восточная Европа и Центральная Азия

EFV – Эфавиренц

ВГВ - Вирус гепатита В

ВГС - Вирус гепатита С

ВИЧ – Вирус иммунодефицита человека

ВПЧ – Вирус папилломы человека

ВСВИ – Восстановительный синдром восстановления иммунитета

ИТРС – Международная коалиция по готовности к лечению

МСМ – Мужчины, практикующие секс с мужчинами

ПОИШ - Программа обмена игл/шприцев

ОЗТ - опиоидная заместительная терапия

ЛЖВ – Люди, живущие с ВИЧ

ДКП - Доконтактная профилактика ВИЧ

ЛУИН – Люди, употребляющие инъекционные наркотики

РТВН – Регулярное тестирование на вирусную нагрузку

СО – Стандартная ошибка

ТБ – Туберкулез

ЮНЭЙДС – Объединённая программа ООН по ВИЧ/СПИДу

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

## Краткое содержание

Достижение цели ЮНЭЙДС положить конец СПИДу как угрозе общественному здравоохранению к 2030 году потребует значительного улучшения уровня и качества услуг по профилактике, тестированию, помощи и лечению ВИЧ, которые получают люди, живущие с ВИЧ (ЛЖВ). Глобальные данные указывают на некоторые сохраняющиеся пробелы между каждым этапом непрерывной медицинской помощи при ВИЧ, но не отражают сложный опыт ЛЖВ на клиническом уровне. Международная коалиция по готовности к лечению (ИПРС) провела свое первое глобальное исследование доступности лечения ВИЧ в 2018 году для оценки текущего состояния услуг в области ВИЧ/СПИДа в четырнадцати странах с низким и средним уровнями доходов.

В настоящем отчете особое внимание уделяется основным выводам, полученным в двух странах Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА) - Украине и Кыргызстане. Мы включили в наше исследование по 200 участников из каждой страны. Результаты данного исследования помогают нам лучше понять существующие препятствия на пути к качественной помощи и лечению ВИЧ, с которыми сталкиваются люди, живущие с ВИЧ (ЛЖВ) в ВЕЦА. Несмотря на высокие уровни доступности лечения, опыты респондентов в обеих странах показывают, что существуют явные пробелы в качестве медицинской помощи и в попытках обеспечить ею людей и закрепить их в ней. В частности, существует острая необходимость в

расширении доступа к регулярному и своевременному мониторингу вирусной нагрузки, и также в борьбе со стигмой и дискриминацией в национальных законах и политике, медицинских учреждениях и сообществах.

### *Основные выводы*

- Из всех ЛЖВ из ВЕЦА 52% были диагностированы на поздней стадии ВИЧ (количество CD4 < 350 клеток/мм<sup>3</sup>), включая 21,3% с диагнозом ВИЧ на продвинутой стадии (количество CD4 клеток < 200 клеток/мм<sup>3</sup>).
- Только 10% участников исследования были своевременно обеспечены помощью при ВИЧ (это означает, что они получили количество CD4 клеток и начали АРВ-терапию в течение 30 дней с даты постановки диагноза ВИЧ, а тест на вирусную нагрузку ВИЧ - в течение 180 дней после начала АРВ-терапии).
- Хотя 99% ЛЖВ в ВЕЦА получили количество CD4 клеток после постановки диагноза ВИЧ, только 43% получили результаты в течение 30 дней с момента постановки диагноза ВИЧ.
- Большинство участников опроса в ВЕЦА (92%) получали антиретровирусную терапию (АРТ), но только 5% начали АРТ в тот же день, когда им был поставлен диагноз ВИЧ. Только 27% из них начали АРТ в течение 30 дней после постановки диагноза ВИЧ.

- Несмотря на высокий охват тестированием на вирусную нагрузку (99%), только 55% получили результаты в течение 180 дней после начала АРВ-терапии.
- В целом 83% ЛЖВ имели вирусную нагрузку <1000 копий/мл, но только 45% имели вирусную нагрузку <40 копий/мл.
- Только 24% участников опроса получили полный пакет тестов на сопутствующие инфекции, передаваемые половым путем инфекции и неинфекционные заболевания.
- Более 90% участников опроса сообщили, что имеют доступ к презервативам в любое время (91% среди мужчин и женщин), хотя только 33% женщин, участвовавших в этом опросе, имели доступ к тестированию на беременность.
- Несмотря на высокий охват лечением туберкулеза (ТБ) - среди 97% ЛЖВ, у которых был диагностирован ТБ, доступ к профилактическому лечению котримоксазолом и/или изониазидом был неоптимальным (49% и 67% соответственно).
- Доступность лечения вируса гепатита С (ВГС) был низким: из всех, кто в нем нуждался, только 21% получили лечение.
- Более 80% участников исследования испытали стигму и дискриминацию, связанную с ВИЧ за последний год.

## Введение

В регионе Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА) проживают 1,5 - 1,9 миллиона людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ)<sup>1</sup>, и заболеваемость ВИЧ в регионе продолжает расти: с 30,4 новых случаев ВИЧ в год на 100 000 населения в 2008 году до 51,1 на 100 000 в 2017 году (рост на 68%).<sup>2</sup> Непропорционально сильно страдают люди, принадлежащие к ключевым группам населения: 39% новых случаев инфицирования ВИЧ происходит среди людей, употребляющих инъекционные наркотики (ЛУИН), 28% среди клиентов секс-работников и секс-партнеров из ключевых групп населения, 21% среди гомосексуалистов и других мужчин, которые практикуют секс с мужчинами (МСМ), 9% среди секс-работников против 3% населения в целом<sup>3</sup>.

Ограниченный доступ к эффективным профилактическим мерам, таким как программы обмена игл/шприцев (ПОИШ), опиоидная заместительная терапия (ОЗТ) и доконтактная профилактика ВИЧ (ДКП), является движущей силой роста эпидемии в регионе среди людей, которые являются членами ключевых групп населения<sup>4</sup>.

Несмотря на то, что большинство стран ВЕЦА приняли политику, направленную на повышение

приемлемости АРТ (подходы «тестируй и лечи»), она не всегда реализуется и не решает проблему неравного доступа для людей, принадлежащих к ключевым группам населения, которые по-прежнему остаются самыми низкими в мире<sup>5</sup>.

Сосредоточив внимание на выводах, полученных в Кыргызстане и Украине, данный отчет предоставляет информацию о доступности и качестве помощи и лечения ВИЧ. Он направлен на то, чтобы осветить трудности, с которыми сталкиваются ЛЖВ при непрерывной медицинской помощи при ВИЧ.

## Методы исследования

Исследование состоит из количественного и качественного опроса. Количественное исследование оценило доступ - и препятствия - к услугам при ВИЧ, в том числе среди людей, которые являются членами ключевых групп населения. В качественном исследовании описаны проблемы, с которыми сталкиваются ЛЖВ и медицинские работники, оказывающие помощь при ВИЧ.

Всего в Кыргызстане и Украине было набрано 400 ЛЖВ (по 200 в каждой стране) для участия в исследовании и предоставления информации для количественного исследования. ЛЖВ,

<sup>1</sup> ЮНЭЙДС AIDSInfo. По состоянию на декабрь 2019 г. <https://aidsinfo.unaids.org>

<sup>2</sup> EuroCDC (2018). Эпиднадзор за ВИЧ / СПИДом в Европе. Доступно по ссылке: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/hiv-aids-surveillance-europe-2018.pdf>

<sup>3</sup> ЮНЭЙДС. Данные ЮНЭЙДС (2018). Доступно по ссылке: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/unaid-data-2018\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/unaid-data-2018_en.pdf)

<sup>4</sup> Ламонака К., Думчев К., Дворяк С., Азбель Л., Морозова О., Альтис Ф. Л. (2019). ВИЧ, инъекционные наркотики и тенденции снижения вреда в Восточной Европе и Центральной Азии: значение для международной и внутренней политики. Текущие отчеты по психиатрии, 21 (7), 47. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1038-8>

<sup>5</sup> ЮНЭЙДС. Данные ЮНЭЙДС (2018). Доступно по ссылке: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/unaid-data-2018\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/unaid-data-2018_en.pdf)

которым было минимум 18 лет, у которых был диагностирован ВИЧ не менее трех месяцев, имели право участвовать в опросе. В Кыргызстане и Украине восемь медицинских учреждений, предоставляющих лечение ВИЧ и клиническую помощь, были выбраны по целесообразности. В Кыргызстане были включены учреждения из села Беловодское, Бишкека, Канта и Сокулука. В Украине были выбраны учреждения из Харькова, Киева, Львова и Николаева. В каждом учреждении с использованием систематической выборки было набрано 50 участников. Дополнительно информация о мониторинге лечения ВИЧ и его результатах была собрана из медицинских карт согласившихся участников.

В качественном исследовании семь ЛЖВ (трое из Кыргызстана и четыре из Украины), которые представляли ключевые группы населения (люди, употребляющие инъекционные наркотики, гомосексуалисты и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами, работники секс-бизнеса), десять медицинских работников, оказывающих помощь ЛЖВ (шесть из Кыргызстана и четыре из Украины), и двое лиц, принимающих решения на национальном уровне (по одному от каждой страны), приняли участие в опросе.

Статистический анализ ассоциаций между интересующими переменными был выполнен с помощью критериев хи-квадрат Рао-Скотта (*p*-значение <0,05 считалось

существенным). Весь анализ учитывал кластерный эффект, вызванный планом исследования.

## Страновой контекст

### Кыргызстан

Кыргызстан (Кыргызская Республика), страна с уровнем дохода ниже среднего и населением 6,3 миллиона человек, расположена в регионе Центральной Азии<sup>6</sup>. По состоянию на 2018 год в Кыргызстане проживало около 8 500 ЛЖВ. Распространенность ВИЧ среди взрослого населения (15-49 лет) в общей популяции составила 0,2%, а заболеваемость ВИЧ - 0,2 на 1000 человек. Из примерно 8 500 ЛЖВ, 5 800 (68%) знали свой ВИЧ-статус, 3 700 (43%) получали антиретровирусные препараты (АРВ), а 2 500 (30%) из тех, кто проходил лечение от ВИЧ, достигли подавления вирусной нагрузки<sup>7</sup>.

Эпидемия ВИЧ в Кыргызстане сконцентрирована среди людей, которые относятся к ключевым группам населения. Из 25 000 ЛУИН в стране 14,3% живут с ВИЧ; из 8 200 заключенных 11,3% живут с ВИЧ; среди 22 000 МСМ 6,3% живут с ВИЧ; среди 7 100 секс-работников страны распространенность ВИЧ оценивается в 2%<sup>8</sup>. Охват профилактических услуг среди людей, которые относятся к ключевым группам населения, был низким: только 28,2% ЛУИН, только 24,8% секс-работников и только 47,8%

<sup>6</sup> Всемирный банк. Кыргызстан: обзор. По состоянию на декабрь 2019 г. <https://www.worldbank.org/en/country/kyrgyzrepublic/overview>

<sup>7</sup> ЮНЭЙДС AIDSInfo. По состоянию на декабрь 2019 г. <https://aidsinfo.unaids.org>

<sup>8</sup> ЮНЭЙДС AIDSInfo. По состоянию на декабрь 2019 г. <https://aidsinfo.unaids.org>



МСМ были охвачены профилактическими программами<sup>9</sup>.

Правительство Кыргызстана подписало Политическую декларацию ООН о полной ликвидации СПИДа (2016 г.) и обязалось активизировать усилия по ликвидации эпидемии СПИДа к 2030 году<sup>10</sup>. Кроме того, в 2019 году Бишкек и Ош подписали Парижскую декларацию о ликвидации эпидемии СПИДа в городах<sup>11</sup>. Национальная программа Кыргызстана по ВИЧ (принятая в 2017 году) согласовывает основные мероприятия национальных мер в ответ на ВИЧ с целевыми показателями и стратегиями ЮНЭЙДС 90-90-90.

Правовая система Кыргызстана по ВИЧ включает уголовную ответственность за передачу ВИЧ и хранение наркотиков для личного потребления. В то же время секс-бизнес и однополые сексуальные отношения не подпадают под карательные нормы или уголовную ответственность<sup>12</sup>.

### *Украина*

Украина - страна с уровнем дохода ниже среднего и населением 42,5 миллиона человек, расположенная в Восточной Европе.<sup>13</sup> Это вторая по

величине эпидемия ВИЧ в регионе ВЕЦА; по состоянию на 2018 год насчитывалось около 240 000 ЛЖВ; распространенность среди взрослых (15-49 лет) в общей популяции составила 1,0, а заболеваемость - 0,6 на 1000 человек. По оценкам, 71% (170 000/240 000) всех людей, живущих с ВИЧ, знали о своем статусе. В целом, 120 000 из 170 000 диагностированных людей получали АРВ-терапию, и у 110 000 (46%) из них была подавленная вирусная нагрузка<sup>14</sup>.

Эпидемия ВИЧ в Украине сконцентрирована среди ключевых групп населения. Распространенность ВИЧ среди 350 300 ЛУИН в стране составляет 22,6%; это 8% среди примерно 55 078 заключенных: 7,5% среди примерно 179 400 МСМ; и 5,2% среди примерно 86 600 секс-работников.<sup>15</sup> Сфера охвата служб профилактики и программ для людей, которые относятся к ключевым группам населения, недостаточна и охватывает только 65% ЛУИН, 48% секс-работников и 24% МСМ.<sup>16</sup>

Незаконная аннексия Крыма Российской Федерацией в 2014 году и продолжающийся вооруженный

<sup>9</sup> Министерство здравоохранения Кыргызской Республики, USAID. Исследование в области ВИЧ в Кыргызской Республике (2015 г.).

Доступно по ссылке:

<https://kyrgyzstan.un.org/sites/default/files/2019-09/A%20study%20in%20HIV%20area%20in%20the%20Kyrgyz%20Republic%202015%20EN.pdf>

<sup>10</sup> ЮНЭЙДС. Политическая декларация по ВИЧ и СПИДу: На ускоренном пути к активизации борьбы с ВИЧ и ликвидации эпидемии СПИДа к 2030 г. (2016 г.). Доступно по ссылке:

<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/2016-political-declaration-HIV-AIDS>

<sup>11</sup> IAPAC. Ускоренное достижение целей в городах: положить конец эпидемии СПИДа (2018 г.). Доступно по ссылке:

<https://www.iapac.org/files/2018/08/Paris-Declaration-2.0-07-24-2018.pdf>

<sup>12</sup> ЮНЭЙДС. Правовая и политическая аналитика. По состоянию на декабрь 2019 г.

<http://lawsandpolicies.unaids.org/country?id=KGZ>

<sup>13</sup> Всемирный банк. Украина: обзор. По состоянию на декабрь 2019 г.

<https://www.worldbank.org/en/country/ukraine/overview>

<sup>14</sup> ЮНЭЙДС AIDSInfo. По состоянию на декабрь 2019 г. <https://aidsinfo.unaids.org>

<sup>15</sup> ЮНЭЙДС AIDSInfo. По состоянию на декабрь 2019 г. <https://aidsinfo.unaids.org>

<sup>16</sup> ЮНЭЙДС. Глобальный мониторинг СПИДа 2018: Украина (2018) Доступно по ссылке:

[https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/UKR\\_2018\\_countryreport.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/UKR_2018_countryreport.pdf)

конфликт с поддерживаемыми Россией сепаратистами на востоке Украины (где проживает почти 25% ЛЖВ в стране) значительно усложнили Украине борьбу с ВИЧ. Вооруженный конфликт весьма затруднил предоставление услуг по лечению ВИЧ людям, которые живут на территориях, которые не контролируются правительством Украины. Несмотря на экономические, социальные и связанные с войной проблемы последних лет, Украина уделяет первостепенное внимание увеличению масштабов услуг в связи с ВИЧ для достижения целевых показателей 90-90-90.

Украина подписала Политическую декларацию ООН о ликвидации СПИДа (2016 г).<sup>17</sup> В 2019 году после официального запуска механизма регулирования, который позволяет неправительственным организациям получать государственное финансирование для профилактических услуг для ключевых групп населения, Украина стала первой страной ВЕЦА, которая перешла от донорского финансирования к внутреннему финансированию услуг по профилактике и лечению ВИЧ. Более того, Кабинет Министров Украины утвердил Стратегию устойчивого развития по ТБ/ВИЧ в 2017 году и Стратегическую программу по ВИЧ/СПИДу на 2019-2023 годы в 2019

<sup>17</sup> ЮНЭЙДС. Политическая декларация по ВИЧ и СПИДу: На ускоренном пути к активизации борьбы с ВИЧ и ликвидации эпидемии СПИДа к 2030 г. (2016 г.). Доступно по ссылке: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/2016-political-declaration-HIV-AIDS>

<sup>18</sup> IAPAC. Ускоренное достижение целей в городах: положить конец эпидемии СПИДа (2018). Доступно по ссылке: <https://www.iapac.org/files/2018/08/Paris-Declaration-2.0-07-24-2018.pdf>

году. В 2017 году Киев и Одесса подписали Парижскую декларацию о ликвидации эпидемии СПИДа в городах.<sup>18</sup>

Правовая система Украины по вопросам ВИЧ не совсем либеральна. Передача ВИЧ, хранение наркотиков и употребление наркотиков являются уголовными преступлениями. Секс-работа является административным правонарушением, карается штрафом и не является законным. В то же время однополые половые акты не подлежат карательным мерам или криминализации<sup>19</sup>.

### Результаты исследования

#### *Описание исследуемой группы населения*

В нашем исследовании чуть более половины из 400 участников из региона ВЕЦА составляли мужчины. Большинство респондентов были в возрасте от 25 до 49 лет, проживали в городах и имели среднее или высшее образование. Почти половина участников идентифицированы как ЛУИН. Представленность другой ключевой группы населения была ниже: только 2% идентифицировали себя как секс-работниками и 5% идентифицировали себя как МСМ или трансгендеры (ТГ).<sup>20</sup> К тому же, 9,5% назвали себя мигрантами или беженцами<sup>21</sup> и 9,5% - членами других групп, подверженных высокому риску заражения ВИЧ<sup>22</sup>. В таблице 1

<sup>19</sup> ЮНЭЙДС. Правовая и политическая аналитика. По состоянию на декабрь 2019 г. <http://lawsandpolicies.unaids.org/country?id=UKR>

<sup>20</sup> Только один человек идентифицировал себя как трансгендер

<sup>21</sup> Включая международных мигрантов и трудовых мигрантов

<sup>22</sup> Включая заключенных и бывших заключенных, сексуальных партнеров групп риска

представлены основные демографические характеристики исследуемой группы населения.

Таблица 1. Демографические характеристики исследуемой группы населения

	Кыргызстан N=200	Украина N=200
Пол:		
Мужской	110 (55%)	110 (55%)
Женский	90 (45%)	90 (45%)
Возрастные группы:		
18 – 24	4 (2%)	9 (4.50%)
25 – 49	163 (81.5%)	167 (83.5%)
> 49	33 (16.5%)	24 (12%)
Место проживания:		
Сельская местность	137 (68.5%)	9 (4.50%)
Город <sup>23</sup>	63 (31.5%)	191 (95.5%)
Семейное положение:		
Замужем/женат или в отношениях	118 (59%)	98 (49%)
Холост/не замужем	82 (41%)	102 (51%)
Образование:		
Начальное или нет образования	13 (6.50%)	2 (1%)
Среднее или высшее	187 (93.5%)	198 (99%)
Средний ежемесячный доход домашнего хозяйства [ИКР] <sup>24</sup>	145 [87.0;290]	185 [119;333]
Величина домохозяйства:		
1 – 2	76 (38%)	91 (45.5%)
3 – 5	102 (51%)	102 (51%)
6 и больше	22 (11%)	6 (3%)
'Отсутствует'	0 (0%)	1 (0.50%)

<sup>23</sup> В том числе ПГТ/пригород

<sup>24</sup> Измеряется в долларах США. Представлено в местной валюте и конвертировано с

использованием среднего курса конвертации 2018 года

	Кыргызстан N=200	Украина N=200
ЛУИН <sup>25</sup> :		
Да	100 (50%)	121 (60.5%)
Нет	100 (50%)	79 (39.5%)
МСМ или ТГ <sup>26</sup> :		
Да	2 (1%)	18 (9%)
Нет	198 (99%)	182 (91%)
СР <sup>27</sup> :		
Да	3 (1.50%)	5 (2.50%)
Нет	197 (98.5%)	195 (97.5%)
Мигрант или беженец <sup>28</sup> :		
Да	33 (16.5%)	5 (2.50%)
Нет	167 (83.5%)	195 (97.5%)
Другая ключевая группа <sup>29</sup> :		
Да	33 (16.5%)	5 (2.50%)
Нет	167 (83.5%)	195 (97.5%)
Год категорий диагностики ВИЧ:		
< 2010	34 (17%)	69 (34.5%)
2010 – 2015	102 (51%)	84 (42%)
> 2015	62 (31%)	46 (23%)
'Отсутствует'	2 (1%)	1 (0.50%)
Поздняя диагностика ВИЧ <sup>30</sup> :		
Да	112 (56%)	96 (48%)
Нет	88 (44%)	104 (52%)

<sup>25</sup> Лица, употребляющие инъекционные наркотики

<sup>26</sup> Мужчины, практикующие секс с мужчинами или трансгендеры

<sup>27</sup> Секс работники

<sup>28</sup> Включая международных и трудовых мигрантов

<sup>29</sup> Включая заключенных, бывших заключенных и сексуальных партнеров групп риска

<sup>30</sup> Определяется < 350 число CD4 клеток/мм<sup>3</sup> при диагнозе ВИЧ

	<b>Кыргызстан N=200</b>	<b>Украина N=200</b>
Диагностирован ВИЧ на продвинутой стадии <sup>31</sup> :		
Да	41 (20.5%)	44 (22%)
Нет	159 (79.5%)	156 (78%)
Получил АРВ лечение:		
Да	184 (92%)	185 (92.5%)
Нет	16 (8%)	15 (7.50%)
Последние сообщенные результаты теста на вирусную нагрузку:		
< 1000 копий/мл	135 (67.5%)	168 (84%)
≥ 1000 копий/мл	45 (22.5%)	13 (6.50%)
'Отсутствуют'	20 (10%)	19 (9.50%)
Последние сообщенные результаты теста на вирусную нагрузку:		
< 40 копий/мл	22 (11%)	140 (70%)
≥ 40 копий/мл	158 (79 %)	41 (20.5%)
Отсутствуют	20 (10 %)	19 (9.50%)

<sup>31</sup> Определяется < 200 число CD4 клеток/мм<sup>3</sup> при диагнозе ВИЧ

## Диагностика

В странах ВЕЦА поздняя диагностика ВИЧ представляет собой серьезную проблему, поскольку она возникает часто и тесно связана с плохими результатами лечения и повышенным риском болезни и смерти.<sup>32</sup> По данным Европейского центра профилактики и контроля заболеваний, 57,2% впервые диагностированных ЛЖВ в регионе Восточной Европы Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) имели количество CD4 <350 CD4 клеток/мм<sup>3</sup> в 2017 году. Европейский союз, напротив, сообщил, что 48,6% диагнозов ВИЧ были поставлены поздно, то есть разница в девять процентов. Более того, страны ВЕЦА несут значительно большее бремя новых инфекций. В 2017 году уровень новых ВИЧ-инфекций составил 51,1 на 100 000 в странах ВЕЦА, что в восемь раз выше, чем в Европейском союзе<sup>33</sup>.

В нашем исследовании 399 из 400 участников после постановки диагноза ВИЧ получили уровень CD4. Среди них 52% (СО = 0,025) участников исследования были диагностированы на поздней стадии ВИЧ (количество CD4-клеток <350 клеток/мм<sup>3</sup>), в том числе 21,3% (СО = 0,02), у которых была диагностирована продвинутая стадия ВИЧ-инфекции (ПСВИ; количество CD4 клеток <200 клеток/мм<sup>3</sup>). Более того, среднее количество CD4 клеток при постановке диагноза составляло 303

клеток/мм<sup>3</sup> (95% ДИ<sup>34</sup>: 274.9, 332.3). Не было значительных различий в среднем количестве CD4 клеток на исходном уровне между участниками исследования в Кыргызстане и Украине (297 клеток/мм<sup>3</sup> (95% ДИ: 261,4, 334,6) против 314 клеток/мм<sup>3</sup> (95% ДИ: 272, 363), соответственно).

Доля людей, которым поздно был поставлен диагноз, была выше среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, чем среди не употреблявших людей (56,6%, СО = 3,3 по сравнению с 46,4%, СО = 3,7 среди не-ЛУИНов; *p* - значение = 0,04) и пожилым людям (возраст > 49 лет) значительно поздно ставили диагноз, чем молодым (64,9%, СО = 6,4 по сравнению с 49,9%, СО = 2,7 среди 18–49 лет; *p* - значение = 0,04).

В целом ни Кыргызстан, ни Украина не диагностируют новые ВИЧ-инфекции на ранних стадиях. Неэффективная реализация стратегий раннего выявления ВИЧ может быть одной из причин поздней диагностики, особенно среди людей, которые являются представителями ключевых групп населения, и среди пожилых людей.

### *Обеспечение медицинской помощью*

Обеспечение недавно диагностированных ЛЖВ медицинской помощью (определяемое как посещение медицинского учреждения для лечения ВИЧ после постановки диагноза, своевременное тестирование CD4, быстрое начало АРТ и регулярный

<sup>32</sup> Мокрофт А., Лундгрэн Дж. Д., Сабин М. Л., Монфорте А. д'Арминио, Брокмейер Н., Касабона Дж.,... Исследование, проведенное совместно с Европейским эпидемиологическим исследованием ВИЧ (СОНЕРЕ) в EuroCoord (2013). Факторы риска и результаты для поздней презентации для ВИЧ-положительных людей в Европе: результаты европейского исследования, проведенного в рамках

наблюдательных эпидемиологических исследований ВИЧ (СОНЕРЕ). PLoS Medicine, 10 (9), e1001510.

<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001510>

<sup>33</sup> EuroCDC (2018). Эпиднадзор за ВИЧ / СПИДом в Европе. Доступно по ссылке: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/hiv-aids-surveillance-europe-2018.pdf>

<sup>34</sup> Доверительный интервал

мониторинг вирусной нагрузки) - единственный наиболее важный шаг к успешному лечению ВИЧ-инфекции и хорошим результатам для здоровья.<sup>35</sup> Раннее и быстрое начало АРВ-терапии и своевременный мониторинг вирусной нагрузки <sup>36</sup> значительно сокращают смертность и ВИЧ-ассоциированные заболевания среди ЛЖВ<sup>37 38 39</sup>. Более того, АРВ снижает риск передачи ВИЧ<sup>40</sup>. Дополнительно быстрое обеспечение медицинской помощью и сохранение в ней связаны с более быстрым подавлением вируса<sup>41</sup>. В нашем исследовании только 10% (СО = 0,015) респондентов были своевременно обеспечены помощью при ВИЧ; доля ЛЖВ, своевременно обеспеченных медицинской помощью, была значительно выше в Кыргызстане, чем в Украине (14%, СО = 2,5 и 5,5%, СО = 1,6, соответственно; *p*-значение = 0,004). Женский пол (14%, СО = 2,6 по сравнению с 6%, СО = 1,6 среди мужчин) и проживание в сельской

местности (18%, СО = 3,2 по сравнению с 5%, СО = 1,4 среди городских) в значительной степени связаны со своевременным обращением за помощью (*p*-значения <0,01). Напротив, вероятность того, что ЛУИН будут оперативно получать помощь, значительно ниже (5%, СО = 1,5 против 15%, СО = 2,7 среди не-ЛУИН; *p*-значение = 0,001).

***“Для услуг, таких как диагностика, есть технические проблемы, например, очередь. Бывает, что нет реагентов для тестов на CD4, а если есть, то нет реагентов для тестов на вирусную нагрузку” - Кыргызстанец, живущий с ВИЧ.***

#### *Доступность и результаты тестирования CD4*

В Кыргызстане и Украине действующие протоколы лечения ВИЧ для взрослых и подростков рекомендуют начинать АРВ-терапию при любом количестве CD4 клеток <sup>42 43</sup>. Однако в Украине в период сбора данных протокол лечения

<sup>35</sup> Начало АРВ-терапии в течение 30 дней со дня постановки диагноза ВИЧ

<sup>36</sup> Первые результаты теста на вирусную нагрузку в течение 6 месяцев с начала АРВ-терапии.

<sup>37</sup> Исследовательская группа INSIGHT START. (2015). Начало антиретровирусной терапии при ранней бессимптомной ВИЧ-инфекции, Медицинский журнал Новой Англии, 373(9), 795–807. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1506816>

<sup>38</sup> Китахата М. М., Ганг С. Дж., Абрахам А. Г., Мерриман Б., Сааг М. С., Джастис А. С.,... Мур Р. Д. (2009). Влияние ранней и отсроченной антиретровирусной терапии ВИЧ на выживаемость. Медицинский журнал Новой Англии, 360(18), 1815–1826. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa0807252>

<sup>39</sup> Коффи С., Баккетти П., Сачдев Д., Бэкон О., Джонс Д., Оспина-Норвелл К.,... Ганди М. (2019). БЫСТРАЯ антиретровирусная терапия: высокие показатели вирусологического подавления при немедленном начале антиретровирусной терапии в уязвимых

городских клиниках. СПИД, 33(5), 825–832.

<https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000002124>

<sup>40</sup> Коэн М.С., Чен И.К., МакКоли М., Гэмбл Т., Хоссейнипур М.С., Кумарасами Н.,... Флеминг Т. Р. (2011). Профилактика ВИЧ-1 инфекции с помощью ранней антиретровирусной терапии. Медицинский журнал Новой Англии, 365 (6), 493–505. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1105243>

<sup>41</sup> Робертсон М., Ларак Ф., Маврониолас Х., Браунштейн С. и Ториан Л. (2015). Связь и содержание в лечении, а также время до подавления и восстановления вируса ВИЧ - Нью-Йорк. Помощь при СПИДе, 27(2), 260–267. <https://doi.org/10.1080/09540121.2014.959463>

<sup>42</sup> Центр СПИДа Кыргызстана (2017). Клинический протокол ВИЧ-инфекции.

Доступно по ссылке:

[http://www.med.kg/images/MyFiles/KP/2018/sbornik\\_KP\\_VISH\\_prikaz\\_903\\_10102017.pdf](http://www.med.kg/images/MyFiles/KP/2018/sbornik_KP_VISH_prikaz_903_10102017.pdf)

<sup>43</sup> Министерство здравоохранения Украины (2019). Клинический протокол лечения ВИЧ.

Доступно по ссылке:

[https://moz.gov.ua/uploads/2/12794-dn\\_20190605\\_1292\\_dod.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/2/12794-dn_20190605_1292_dod.pdf)

ВИЧ предполагал пороговое значение  $CD4 \leq 500$  клеток /  $mm^3$  для начала АРВ-терапии<sup>44</sup>.

Из 400 участников из Кыргызстана и Украины, 399 получили количество  $CD4$  клеток после постановки диагноза ВИЧ. Время между постановкой диагноза ВИЧ и первым результатом теста на  $CD4$  варьировалось, в среднем 91 день (95% ДИ: 59,7, 131,1); только 25% участников исследования ВЕЦА получили результаты в течение 12 дней (95% ДИ: 8, 17), и 75% из них пришлось ждать до 469 дней (95% ДИ: 366, 990). В Кыргызстане среднее время ожидания результатов теста на  $CD4$  составляло 72 дня (95% ДИ: 34, 111). В Украине ЛЖВ приходилось ждать дольше - в среднем 111 дней (95% ДИ: 66, 218), но разница была незначительной.

Среди всех ЛЖВ из ВЕЦА с результатами теста на  $CD4$  только 43% ( $CO = 0,03$ ) получили их своевременно. Только 36 ЛЖВ (9%;  $CO = 0,01$ ) получили свой первый результат  $CD4$  в тот же день, когда был поставлен диагноз ВИЧ.

#### *АРВ терапия*

На момент подготовки данного отчета и Кыргызстан, и Украина официально приняли национальные руководства по лечению, которые включали рекомендацию ВОЗ 2015 «лечить всех».<sup>45, 46</sup> Кыргызстан принял принцип «лечить всех» в 2017 году, а Украина - в

2019 году. Среди участников исследования 92% ( $CO = 0,01$ ) получали лечение. В то же время только 5% ( $CO = 0,01$ ) ЛЖВ в ВЕЦА начали АРВ-терапию в тот же день, когда был поставлен диагноз ВИЧ, и только 27% ( $CO = 0,02$ ) начали АРВ-лечение в течение 30 дней с момента постановки диагноза. ЛУИН значительно чаще начинали АРТ более чем через 30 дней после постановки диагноза (значение  $p < 0,001$ ).

***“Долутегравир доступен. Сейчас мы постепенно переводим пациентов на новую схему лечения” – Украинский врач.***

#### *Доступность и результаты мониторинга вирусной нагрузки*

Целью лечения АРТ является подавление ВИЧ до неопределяемого уровня и поддержание подавления вируса как можно дольше. Мониторинг вирусной нагрузки необходим для оценки ответа на АРТ. ВОЗ рекомендует проводить регулярное тестирование на вирусную нагрузку через шесть и 12 месяцев после начала лечения, а затем один раз в год для людей, которые клинически стабильны на АРТ.<sup>47</sup> Кыргызстан и Украина включают рекомендации по регулярному тестированию на вирусную нагрузку для всех ЛЖВ в свои руководства по лечению.

<sup>44</sup> Центр общественного здоровья МЗ Украины (2015). Приложение к клиническому протоколу лечения ВИЧ. Доступно по ссылке:

<https://phc.org.ua/news/zatverdzheno-zmini-do-klinichnogo-protokolu-antiretrovirusnoi-terapii-vil-infekcii-u-doroslikh>

<sup>45</sup> ВОЗ (2017). Что нового в мониторинге лечения: вирусная нагрузка и тестирование  $CD4$ . Доступно по ссылке:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255891/WHO-HIV-2017.22-eng.pdf>

<sup>46</sup> ВОЗ (2019). Лечить всех: принятие политики и статус реализации в странах. Доступно по ссылке:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326035/WHO-CDS-HIV-19.20-eng.pdf>

<sup>47</sup> ВОЗ (2017). Рекомендации по ведению запущенных случаев ВИЧ-инфекции и быстрому началу антиретровирусной терапии. Доступно по ссылке:

<https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/advanced-HIV-disease/en/>



Из 400 участников из ВЕЦА 396 прошли тест на вирусную нагрузку после постановки диагноза ВИЧ. Интервал между началом АРТ и получением первоначального теста на вирусную нагрузку варьировался, среднее время получения результатов составляло 149 дней (95% ДИ: 87, 188).

В Кыргызстане среднее время ожидания со дня начала АРВ-терапии до получения первого результата теста на вирусную нагрузку составило 55 дней (95% ДИ: 38, 100). Для ЛЖВ из Украины это время было намного дольше (205 дней; 95% ДИ: 184, 277). В обеих странах среднее время со дня начала АРВ-терапии до первого результата теста на вирусную нагрузку отличается от того, что рекомендовано национальными руководствами. Кроме того, 47% ЛЖВ из ВЕЦА впервые получили тест на вирусную нагрузку до начала АРТ. Это может указывать на то, что врачи не придерживаются рекомендаций или из-за пробелов в поставках тестов на вирусную нагрузку не позволяют проводить их через рекомендуемые интервалы.

Только 55% всех ЛЖВ из ВЕЦА (СО = 0,04) своевременно получили результаты своего первого теста на вирусную нагрузку после АРТ. Вероятность своевременного получения результатов теста на вирусную нагрузку у ЛЖВ в Кыргызстане почти в два раза выше, чем у опрошенных в Украине (71,2%, СО = 4,4 по сравнению с 37,4%, СО = 4,9, соответственно; *p* - значение

<0,001). Также 12% всех ЛЖВ из ВЕЦА должны были ждать результатов своего первого теста на вирусную нагрузку более года.

#### *Качество комплексного пакета услуг помощи*

Успешное ведение ВИЧ-инфекции включает скрининг и лечение сопутствующих заболеваний и ко-инфекций, таких как туберкулез (ТБ), вирусный гепатит и инфекции, передаваемые половым путем (ИППП). Более того, поскольку АРТ повысила выживаемость среди ЛЖВ, они начинают сталкиваться с новой угрозой: неинфекционными заболеваниями (НИЗ). Заболеваемость и смертность от НИЗ, таких как болезни сердца, инсульт, рак, диабет, заболевания почек и печени, а также психические заболевания, возникают среди людей, живущих с ВИЧ, по мере того, как они становятся старше.<sup>48</sup> Мониторинг и своевременное лечение ко-инфекций и НИЗ среди ЛЖВ - важная мера для улучшения качества и продолжительности жизни.

В регионе ВЕЦА нет единого определения или описания комплексного пакета услуг помощи для ЛЖВ. Общественные организации имеют возможность возглавить разработку и продвижение такого пакета услуг, который должен быть сосредоточен на ведении ВИЧ, СПИД-определяющих заболеваний и других распространенных оппортунистических инфекций, и стремиться обеспечить людей, получающих помощь при ВИЧ, с

<sup>48</sup> Венкат Нараян, К. М., Миотти П. Г., Ананд Н. П., Клайн Л. М., Хармстон К., Гулаковски Р., и Вермунд С. Х. (2014). Сопутствующие заболевания ВИЧ и неинфекционные заболевания в эпоху антиретровирусной терапии: жизненно важная программа

исследований в странах с низким и средним уровнями доходов. Журнал JAIDS по синдромам приобретенного иммунодефицита, 67, S2-S7.

<https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000000267>

обследованиями и лечением рака и сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Чтобы оценить доступ ЛЖВ в ВЕЦА к комплексному пакету услуг, мы определили полный набор диагностических и профилактических мер, которые должны быть включены, а именно:

- Пакет диагностических услуг, включающий обследования, скрининг и тестирование на любые ИППП, вирусные гепатиты (ВГВ и ВГС), вирус папилломы человека (ВПЧ), криптококковую инфекцию, сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), гипертонию и диабет;
- Профилактика, включая профилактическую терапию котримоксазолом и/или изониазидом, и вакцинацию по крайней мере от одного предотвратимого заболевания (включая грипп и ВПЧ).

Среди всех участников ВЕЦА только 24% (СО = 0,02) получили полный пакет диагностики. Доступ к диагностическому пакету в Кыргызстане был меньше, чем в Украине (20,4%, СО = 3,0 по сравнению с 28,7%, СО = 3,4, соответственно; *p*-значение = 0,07). Работа секс-работником была положительно связана с получением полного набора (*p*-значение = 0,01), возможно, потому, что секс-работники с большей вероятностью пройдут тестирование на ИППП, чем другие группы.

Анализ доступа к отдельным компонентам комплексного пакета услуг показал, что охват тестированием на ИППП, ВГС и ВГВ был высоким:

89,5% (СО = 0,02), 95% (СО = 0,01) и 91% (СО = 0,01), соответственно среди всех респондентов.

Доступность тестирования на НИЗ (ССЗ, гипертония и диабет) была ниже: 62% (СО = 0,02), 52% (СО = 0,03) и 68% (СО = 0,02), соответственно, у всех ЛЖВ, прошедших эти тесты. В Кыргызстане доступ к тестированию на ССЗ, гипертонию и диабет был значительно ниже, чем в Украине (45% против 78% для ССЗ; 35% против 68% для гипертонии; 40% против 96% для диабета; *p*-значения <0,001). Более того, охват тестированием на криптококковую инфекцию и вирус папилломы человека (ВПЧ) был самым низким: всего 32% (СО = 0,03) в Кыргызстане и 30% (СО = 0,03) в Украине. Доступ к тестированию на ВПЧ был лучше в Кыргызстане, чем в Украине, 40% против 27% (*p*-значение = 0,03).

Доступ к барьерной контрацепции был высоким: 91% (СО = 0,01) всех респондентов сообщили, что они всегда могут приобрести презервативы. В то же время только 33% (СО = 0,04) всех женщин имели доступ к тестированию на беременность. Дополнительно только 24% (СО = 0,02) всех ЛЖВ были предложены вакцины как минимум от одного предотвратимого заболевания (например ВГВ, грипп, пневмококковая инфекция, столбняк или ВПЧ). Фактически никому из ЛЖВ в Кыргызстане вакцины не предлагались: 1% (СО = 0,7) против 45,5% (СО = 3,5) в Украине (*p*-значение <0,001).

Профилактика, своевременная диагностика и лечение туберкулеза имеют решающее значение для

снижения риска смерти среди ЛЖВ в ВЕЦА. В настоящее время смертность от ТБ/ВИЧ растет в Европейском регионе ВОЗ (ежегодный рост на 13,8%), и страны ВЕЦА несут наибольшее бремя<sup>49</sup>. Среди всех ЛЖВ в регионе ВЕЦА 25,5% (СО = 0,02) диагностировали ТБ после того, как им был поставлен диагноз ВИЧ; 97% из них (СО = 0,02) получали противотуберкулезное лечение.

Доступ к ко-тримоксазолу и изониазиду (для профилактического лечения ТБ) был неоптимальным. Среди всех респондентов в ВЕЦА только 49% (СО = 0,03) сообщили о приеме котримоксазола, и только 67% (СО = 0,02) сообщили о приеме изониазида. В Кыргызстане большее количество ЛЖВ имели доступ к ко-тримоксазолу и изониазиду, чем в Украине: 55% против 43% для доступа к котримоксазолу ( $p$ -значение = 0,02) и 73% против 65% ( $p$ -значение = 0,09) для доступа к изониазиду соответственно.

Коинфекция ВГС увеличивает смертность от всех причин и заболеваний печени среди ЛЖВ<sup>50</sup>. Своевременная диагностика ВГС и доступ к лечению улучшают результаты лечения и ожидаемую продолжительность жизни среди ЛЖВ с коинфекцией. Среди ЛЖВ из ВЕЦА, прошедших тестирование на ВГС, 21% (СО = 0,03) были ВГС-положительными. Доля тех, кто получил положительный

результат теста на ВГС, была ниже в Кыргызстане по сравнению с Украиной: 51% (СО = 4,3) против 65% (СО = 6,5), соответственно ( $p$ -значение = 0,01). Доступ к лечению ВГС был низким. Только 21% (СО = 0,03) из тех, у кого был положительный результат теста на ВГС, прошли лечение, и меньше ЛЖВ получили лечение ВГС в Кыргызстане, чем в Украине: 8,6% (СО = 3,4) и 28,6% (СО = 4,1) соответственно.

***“Я хотел бы получить все медицинские услуги в одном месте. Но мне приходится ходить в разные клиники, потому что ни в одной из них нет всех медицинских услуг для ВИЧ-инфицированных в одном месте. Я мог бы также воспользоваться услугами хорошего психолога” – Украинец, живущий с ВИЧ***

#### *Содержание под наблюдением Соблюдение режима лечения*

Высокая приверженность АРВ-терапии приводит к подавлению вируса и восстановлению иммунитета среди ЛЖВ<sup>51</sup>. Периодическая оценка соблюдения режима лечения ЛЖВ может служить инструментом для оценки успеха лечения или предупреждения о возможной неудаче

<sup>49</sup> Мишель Казачкин. ТБ и сочетанная инфекция ВИЧ-ТБ в Европе (2019). Доступно по ссылке: <https://www.iapac.org/files/2019/10/FTC2019-Kazatchkine.pdf>

<sup>50</sup> Торнтон А. К., Хосе С., Бхагани С., Чедвик Д., Данн Д., Гилсон Р.,... Сабин К. (2017). Гепатит В, гепатит С и смертность среди ВИЧ-

инфицированных: СПИД, 31(18), 2525–2532. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000001646>

<sup>51</sup> Аммассари А., Тротта М. П., Шалев Н., Маркони П. и Антинори А. (2012). Помимо вирусологического подавления: роль приверженности лечению в позднюю эру ВААРТ. Противовирусная терапия, 17(5), 785–792. <https://doi.org/10.3851/IMP2084>

лечения<sup>52</sup> <sup>53</sup>. В нашем исследовании участники сообщили о приверженности на основе визуальной аналоговой шкалы. Оптимальная приверженность была определена как оценка выше 90%. Дополнительно результаты самого последнего теста на вирусную нагрузку были взяты из медицинских карт участников исследования. Вирусная нагрузка считалась «подавленной», если последние зарегистрированные результаты теста на вирусную нагрузку были <1000 копий/мл или <40 копий/мл. К тому же грамотность лечения ВИЧ среди ЛЖВ оценивалась с помощью анкеты, включающей вопросы и утверждения о преимуществах АРВ-терапии.

Большинство ЛЖВ в ВЕЦА сообщили о хорошем соблюдении АРВ-терапии (94%,  $CO = 0,01$ ). В то же время доля лиц с вирусной нагрузкой <1000 копий/мл составила 83% ( $CO = 0,02$ ). Из этой группы 45% ( $CO = 0,03$ ) имели вирусную нагрузку <40 копий/мл. Результаты лечения были хуже в Кыргызстане, чем в Украине, где 75% ( $CO = 3,2$ ) ЛЖВ имели вирусную нагрузку <1000 копий / мл, по сравнению с 93% ( $CO = 1,9$ ) в Украине ( $p$ -значение <0,001). Кроме того, меньшая доля ЛЖВ в Кыргызстане имела вирусную нагрузку <40 копий / мл, чем в Украине: 12% ( $CO = 2,4$ )

против 77,3% ( $CO = 3,1$ ) ( $p$ -значение <0,001).

Из всех респондентов только 41% ( $CO = 0,02$ ) имели высокий<sup>54</sup> уровень знаний о лечении ВИЧ. Доля людей с низким<sup>55</sup> уровнем знаний была значительно выше в Кыргызстане, чем в Украине: 69% ( $CO = 3,3$ ) и 48,5% ( $CO = 3,5$ ) соответственно. Анализ факторов, связанных с подавлением вируса, выявил положительные ассоциации с: 1) проживанием в городской местности (88% городских жителей имели подавленную вирусную нагрузку по сравнению с 76% жителями сельской местности;  $p$ -значение = 0,003), 2) регулярное<sup>56</sup> посещение медицинских учреждений для лечения ВИЧ (86% постоянных посетителей имели подавленную вирусную нагрузку против 56% нерегулярных;  $p$ -значение < 0,001), 3) наличие хороших отношений с медицинскими работниками (89% против 77% тех, у кого были плохие отношения;  $p$ -значение = 0,003).

***“Очень сложно работать с людьми, принимающими метадон, а также с людьми, вышедшими из тюрьмы. Некоторые из них не имеют постоянного места жительства, что также влияет на соблюдение режима лечения” – Кыргызский врач.***

*Стигма и дискриминация людей, живущих с ВИЧ*

<sup>52</sup> Муса А., Генгиа Т. Н., Льюис Л., и Найду К. (2019). Долгосрочная приверженность антиретровирусной терапии в когорте взрослых пациентов из Южной Африки: ретроспективное исследование. ВМС Инфекционные болезни, 19(1), 775. <https://doi.org/10.1186/s12879-019-4410-8>

<sup>53</sup> Форд Н., Дардер М., Спелман Т., Маклин Э., Миллис Э., и Буль А. (2010). Ранняя приверженность к антиретровирусным препаратам как прогностический фактор долгосрочной вирусологической супрессии

ВИЧ: пятилетнее наблюдение за наблюдательной группой. PLoS ONE, 5(5), e10460.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0010460>

<sup>54</sup> Оценивается как более восьми правильных ответов на опросник по лечению ВИЧ, состоящий из десяти пунктов

<sup>55</sup> Оценивается как восемь или менее правильных ответов на опросник по лечению ВИЧ, состоящий из десяти пунктов

<sup>56</sup> Минимум один раз в четыре месяца после постановки диагноза ВИЧ

Стигма и дискриминация, связанные с ВИЧ оказывают серьезное негативное влияние на физическое и психическое здоровье, соблюдение лечения и участие в здравоохранении ЛЖВ<sup>57</sup>. Наше исследование показало, что ЛЖВ из ВЕЦА по-прежнему сталкиваются с высоким уровнем стигмы и дискриминации. Из всех участников исследования 86% (СО = 0,02) сообщили, что в прошлом году они пережили хотя бы одно стигматизирующее событие, связанное с ВИЧ. Большая часть ЛЖВ подверглась стигме в связи с ВИЧ в Кыргызстане, чем в Украине (92,5% (СО = 1,9) и 79,5% (СО = 2,9), соответственно). Практически все ЛЖВ из сельской местности сталкивались со стигмой (93,8%, СО = 2,0), в то время как меньшее количество ЛЖВ из городских районов сталкивались со стигмой (81,5%, СО = 2,4; *p* - значение <0,001). Меньшая доля ЛУИН подвергалась стигме по сравнению с не-ЛУИН (79,2%, СО = 2,7 против 94,4%, СО = 1,7), возможно, из-за различий в восприятии стигмы среди этих групп, и поскольку стигму среди ЛУИН можно сравнить со стигмой среди других групп риска, а не только среди населения в целом. Из всех ЛЖВ в ВЕЦА 65% (СО = 0,02) ожидали, что столкнутся со стигмой в связи с ВИЧ<sup>58</sup> минимум один раз в прошлом году. Большая часть женщин

ожидала стигмы в связи с ВИЧ, в отличие от мужчин: 69,4% (СО = 3,4) против 60,5% (СО = 3,3), соответственно (*p* - значение = 0,06). Большая часть людей старшего возраста (> 49 лет) ожидала стигматизации, в отличие от молодых (18–49 лет): 84,2% (СО = 4,8) и 61,2% (СО = 2,6), соответственно (*p* - значение <0,001). Большая часть ЛЖВ, проживающих в сельской местности, ожидала больше стигматизации, чем те, которые проживают в городах 80,1% (СО = 3,3) и 55,5% (СО = 3,1), (*p* - значение <0,001).

Выводы об установленной стигме<sup>59</sup> были менее распространены - 25% (СО = 0,02) всех участников сообщили об этом. Доля ЛЖВ, столкнувшихся с установленной стигмой в Кыргызстане, была значительно ниже, чем в Украине: 13% (СО = 2,4) против 36,5% (СО = 3,4) соответственно (*p*-значение <0,001). Установленная стигма была более распространена среди городских жителей, чем среди жителей сельской местности: 30,7% (СО = 2,9) против 14,4% (СО = 2,9), соответственно (*p*-значение <0,001).

Вдобавок половина всех участников сообщили, что испытывали внутреннюю стигму в связи с ВИЧ<sup>60</sup> в прошлом году (51%, СО = 0,03). Доля ЛЖВ, испытавших внутреннюю стигму, была немного ниже в Кыргызстане, чем в Украине: 46,5% (СО = 3,5) против 55,5%

<sup>57</sup> Руэда С., Митра С., Чен С., Гоголишвили Д., Глоberman Дж., Чемберс Л.,... Рурк, С Б. (2016). Изучение связи между стигмой, связанной с ВИЧ, и последствиями для здоровья людей, живущих с ВИЧ / СПИДом: серия метаанализов. *BMJ Open*, 6(7), e011453. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011453>

<sup>58</sup> Определяются, как решения никому не раскрывать ВИЧ-статус, избегать встреч с друзьями или участия в общественных собраниях из-за ВИЧ-статуса.

<sup>59</sup> Определяются как исключенные из семейных, социальных и религиозных собраний; быть предметом сплетен; подвергнуться словесному или физическому насилию; принуждение к смене места жительства; потеря работы; отказано в медицинских услугах из-за ВИЧ-статуса

<sup>60</sup> Определяется как обвинение себя в том, что они ВИЧ-положительные; решение не иметь детей или не заниматься сексом из-за ВИЧ-статуса

(CO = 3,5) соответственно ( $p$ -значение = 0,07).

***“Бывает, что пациента встречают на рынке и громко спрашивают, почему он не пошел сдавать тест на CD4. Такое отношение врачей пугает, останавливает пациентов от посещения врача” - Кыргызстанец, живущий с ВИЧ.***

#### *Рекомендации*

Результаты исследований в Кыргызстане и Украине выявили существующие проблемы и пробелы в непрерывном предоставлении услуг в связи с ВИЧ и в предоставлении комплексного пакета услуг помощи людям, живущим с ВИЧ. Несмотря на очевидные улучшения в расширении масштабов АРВ-лечения и диагностических тестов, в странах ВЕЦА по-прежнему не хватает оптимизированного предоставления помощи и лечения. Срочно необходимы пропагандистские усилия, направленные на обеспечение качества, своевременности и соответствия услуг для людей в регионе, живущих с ВИЧ. Такие усилия должны разрабатываться и осуществляться скоординированно во всем регионе и при значительном участии ЛЖВ и затронутых ключевых групп населения. Технически обоснованные и соответствующие долгосрочные кампании по защите интересов должны быть нацелены на улучшение доступа к современным АРВ-препаратам, поддержку доступности лечения и устойчивого финансирования, а также на реализацию основных услуг по профилактике, помощи и поддержке на региональном, национальном и местном уровнях.

Чтобы преодолеть существующие препятствия на пути к

достижению целевых показателей «90-90-90» в Кыргызстане, Украине и регионе ВЕЦА, мы рекомендуем следующее:

- Ускорить многосекторальные усилия по расширению доступа, охвата и приемлемости тестирования; для облегчения ранней диагностики ВИЧ, особенно среди людей, принадлежащих к ключевым группам населения, и их половых партнеров и партнеров, употребляющих наркотики
- Оптимизировать текущие пути для улучшения обеспечения медицинской помощью и содержания в ней; переход ЛЖВ с впервые установленным диагнозом между этапами обращения и системы помощи должен быть максимально плавным и быстрым; пути должны развиваться вокруг потребностей ЛЖВ, а не вокруг бюрократических процедур.
- Сделать приоритетным быстрое начало АРВ-терапии: как можно скорее, учитывая консультации и готовность начать лечение, а также сопутствующие заболевания, такие как туберкулез, криптококковый менингит, которые, возможно, необходимо лечить до начала АРТ, и наблюдать за людьми с ПСВИ для восстановления иммунной системы.

- Разработать и внедрить комплексные программы и услуги в области репродуктивного здоровья для всех женщин, особенно тех, кто принадлежит к ключевым группам населения.
- Улучшить предоставление комплексного пакета услуг по уходу за ЛЖВ, включая тестирование и лечение ТБ, ВГС, ВГВ, ИППП и неинфекционных заболеваний.
- Выступать за стабильное и достаточное финансирование услуг по профилактике, лечению и уходу.
- Продолжать работу по снижению стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ на всех уровнях.
- Обеспечить непрерывное обучение медицинских работников и поставщиков услуг НПО об услугах в связи с ВИЧ, лечении и их предоставлении на основе международно признанных руководств и стандартов Всемирной организации здравоохранения.
- Осуществлять и поддерживать постоянный надзор сообщества ЛЖВ за финансированием и реализацией национальных и местных политик, направленных на ликвидацию эпидемии СПИДа к 2030 году.