

ОПАСНОСТЬ НЕРАВЕНСТВА

© Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), 2023 г.

Некоторые права защищены. Эта работа доступна по лицензии Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/>).

В соответствии с условиями настоящей лицензии вы можете копировать, распространять и адаптировать работу для некоммерческих целей при условии надлежащего цитирования работ, как указано ниже. Ни при каких обстоятельствах не следует допускать возникновения предположений о том, что ЮНЭЙДС выражает поддержку каким-либо конкретным организациям, продукции или услугам. Использование логотипа ЮНЭЙДС запрещено. Если вы адаптируете работу, вам необходимо получить на нее такую же или эквивалентную лицензию Creative Commons. Если вы переводите эту работу на другой язык, вы должны добавить следующее заявление об отказе от ответственности вместе с рекомендуемой цитатой: «Этот перевод не был создан ЮНЭЙДС. ЮНЭЙДС не несет ответственности за содержание или точность данного перевода. Оригинальная версия на английском языке является юридически обязывающей и оригинальной».

Любое посредничество, связанное со спорами, возникающими в связи с лицензией, должно осуществляться в соответствии с правилами посредничества Всемирной организации интеллектуальной собственности (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules>).

Рекомендуемая цитата. Опасность Неравенства: Доклад ко всемирному дню борьбы со СПИДом 2022. Женева: Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу; 2022 г. Лицензия: **CC BY-NC-SA 3.0 IGO**.

Материалы третьих лиц. Если вы хотите повторно использовать материалы, связанные с этой работой и ассоциированные с третьими лицами, например таблицы, рисунки или фотографии, вы несете ответственность за определение необходимости получения разрешения на такое повторное использование, а также за получение разрешения от владельца авторского права. Риск претензий, возникающих в результате нарушения авторских прав на компоненты, принадлежащие третьим лицам, в полной мере несет пользователь.

Используемые обозначения и презентация материалов в данной публикации не подразумевают никакого мнения со стороны ЮНЭЙДС относительно юридического статуса любой страны, территории, города или области, равно как и их властей, а также относительно определения их границ. Пунктирные линии на картах представляют примерные границы, для которых еще не достигнуто полное соглашение.

Упоминание компаний или отдельных товаров производителей не подразумевает, что они одобрены или рекомендованы ЮНЭЙДС в отличие от других неупомянутых компаний такого же типа. Исправленные ошибки и упущения, а также названия фирменных товаров выделяются начальными заглавными буквами.

ЮНЭЙДС приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в данной публикации. Однако опубликованный материал распространяется без каких-либо гарантий, явных или подразумеваемых. Ответственность за интерпретацию и использование материала несет читатель. Ни при каких обстоятельствах ЮНЭЙДС не несет ответственности за ущерб, возникший в результате его использования.

ЮНЭЙДС/JC3068R

ОПАСНОСТЬ НЕРАВЕНСТВА

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	6
ВСТУПИТЕЛЬНОЕ СЛОВО	8

Ссылки	13
--------	----

ГЕНДЕРНОЕ НЕРАВЕНСТВО СДЕРЖИВАЕТ ЛИКВИДАЦИЮ СПИДА	14
--	-----------

УЯЗВИМОСТЬ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН	17
---	-----------

В странах Африки к югу от Сахары число новых случаев инфицирования ВИЧ среди девочек-подростков и молодых женщин снижается медленнее, чем среди мужчин того же возраста	17
---	----

Для устранения пробелов в мерах противодействия СПИДу необходимы реформа политики и увеличение финансирования программ в области ВИЧ, адресованных девочкам-подросткам и молодым женщинам	19
---	----

Конкретные действия за пределами сектора здравоохранения имеют решающее значение для снижения уязвимости девочек-подростков и молодых женщин	20
--	----

ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О МУЖЕСТВЕННОСТИ И УСЛУГИ В ОБЛАСТИ ВИЧ	23
--	-----------

Факторы гендерного неравенства в доступе к услугам и результатах лечения	25
--	----

Обеспечение связанных с ВИЧ потребностей как женщин, так и мужчин является неотложным приоритетом	28
---	----

Ссылки	31
--------	----

ДЕКРИМИНАЛИЗАЦИЯ, ДЕСТИГМАТИЗАЦИЯ И ВОВЛЕЧЁННОСТЬ КЛЮЧЕВЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ	32
---	-----------

Число новых случаев инфицирования ВИЧ в результате эпидемий, сосредоточенных среди ключевых групп населения, не снижается во всём мире — и это одна из причин, по которой глобальные ответные меры не достигают цели 2030 года	34
--	----

Доступ к комплексным услугам по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции для ключевых групп населения остаётся ограниченным в большинстве стран мира	38
---	----

Доконтактная профилактика ВИЧ может значительно снизить заболеваемость ВИЧ, но услуги ДКП не охватывают ключевые группы населения	43
---	----

Мы можем положить конец эпидемии среди людей, употребляющих наркотики инъекционным путём, но нам это не удастся, поскольку мы не обеспечиваем полноценный доступ к услугам по снижению вреда	46
--	----

Мы не сможем покончить со СПИДом среди ключевых групп населения, если не будем эффективно бороться с социальными факторами, которые повышают уязвимость этих людей и блокируют их возможности доступа к услугам

48

Ссылки

49

ПОЛОЖИТЬ КОНЕЦ СПИДУ У ДЕТЕЙ

50

Пробел в лечении детей может быть устранён, если будет оказана поддержка большему числу беременных и кормящих грудью женщин и их младенцам для подтверждения ВИЧ-статуса ребёнка при рождении и по окончании грудного вскармливания.

55

Для предотвращения вертикальной передачи необходимы интенсивные стратегические усилия, ориентированные на матерей

57

Недавняя оптимизация лечения детей привела к значимому снижению вирусной нагрузки у детей, получающих антиретровирусную терапию

59

Ссылки

63

МОБИЛИЗАЦИЯ РЕСУРСОВ, НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ ЛИКВИДАЦИИ СПИДА

64

Экономические потрясения угрожают способности мира мобилизовать необходимые ресурсы для противодействия СПИДу

67

Страны должны мобилизовать политическую волю для осуществления значимых инвестиций в противодействие СПИДу

69

Необходимо расширить базу доноров и партнёров по развитию в области СПИДа и здравоохранения

71

Модели финансирования, закрепляющие неравенство в области ВИЧ, должны быть откорректированы

72

Ссылки

79

ПРЕДИСЛОВИЕ



Винни Бьянима
Исполнительный директор ЮНЭЙДС

Мир не встал на путь к прекращению пандемии СПИДа. Число новых случаев инфицирования растёт, и люди продолжают умирать от СПИДа в слишком многих сообществах.

В данном докладе представлена причина этому: нас сдерживает неравенство.

Откровенно говоря, доклад привлекает внимание всего мира к трагической реальности — опасные виды неравенства подрывают меры противодействия СПИДу и угрожают здоровью каждого человека. В докладе выделяются три конкретные области неравенства, в отношении которых возможны немедленные конкретные действия: гендерное неравенство и вредный представления о мужественности, способствующие распространению ВИЧ; маргинализация и криминализация ключевых групп, которые, как показывают наши данные, приводят к крайне незначительному прогрессу для этих групп населения и подрывают общие меры по лечению и профилактике ВИЧ; а также неравное положение детей, чьи жизни должны иметь большее значение, чем их рыночная доля.

Но это не совет отчаяния: это призыв к действию. Благодаря решительным действиям, направленным на борьбу с этими видами неравенства, мы сможем покончить со СПИДом.

Мир не сможет победить СПИД, укрепляя патриархат. Единственный эффективный путь к прекращению СПИДа и достижению целей устойчивого развития — это план действий, основанных на позициях феминизма. Мы можем уже сейчас принять меры для борьбы с гендерным неравенством и поощрения здоровой маскулинности — с тем, чтобы они пришли на смену вредному поведению, которое усугубляет риски для всех.

Гендерное насилие увеличивает риск инфицирования женщин ВИЧ и ограничивает доступ женщин, живущих с ВИЧ, к услугам, спасающим жизнь.

Девочки-подростки и молодые женщины (в возрасте от 15 до 24 лет) втрое чаще подвержены риску инфицирования, чем мальчики-подростки и молодые мужчины той же возрастной группы в странах Африки к югу от Сахары. Исследование показало, что предоставление девочкам возможности оставаться в школе до завершения ими среднего образования снижает их уязвимость к ВИЧ-инфекции до 50%. Политика, меняющая властные отношения, может снизить уязвимость девочек к ВИЧ.

Вредные представления о мужественности ведут к нежеланию мужчин обращаться за медицинской помощью. В 2021 году 80% женщин обращались за лечением, тогда как среди мужчин доля получавших лечение составила лишь 70%.

Между тем, нам необходимо бороться с факторами неравенства в реализации прав человека. Дискриминация, стигматизация и криминализация геев и других мужчин, имеющих секс с мужчинами, секс-работников, трансгендеров, людей, употребляющих наркотики инъекционным путём, и заключённых уносят жизни людей и мешают миру достичь согласованных целей противодействия СПИДу.

Данные, приведённые в настоящем докладе, указывают на отсутствие значительного снижения числа новых случаев инфицирования среди мужчин, имеющих секс с мужчинами, как в Западной и Центральной Африке, так и в Восточной и Южной Африке. Но лучший подход для ключевых групп населения вполне достижим. Например, в то время как ключевые группы населения, как правило, имеют более низкий уровень доступа к услугам в связи с ВИЧ, в данном докладе выделено несколько административно-территориальных единиц в Кении, где секс-работницы, живущие с ВИЧ, получают доступ к услугам по лечению ВИЧ наравне или чаще, чем женщины в общей популяции. Это результат предоставления услуг силами сообществ. Кроме того, мы приводим исследования, показывающие, что страны, которые устраняют криминализацию или избегают её, добились большего прогресса.

На фоне распространения вирусной инфекции, неспособность добиться прогресса в отношении ключевых групп населения подрывает весь комплекс мер в ответ на СПИД, что и объясняет замедление прогресса.

А там, где гендерное неравенство пересекается с неравенством ключевых групп населения, происходит усиление негативных факторов.

Нам также необходимо устранить неравенство в доступе к лечению между взрослыми и детьми.

В то время как более трёх четвертей взрослых, живущих с ВИЧ, получают антиретровирусную терапию, доля детей, живущих с ВИЧ и принимающих жизненно важные лекарства, составляет лишь чуть более половины. В 2021 году лишь 4% всех людей, живущих с ВИЧ, были дети, однако доля детей в смертности, обусловленной СПИДом, составляла 15%. Ликвидация пробелов в лечении детей поможет спасти жизни.

Нам необходимо укреплять международное сотрудничество и солидарность, потому что мы сможем покончить со СПИДом только тогда, когда покончим с ним везде.

Данный доклад показывает, что донорское финансирование стимулирует увеличение внутреннего финансирования: увеличение внешнего финансирования мер противодействия ВИЧ, выделяемого странам по линии ПЕПФАР (Чрезвычайным планом Президента США по борьбе со СПИДом) и Глобальным фондом, коррелировало со значительным увеличением внутреннего финансирования со стороны национальных правительств в течение 2018–2021 годов. Оба источника крайне нуждаются в пополнении. В 2021 году объём финансирования программ противодействия ВИЧ в странах с низким и средним уровнем дохода был на 8 млрд долларов меньше необходимого. Увеличение донорской поддержки жизненно важно для того, чтобы вернуть меры противодействия СПИДу на путь к прекращению эпидемии.

Настал момент, когда надо проявить смелость. Обеспечить, чтобы все наши девочки учились в школе, находились в безопасности и были сильными. Справиться с гендерным насилием. Содействовать распространению представлений о мужественности, включающих заботу о здоровье, чтобы вытеснить вредные модели поведения, несущие риски всем. Декриминализировать людей, состоящих в однополых сексуальных отношениях, секс-работников и людей, употребляющих наркотики, а также инвестировать в услуги, предоставляемые под руководством сообществ, что обеспечит их охват будет способствовать преодолению барьеров в получении услуг и медицинской помощи для миллионов людей. Обеспечить, чтобы услуги для детей, живущих с ВИЧ, доходили до них и отвечали их потребностям; устранить пробелы в лечении, чтобы навсегда покончить со СПИДом среди детей. Необходимо в полном объёме финансировать меры противодействия СПИДу, чтобы превратить обещания в действия.

То, что должны предпринять мировые лидеры, предельно ясно. Это формулируется одним словом: уравнивать. Уравнивать доступ к правам, уравнивать доступ к услугам, уравнивать доступ к лучшей науке и медицине.

Усугубляя неравенство и далее, мы способствуем бесконечному продолжению пандемии СПИДа, подвергая опасности всех. Борьба с неравенством поможет не только маргинализированным слоям населения. Она поможет всем и каждому.

ВСТУПИТЕЛЬНОЕ СЛОВО

НЕРАВЕНСТВО МЕШАЕТ МИРУ ПОКОНЧИТЬ СО СПИДОМ

В нашем ежегодном Докладе о глобальной эпидемии СПИДа за 2022 год *In danger* («В опасности») мы заявили о том, что глобальные ответные меры на заболеваемость СПИДом значительно отклонились от намеченного курса. Процесс сокращения числа новых случаев ВИЧ-инфекции и смертности от СПИДа заметно замедлился, и число новых случаев инфицирования во многих частях мира растёт. Объём ресурсов, необходимых для осуществления мер противодействия, стагнирует на уровне, совершенно недостаточном для того, чтобы к 2030 году покончить со СПИДом как угрозой общественному здоровью.

Этот доклад, приуроченный к Всемирному дню борьбы со СПИДом 2022 года, анализирует воздействие, которое оказывает гендерное неравенство, как и другие виды неравенства, с которыми сталкиваются ключевые группы населения, а также и неравенство между детьми и взрослыми в области мер противодействия СПИДу. Различные виды неравенства, сдерживающие искоренение СПИДа, не являются неизбежными. Мы знаем, что даёт результат, а смелые и готовые к сотрудничеству политические лидеры могут справиться с этими проблемами.

- Гендерное неравенство является одним из движущих факторов эпидемии СПИДа. Вероятность инфицирования ВИЧ у девочек-подростков и молодых женщин в странах к югу от Сахары в три раза выше, чем у мальчиков-подростков и молодых мужчин. Недавнее исследование также показало, что для женщин, подвергшихся насилию со стороны своего интимного партнёра в течение прошедшего года, вероятность оказаться недавно инфицированными ВИЧ повышается в три раза (1). Неравная динамика властных отношений между мужчинами и женщинами и вредные гендерные нормы повышают уязвимость к ВИЧ женщин и девочек во всём их многообразии, лишают их права голоса и способности принимать решения, касающиеся их собственной жизни, затрудняет доступ к услугам, соответствующим их потребностям, повышают для них риск насилия и другого вреда, а также снижает их способность смягчать последствия СПИДа. Корректировка вредных гендерных норм и представлений о мужественности среди мужчин и мальчиков поможет снизить риски, связанные с ВИЧ, для них самих и одновременно снизит риски и уязвимость к ВИЧ для женщин и девочек-подростков, в том числе путём охраны их сексуального и репродуктивного здоровья и прав, а также соблюдением нулевой толерантности к любым видам насилия против них.

• Дискриминация, стигматизация и криминализация ключевых групп населения уносят жизни людей и мешают миру достичь согласованных целей в области противодействия СПИДу. Это утверждение справедливо как для концентрированных, так и для генерализованных стадий эпидемии. Например, с 2010 года наблюдалось снижение заболеваемости ВИЧ на 58% среди взрослых (в возрасте от 15 до 49 лет) в Западной и Центральной Африке и на 62% в Восточной и Южной Африке, однако в этих регионах за тот же период среди мужчин-геев и других мужчин, имеющих секс с мужчинами, значительного снижения не произошло, что показал систематический обзор данных (2). Аналогичным образом, данные программ и опросов в странах в различных регионах и с разными стадиями эпидемий — например, в Индии, Кении, Мьянме, Нигерии и Вьетнаме — показывают, что различные ключевые группы населения имеют более низкий охват услугами в связи с ВИЧ по сравнению с общей популяцией. В ряде стран ключевые группы населения не имеют сколько-нибудь значимых шансов оказаться приоритетными в национальных мерах противодействия СПИДу. Необходимы срочные усилия для устранения этого неравенства, в том числе путём поддержки инициатив с ведущим участием сообществ, широкого внедрения доконтактной профилактики и незамедлительного закрытия пробелов в доступе к услугам по снижению вреда.

• Мир всё также не оправдывает надежд детей спастись от СПИДа. В 2021 году 800 000 детей, живущих с ВИЧ, всё ещё не получали жизненно необходимого лечения. Мы знаем, что необходимо предпринять для устранения вертикальной передачи ВИЧ и удовлетворения потребностей детей в лечении, но бездействие правительств не позволило нам добиться этого, и неравенство в охвате лечением детей и взрослых скорее увеличивается, чем уменьшается. Кроме того, многим детям диагноз ставится поздно: 60% детей в возрасте от 5 до 14 лет, живущих с ВИЧ, в настоящее время не получают лечения. Ликвидация пробелов в лечении детей поможет спасти жизни. Улучшая эффективность лечения детей, живущих с ВИЧ, мы также поддержим — и даже постараемся ускорить — недавний рост доли детей с подавленной вирусной нагрузкой благодаря оптимизации педиатрических схем лечения ВИЧ-инфекции. Такие факторы неравенства не просто наносят вред отдельным людям: они препятствуют прогрессу в борьбе со СПИДом, снижают отдачу от инвестиций в борьбу с ВИЧ и подвергают опасности миллионы людей. Несмотря на то, что и ВИЧ-инфекцию, и СПИД можно полностью предотвратить, темпы их распространения снижаются недостаточно быстро, чтобы мы могли покончить со СПИДом к 2030 году.

Каждые две минуты в 2021 году девочка-подросток или молодая женщина (в возрасте от 15 до 24 лет) инфицировалась ВИЧ. При том, что передача ВИЧ среди этой группы является движущей силой многих национальных эпидемий в странах Африки к югу от Сахары, в 19 странах Африки с высоким бременем ВИЧ целевые комплексные программы профилактики для девочек-подростков и молодых женщин действуют лишь в 40% районов с высоким уровнем заболеваемости ВИЧ. Отсутствие политических реформ и инвестиций в секторе здравоохранения и за его пределами затрудняет, а иногда и делает невозможным доступ девочек-подростков и молодых женщин к жизненно важным услугам в связи с ВИЧ. Профилактика ВИЧ среди мужчин и обеспечение вирусной супрессии у мужчин, живущих с ВИЧ, также имеют решающее значение для снижения воздействия эпидемии на женщин и девочек в ряде регионов мира.

Ключевые группы населения составляют менее 5% населения планеты, но в 2021 году на представителей этих групп и их партнёров приходилось 70% новых случаев ВИЧ-инфекции. Пренебрежение связанными с ВИЧ потребностями ключевых групп населения не только способствует ненужным страданиям и смертям людей в этих группах, но и подвергает их сексуальных партнёров значительному риску.

Неиспользование доступных простых стратегий профилактики ВИЧ среди детей является трагедией не только для каждого ребёнка, живущего с ВИЧ, но и для их семей и сообществ. Общество несёт долгосрочные расходы на пожизненную антиретровирусную терапию для детей, которые изначально не должны были инфицироваться ВИЧ.

Более двух десятилетий постоянных инвестиций в борьбу со СПИДом позволили добиться исторических результатов. Но все эти достижения сейчас находятся под угрозой вследствие недостаточного прогресса в устранении связанных с ВИЧ факторов неравенства.

Это не первый случай, когда доведение дела до конца оказывается проблемой для глобальных усилий в области здравоохранения. До признания СПИДа в начале 1980-х годов глобальный прогресс в снижении бремени, связанного с туберкулёзом и малярией, затормозился, а усилия по контролю ослабли. Неспособность мира покончить с этими болезнями привела к их возрождению, что значительно увеличило человеческие и экономические издержки, связанные с этими эпидемиями.

Мы просто не можем допустить, чтобы то же самое произошло в случае со СПИДом. Цена неудачи в долгосрочной перспективе будет недопустимо велика. Мир должен действовать немедленно, чтобы вернуть меры по противодействию СПИДу в нужное русло.

Глобальная стратегия по СПИДу на 2021–2026 годы «Ликвидировать неравенство, покончить со СПИДом» представляет собой чёткий и достижимый план устранения факторов неравенства, связанных с ВИЧ, и продвижения по пути ликвидации СПИДа к 2030 году. Просто сделать немного больше, чем раньше — это верный путь к неудаче: чтобы бороться с неравенством, которое замедляет прогресс, мы должны рассматривать сквозь призму неравенства все наши усилия, используя детализированные данные для выявления критических факторов неравенства и разработки мер по их устранению.

Иными словами, неспособность сделать ответ на СПИД равноправным приведёт к провалу самих ответных мер. Во избежание такого исхода мы должны обеспечить следующее:

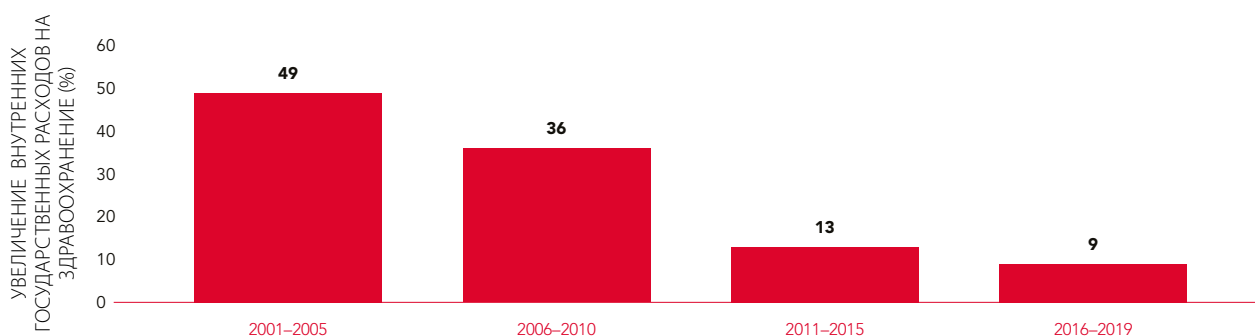
- равный доступ к правам;
- равный доступ к услугам;
- равный доступ к научным достижениям;
- равный доступ к ресурсам.

Для устранения факторов неравенства, связанных с ВИЧ, — охвата тех, кто остался «за бортом», и устранения основополагающих причин уязвимости и отчуждения — потребуются дополнительные ресурсы и изменение методов нашей работы. Только если мы проявим волю к мобилизации этих ресурсов, мы сможем покончить со СПИДом.

Наша способность бороться с неравенством, которое замедляет прогресс, снижается из-за острой нехватки финансирования для борьбы со СПИДом. В 2021 году объём финансирования программ по борьбе с ВИЧ в странах с низким и средним уровнем дохода (21 млрд долларов США) был на 8 млрд долларов меньше объёма, необходимого в 2025 году.

Мобилизация ресурсов, необходимых для ликвидации пробелов в области неравенства в противодействии ВИЧ, требует решения многочисленных проблем. В настоящее время страны с низким и средним уровнем дохода оплачивают большую часть расходов на реализацию мер против СПИДа, хотя объём внутренних инвестиций в противодействие ВИЧ в разных странах значительно различается. Следует отметить, что многие страны с низким и средним уровнем дохода ещё не оправились от воздействия пандемии COVID-19 на национальную экономику, население и системы здравоохранения. Война в Украине также привела к повышению стоимости топлива, продуктов питания и других товаров, и некоторые давние международные доноры перераспределяют средства, выделявшиеся на развитие, на решение гуманитарных проблем. Кроме того, долговой кризис в развивающихся странах подрывает их способность защищать здоровье и благополучие своего населения. Рост внутренних инвестиций в здравоохранение резко замедлился в последнее десятилетие по мере увеличения долгового бремени (рис. 0.1).

Рисунок 0.1 Процентное увеличение внутренних государственных расходов на здравоохранение в странах с низким и средним уровнем дохода с разбивкой по 5-летним периодам, 2000–2019 гг.



Источник: Финансовые оценки ЮНЭЙДС, 2022 год; Перспективы развития мировой экономики, МВФ, июль 2022 г.; База данных ВОЗ по расходам на здравоохранение.
Примечание. Последние доступные данные относятся к расходам за 2019 год.

Несмотря на то, что эти проблемы являются крайне сложными, их можно решить. Инновации на уровне стран и сообществ легли в основу программных и политических стратегий по ликвидации факторов неравенства, связанных с ВИЧ, и удовлетворению потребностей неохваченных групп населения. В мире имеется достаточно ресурсов для финансирования мер по противодействию СПИДу, поскольку суммы, необходимые для полного финансирования реализации Глобальной стратегии по СПИДу на 2021–2026 годы, невелики по сравнению с масштабами мировой экономики. Нам также известно, что увеличение двустороннего финансирования со стороны правительства США и многостороннего финансирования со стороны Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулёзом и малярией (Глобальный фонд) не усугубило зависимость стран с низким и средним уровнем дохода от внешних источников. Напротив, это увеличение сопровождалось ростом внутренних финансовых инвестиций в противодействие ВИЧ. Более того, существуют вполне очевидные способы генерирования необходимых ресурсов, включая перераспределение ресурсов с выплат по долгам на здравоохранение.

В настоящее время не хватает одного компонента — политической воли, чтобы сделать трудный выбор, необходимый для инвестирования в людей и искоренения СПИДа. Определив возможности для устранения неравенства, которое замедляет прогресс в осуществлении мер реагирования на СПИД, этот доклад призван помочь покончить со стагнацией в глобальных ответных мерах и сделать их действенными. Перед нами стоит выбор: действовать сейчас, чтобы вернуть ответные меры в нужное русло, или наблюдать за неоправданным ростом человеческих и финансовых затрат, который будет продолжаться в течение десятилетий. У нас всё ещё есть возможность покончить со СПИДом к 2030 году, но только в том случае, если мы воспользуемся ею сегодня. Это поможет не только миллионам людей, подверженных риску инфицирования ВИЧ, но и всем нам: никто не будет в безопасности во время пандемии, пока все без исключения не получат равный доступ к услугам по профилактике и лечению.



Ссылки

1. Kuchukhidze S, Panagiotoglou D, Boily MC, Diabaté S, Eaton JW, Mbofana F et al. The effect of intimate partner violence on women's risk of HIV acquisition and engagement in the HIV treatment and care cascade: an individual-participant data meta-analysis of nationally representative surveys in sub-Saharan Africa. Preprint. doi: <https://doi.org/10.1101/2022.08.04.22278331>.
2. Stannah J, Soni N, Lam J, Giguère K, Larmarange J, Maheu-Giroux M et al. Trends in HIV testing, the treatment cascade, and HIV incidence among men who have sex with men in Africa: a systematic review and meta-regression analysis. Preprint (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.11.14.22282329v1>).

ГЕНДЕРНОЕ НЕРАВЕНСТВО СДЕРЖИВАЕТ ЛИКВИДАЦИЮ СПИДА

Гендерное неравенство является одним из главных движущих факторов эпидемии СПИДа. Неравная динамика властных отношений между мужчинами и женщинами и вредные гендерные нормы повышают уязвимость к ВИЧ женщин и девочек во всём их многообразии, лишают их права голоса и способности принимать решения, касающиеся их собственной жизни, затрудняет доступ к услугам, соответствующих их потребностям, повышают для них риск насилия и другого вреда, а также снижает их способность смягчать последствия СПИДа.

В 2021 году на долю женщин и девочек приходилось 49% новых случаев инфицирования ВИЧ во всём мире. Каждые две минуты в 2021 году девочка-подросток или молодая женщина (в возрасте от 15 до 24 лет) инфицировалась ВИЧ. Причины, связанные со СПИДом, остаются третьей по значимости причиной смерти женщин в возрасте от 15 до 49 лет во всём мире и четвёртой по значимости причиной смерти среди молодых женщин (в возрасте от 15 до 29 лет). Влияние гендерного неравенства на уязвимость женщин к ВИЧ особенно ярко проявляется в странах Африки к югу от Сахары, где в 2021 году на долю женщин пришлось 63% новых случаев ВИЧ-инфекции, и это усугублялось значительно более медленным снижением числа новых случаев ВИЧ-инфекции среди женщин по сравнению с мужчинами и мальчиками. В целом, причины, обусловленные СПИДом, являются основной причиной смертности среди женщин в Африке и второй по значимости причиной смерти (после материнской смертности) среди молодых женщин (в возрасте от 15 до 29 лет) в Африке.



Девушка, присутствующая на презентации инициативы Education Plus («Образование плюс») в Гамбии, 7 июля 2022 г.

©EDUCATION PLUS INITIATIVE

Обычаи, закрепляющие патриархальные социальные нормы, зачастую отбивают у мужчин желание обращаться за услугами, в которых они нуждаются. Трансгендеры и люди с разнообразной трансгендерной самоидентификацией во многих странах часто сталкиваются со значительным уровнем стигмы, дискриминации и насилия, а также с более низким доступом к услугам в связи с ВИЧ, чем остальная часть населения (см. раздел «Декриминализация, дестигматизация и вовлечение ключевых групп населения») (1).

Преобразование пагубных гендерных и маскулинных норм среди мужчин и мальчиков поможет снизить для них риск инфицирования ВИЧ, но это также снизит риски и уязвимость к ВИЧ женщин и девочек-подростков, в том числе за счёт уважения к их правам, в том числе на охрану сексуального и репродуктивного здоровья, а также поддержания нулевой терпимости к любому насилию в отношении женщин и девочек.

По оценкам, в 2021 году 250 000 [150 000–360 000] девочек-подростков и молодых женщин инфицировались ВИЧ: 82% из них живут в странах Африки к югу от Сахары.

©UNAIDS



Первая леди Республики Гамбия Х. Е. Фатуматта Бах Барроу с группой студентов во время запуска инициативы #EducationPlus в Гамбии, июль 2022 г.

Уязвимость девочек-подростков и молодых женщин

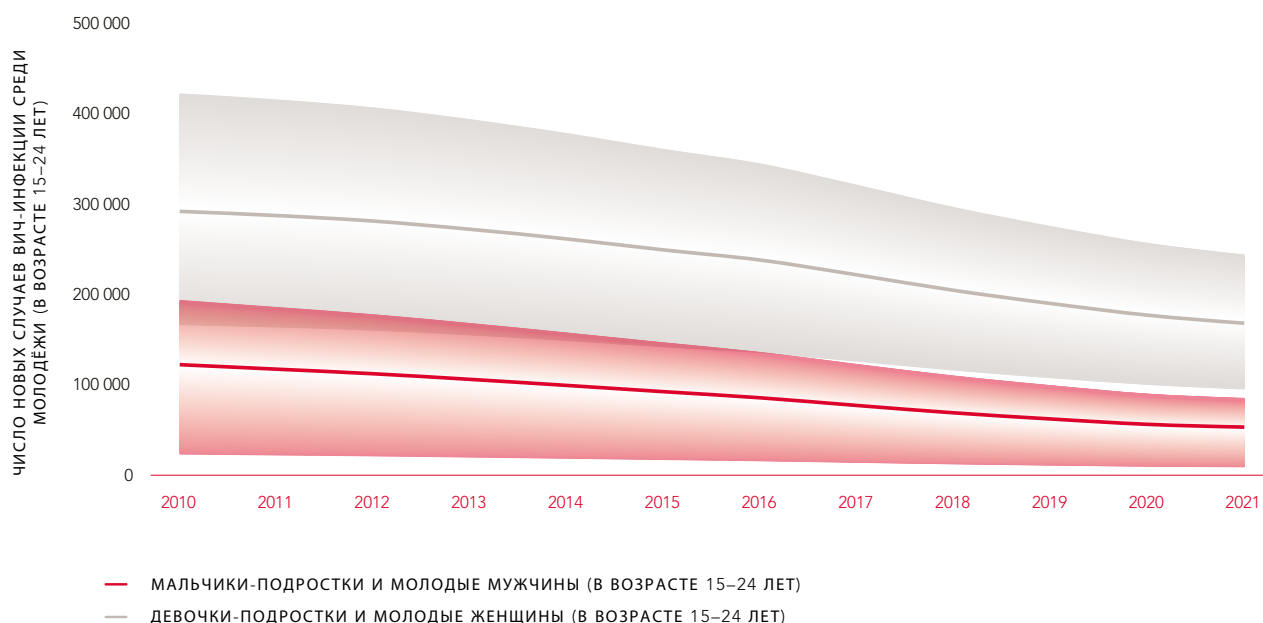
Одним из наиболее серьёзных из всех видов неравенства, связанных с ВИЧ, является непропорциональное воздействие ВИЧ на девочек-подростков и молодых женщин (в возрасте от 15 до 24 лет). В странах Африки к югу от Сахары, где проживает 57% всех людей, инфицированных ВИЧ в 2021 году, передача ВИЧ девочкам-подросткам и молодым женщинам серьёзно мешает странам быстрее продвигаться к искоренению СПИДа как угрозы общественному здоровью.

По оценкам, в 2021 году 250 000 [150 000–360 000] девочек-подростков и молодых женщин инфицировались ВИЧ. Восемьдесят два процента из них проживали в странах Африки к югу от Сахары. Это означает 4 900 новых случаев ВИЧ-инфекции среди девочек-подростков и молодых женщин каждую неделю, что значительно удаляет мир от достижения цели по снижению ежегодного числа новых случаев ВИЧ-инфекции среди девочек-подростков и молодых женщин до уровня ниже 50 000 случаев к 2025 году.

В странах Африки к югу от Сахары число новых случаев инфицирования ВИЧ среди девочек-подростков и молодых женщин снижается медленнее, чем среди мужчин того же возраста.

У девочек-подростков и молодых женщин в странах Африки к югу от Сахары вероятность инфицирования ВИЧ в три раза выше, чем у их сверстников мужского пола. Более того, в странах Африки к югу от Сахары число новых случаев инфицирования среди девочек-подростков и молодых женщин в период с 2010 по 2021 год снизилось на 42%, в то время как среди мужчин того же возраста снижение числа новых случаев инфицирования составило 56% (рис. 1.1).

Рисунок 1.1 Динамика новых случаев ВИЧ-инфекции среди молодых людей (в возрасте 15–24 лет), по полу, Восточная и Южная Африка, 2010–2021 гг.

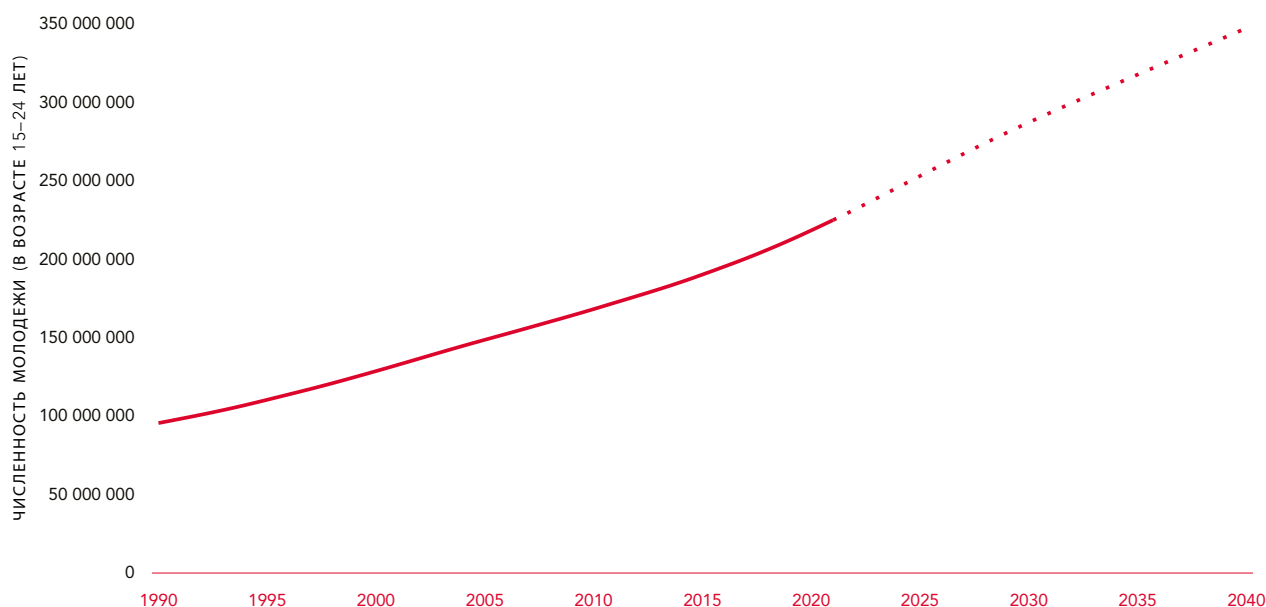


Источник: Эпидемиологические оценки ЮНЭЙДС, 2022 г. (<https://aidsinfo.unaids.org/>)

Во всём мире вероятность инфицирования ВИЧ среди девочек-подростков и молодых женщин значительно выше, чем среди юношей их возраста, хотя это неравенство в первую очередь обусловлено колоссальными различиями в заболеваемости ВИЧ среди молодёжи в странах Африки к югу от Сахары.

Возвращение на путь, ведущий к ликвидации СПИДа, потребует существенного наращивания усилий по профилактике ВИЧ, адресуемых девочкам-подросткам и молодым женщинам. В период с 2021 по 2040 год абсолютное число молодых людей в возрасте от 15 до 24 лет в странах Африки к югу от Сахары увеличится с 225 до 350 миллионов человек, что потребует эффективных и действенных вмешательств для обеспечения того, чтобы большое число девочек-подростков и молодых женщин были защищены от ВИЧ и могли полностью реализовать свой потенциал (рис. 1.2).

Рисунок 1.2 Прогнозируемая численность молодёжи (в возрасте 15–24 лет) в странах Африки к югу от Сахары, 1990–2040 гг.



Источник: Мировые демографические перспективы, отчет ООН, 2022 г. (<https://population.un.org/wpp/>).

Для устранения пробелов в мерах противодействия СПИДу необходимы реформа политики и увеличение финансирования программ в области ВИЧ, адресованных девочкам-подросткам и молодым женщинам.

Несмотря на то, что передача ВИЧ среди девочек-подростков и молодых женщин является движущей силой многих национальных эпидемий в странах Африки к югу от Сахары, услуги по профилактике ВИЧ не охватывают многих людей, которые в них нуждаются. В 19 странах Африки с высоким уровнем заболеваемости ВИЧ специализированные комбинированные программы профилактики для девочек-подростков и молодых женщин действуют лишь в 40% мест с высоким уровнем заболеваемости ВИЧ.

Во многих странах политические механизмы фактически затрудняют, если не делают невозможным, доступ девочек-подростков и молодых женщин к основным услугам в связи с ВИЧ. В 106 из 141 страны, по которым имеются данные, национальные законы или политика требуют, чтобы подростки получали согласие родителей или опекунов для доступа к услугам тестирования на ВИЧ.

Политические механизмы фактически затрудняют, если не делают невозможным, доступ девочек-подростков и молодых женщин к основным услугам в связи с ВИЧ.

Такие законы являются частью более широкой системы, ограничивающей права девочек-подростков на самостоятельный доступ к основным медицинским услугам, включая гормональные контрацептивы и противозачаточные средства длительного действия. Это означает, что закон позволяет девочкам-подросткам и молодым женщинам заниматься сексом, но не разрешает им иметь доступ к какой-либо информации или услугам, касающихся контрацепции, методов защищённого секса или других форм предотвращения ВИЧ.

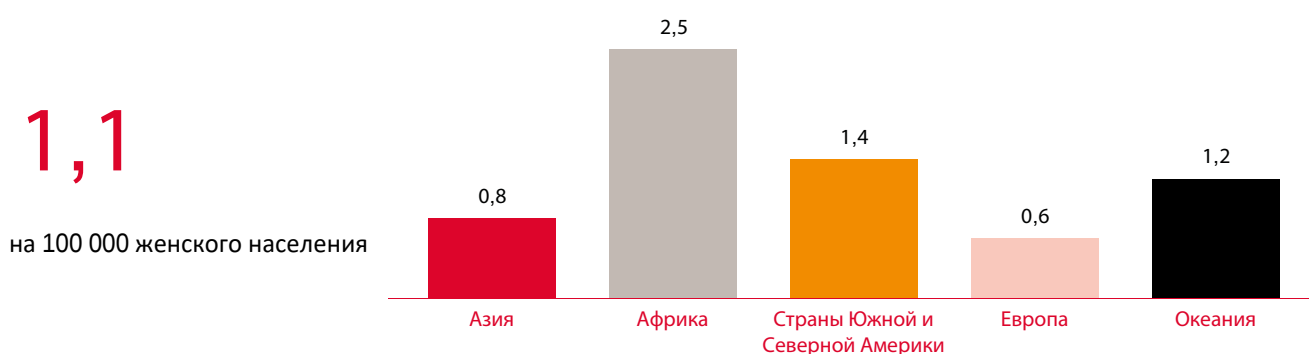
Такие законы и политики, хотя и принимаются якобы для защиты несовершеннолетних, на самом деле увеличивают риски для здоровья девочек-подростков. В странах Африки к югу от Сахары, где возраст согласия на тестирование на ВИЧ составляет 15 и менее лет, вероятность того, что подростки пройдут тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев, на 74% выше, чем в странах, где возраст согласия на тестирование на ВИЧ составляет 16 и более лет (2).

Конкретные действия за пределами сектора здравоохранения имеют решающее значение для снижения уязвимости девочек-подростков и молодых женщин.

Для достижения глобальной цели — резкого сокращения числа новых случаев ВИЧ-инфекции среди девочек-подростков и молодых женщин до менее чем 50 000 случаев к 2025 году — необходимы решительные действия по устранению многочисленных социальных и структурных факторов, повышающих их уязвимость к ВИЧ. Структурные реформы, выходящие за рамки сектора здравоохранения, имеют критически важное значение для искоренения СПИДа среди девочек-подростков и молодых женщин.

Ненадлежащая правовая защита, а во многих случаях и полное отсутствие правоприменения против гендерной дискриминации, повышают риски для здоровья и благополучия женщин и девочек. В новом докладе Структуры ООН по вопросам гендерного равенства и расширения прав и возможностей женщин («ООН-женщины») и Управления ООН по наркотикам и преступности (УНП ООН) говорится, что каждый час пять женщин или девочек погибают от рук членов их семей или партнёров (3). Показатели убийств, совершенных интимными партнёрами или членами семьи на 100 000 женщин, являются самыми высокими в Африке — в четыре раза выше, чем в Европе, и в три раза выше, чем в Азии (рис. 1.3).

Рисунок 1.3 Показатели убийств женщин интимными партнёрами или членами семьи на 100 000 женского населения, по регионам, 2021 г.



Источник: "Убийства женщин и девочек, связанные с гендерным фактором (фемцид/феминицид): глобальные оценки убийств женщин и девочек, связанных с гендерным фактором, в частной сфере в 2021 году." Вена: УНП ООН, «ООН-Женщины»; 2022 г.

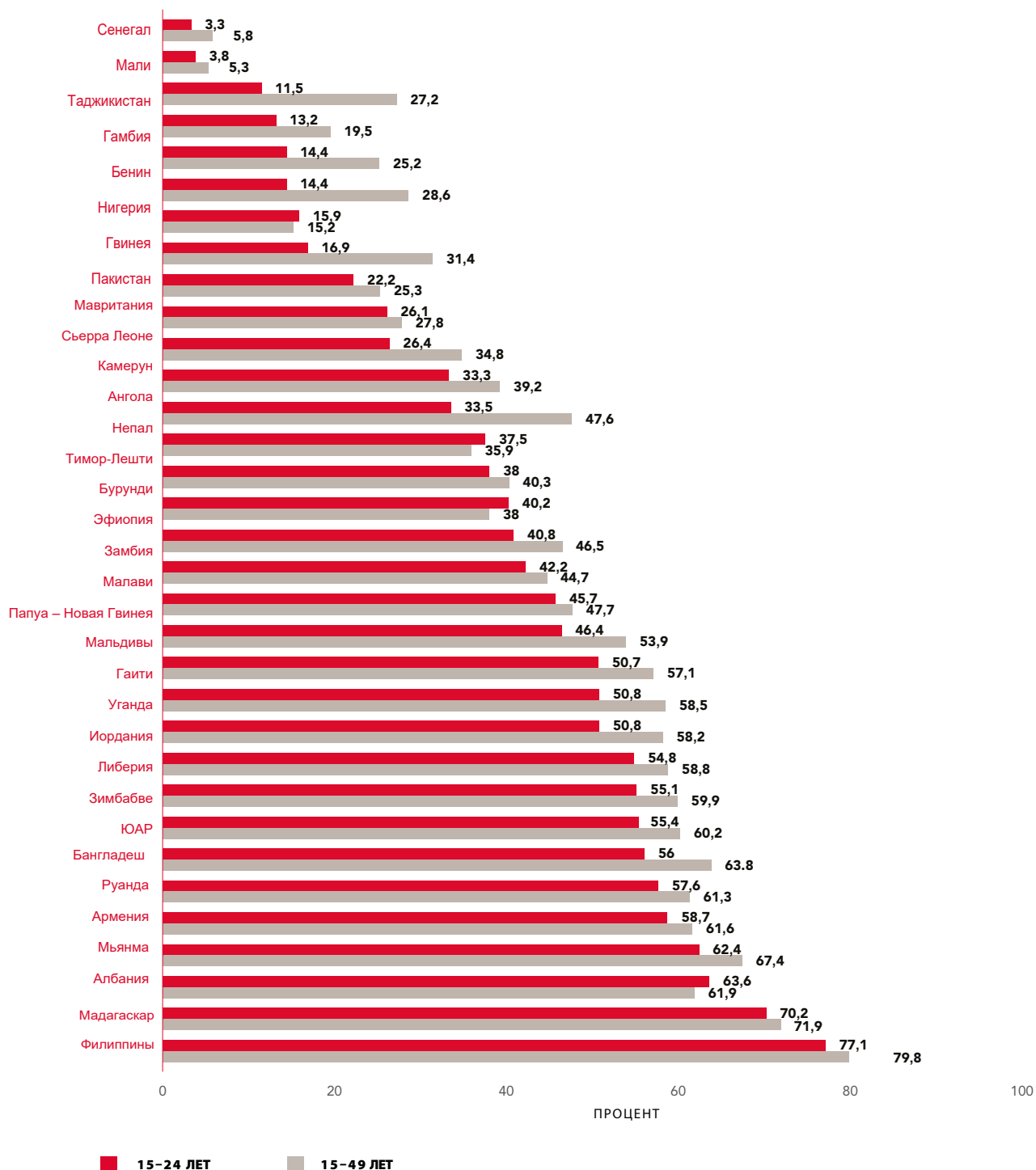
Домашнее насилие, жертвами которого становятся женщины, тесно связано с повышенной уязвимостью женщин к ВИЧ. Анализ репрезентативных национальных обследований в 10 странах Африки к югу от Сахары выявил тесную связь между ВИЧ-инфекцией у женщин и физическим и эмоциональным насилием, связанным со поведением мужчин, навязывающим насильственный контроль, и высокой распространённостью ВИЧ в регионе (4). Недавний мета-анализ 57 опросов населения в странах Африки к югу от Сахары показал, что у женщин, которые в прошлом году подверглись насилию со стороны интимного партнёра, вероятность недавнего инфицирования ВИЧ повышается более чем в три раза (5).

Если мы надеемся покончить со СПИДом к 2030 году, у нас нет другого выбора, кроме как выполнить обязательство, взятое в рамках Пекинской декларации и Платформы действий: «создать и поддерживать недискриминационную и гендерно-чувствительную правовую среду... а также устранить пробелы в законодательстве, из-за которых женщины и девочки остаются без защиты своих прав и без эффективных средств правовой защиты от гендерной дискриминации».

Изменения в политике по борьбе с насилием в отношении женщин и девочек должны сопровождаться крупными инвестициями в инициативы по изменению пагубных гендерных норм и обеспечению того, чтобы жизнь и благополучие женщин и девочек ценились в той же степени, что и жизнь и благополучие мужчин. Из-за бесправия женщин и девочек многие девочки-подростки и молодые женщины не имеют полного контроля над принятием

решений относительно своей сексуальной и репродуктивной жизни, а также касающихся их заботы о сохранении здоровья. В 33 странах, в которых с 2015 года проводятся медико-демографические исследования, в среднем лишь 41% девочек-подростков и молодых женщин, состоящих в браке или во внебрачных отношениях, сообщили, что могут самостоятельно принимать решения по вопросам сексуального здоровья. В 29 из 33 стран девочки-подростки и молодые женщины реже, чем женщины в целом, имели возможность контролировать принятие решений о собственном сексуальном здоровье (рис. 1.4).

Рисунок 1.4 Доля женщин, состоящих в настоящее время в браке или союзе, которые принимают собственные информированные решения относительно сексуальных отношений, использования контрацептивов и заботы о своём здоровье, по возрастным группам, страны с доступными данными, 2015–2021 гг.



Источник: Медико-демографические исследования, 2015–2021 гг.

Инвестирование в просвещение девочек является приоритетом для улучшения здоровья и благополучия женщин и девочек, включая снижение их уязвимости к ВИЧ. Согласно медико-демографическим исследованиям, молодые женщины, уровень образования которых не выходит за рамки начальной школы, почти в два раза реже используют презерватив во время полового акта, чем их более образованные сверстницы. Значительные успехи были достигнуты в снижении числа новых случаев инфицирования ВИЧ среди девочек-подростков и молодых женщин в тех странах, в которых доля учащихся, окончивших неполную среднюю школу, превышает 50% (6). Однако ещё одним признаком пагубного влияния гендерного неравенства является то, что даже хорошо образованные женщины реже пользуются презервативами при половом акте, чем молодые мужчины без образования или с начальным образованием.

Снижение уязвимости женщин и девочек также требует наличия сильных и устойчивых систем социальной защиты, которые эффективно удовлетворяют потребности женщин и девочек, наиболее значительно страдающих от экономических потрясений или других чрезвычайных ситуаций. Необходимость создания гендерно-чувствительных систем социальной защиты была наглядно продемонстрирована во время пандемии COVID-19, которая усугубила и без того неравный доступ женщин к занятости и финансовым ресурсам (7, 8).

Когда экономические потрясения или другие чрезвычайные ситуации повышают экономическую уязвимость женщин, их уязвимость к ВИЧ также возрастает. Например, исследование последствий засухи 2015 года в Малави показало, что во время умеренной засухи женщины, занятые в сельском хозяйстве, в два раза чаще прибегали к сексу в обмен на помощь или услуги, а мужчины, работающие вне сельского хозяйства, на 50% чаще прибегали к сексу за вознаграждение во время засухи (9). Было установлено, что каждая засуха увеличивает распространённость ВИЧ на 15% как среди мужчин, так и среди женщин. Эти результаты согласуются с данными из шести африканских стран, которые показывают, что женщины, испытывающие нехватку продовольствия, с большей вероятностью занимаются сексом в обмен на деньги, работу, товары или услуги (10).



Ммоте Мохаси (справа) у мобильной клиники в отдалённом пригороде г. Бракфонтейна, Лесото, после добровольного медицинского мужского обрезания, 31 октября 2019 г.

ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О МУЖЕСТВЕННОСТИ И УСЛУГИ В ОБЛАСТИ ВИЧ

Повышение уровня услуг и обращаемость за ними среди мужчин является элементом противодействия ВИЧ, который может оказать положительное воздействие как на мужчин и мальчиков, так и на женщин и девочек-подростков. Однако устранение пробелов в предоставлении услуг мужчинам должно осуществляться в рамках более широкой концепции искоренения неравенства, приводящего к ВИЧ, включая гендерное неравенство, и дальнейшего приоритетного соблюдения прав женщин и девочек во всём их многообразии.

Мужчины и мальчики реже проходят тестирование на ВИЧ, позже начинают антиретровирусную терапию и реже остаются под медицинским наблюдением, поэтому они умирают от болезней, связанных со СПИДом, и многих других заболеваний, гораздо чаще, чем женщины. Однако мужчины и мальчики не являются однородной группой, а это означает, что расширение доступа к тестированию, лечению и уходу, и обращаемость за этими услугами должны осуществляться не только с учётом географических особенностей, но и адресно для различных групп мужчин. В эти группы входят геи, бисексуалы и другие мужчины, имеющие секс с мужчинами; мужчины, употребляющие наркотики; секс-работники, мужчины-трансгендеры и гендерно-неконформные люди.

Ряд сложных, многоуровневых факторов способствует низкой обращаемостью за услугами, связанными с ВИЧ, мужчинами и мальчиками. Некоторые из этих барьеров являются результатом преобладающих пагубных гендерных норм — например, приравнивание болезни к слабости, — что повышает риск передачи ВИЧ. Некоторые социальные представления о медицинских учреждениях как о «женских пространствах» и другие гендерные нормы, связанные с представлениями о мужественности, побуждающие мужчин идти на чрезмерный риск и демонстрировать отцовскую волю в принятии решений, что ещё более усиливают неравные отношения, основанные на доминировании, подпитывая насилие в отношении женщин и девочек во всём их многообразии. Кроме того, в местах с высокой распространённостью ВИЧ насилие со стороны интимного партнёра и насильственный контроль увеличивают до 50% шансы женщин и девочек заразиться ВИЧ (4). Недавнее исследование показало, что у женщин, подвергшихся насилию со стороны интимного партнёра в прошлом году, вероятность недавнего инфицирования ВИЧ была выше более чем в три раза (5). Молодые женщины, подвергающиеся насилию со стороны интимного партнёра или находящиеся в условиях насильственного контроля, также чаще имеют партнёра, который отказывается использовать презерватив и препятствует доступу женщин к средствам и услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья.

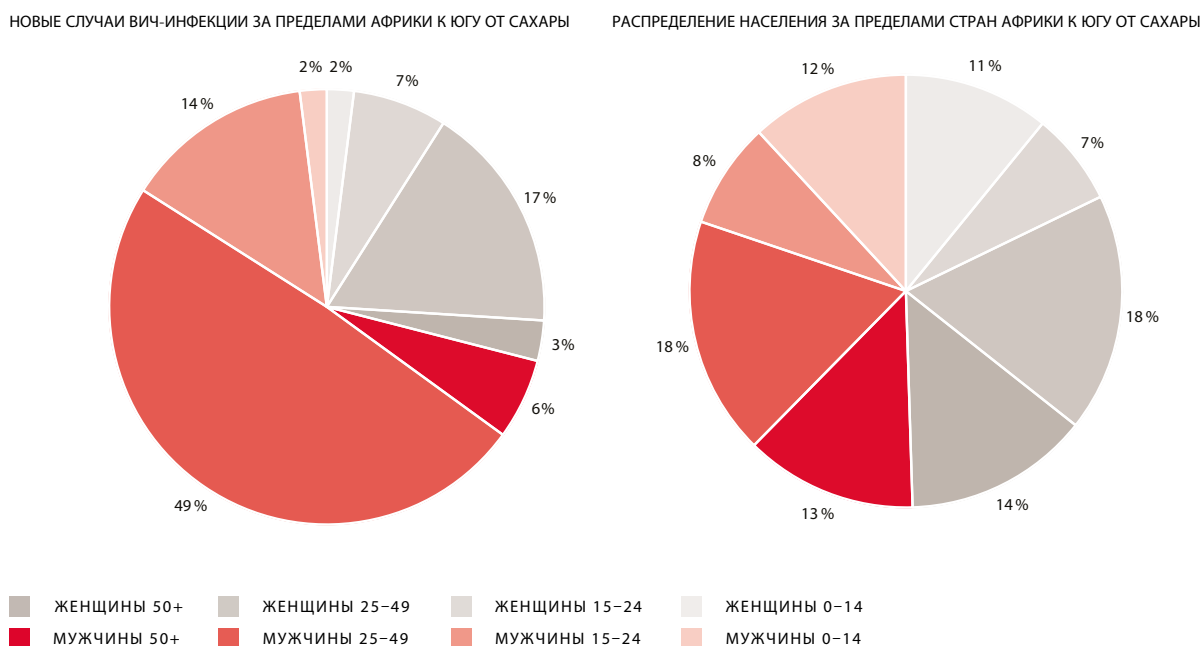
Глобальная стратегия противодействия СПИДу на 2021–2026 годы призывает все правительства и партнёров к систематическим усилиям по обеспечению равного участия женщин, девочек, мужчин и мальчиков во всём их многообразии, к принятию решений в области мер противодействия ВИЧ (11). Их вовлечённость приведёт к сокращению гендерного неравенства и насилия на гендерной почве, а также к тому, что мужчины и мальчики будут лучше обеспечены услугами, которые позволят им оставаться неинфицированными ВИЧ, регулярно проходить тестирование, начинать и продолжать лечение. Это не только улучшит состояние здоровья мужчин, но и будет способствовать снижению числа новых случаев ВИЧ-инфекции среди женщин и девочек.

Риски, связанные с ВИЧ, которым подвергаются различные группы мужчин и женщин, значительно разнятся по всему миру, также как и пути влияния гендерного неравенства на уязвимость к ВИЧ отличаются в разных странах. В 2021 году во всём мире на долю мужчин приходился 51% новых случаев ВИЧ-инфекции (рис. 1.5). Однако в разных регионах наблюдаются значительные различия в бремени ВИЧ среди мужчин.

В странах Африки к югу от Сахары риск инфицирования ВИЧ для женщин и девочек возникает уже в раннем возрасте. Шесть из семи новых случаев ВИЧ-инфекции среди подростков приходятся на девочек. В этом регионе, где большинство мужчин, живущих с ВИЧ, инфицировались вирусом во время гетеросексуальных контактов, геи и другие мужчины, имеющие секс с мужчинами, а также мужчины из других ключевых групп населения, тем не менее, составляют значительную долю в национальных эпидемиях.

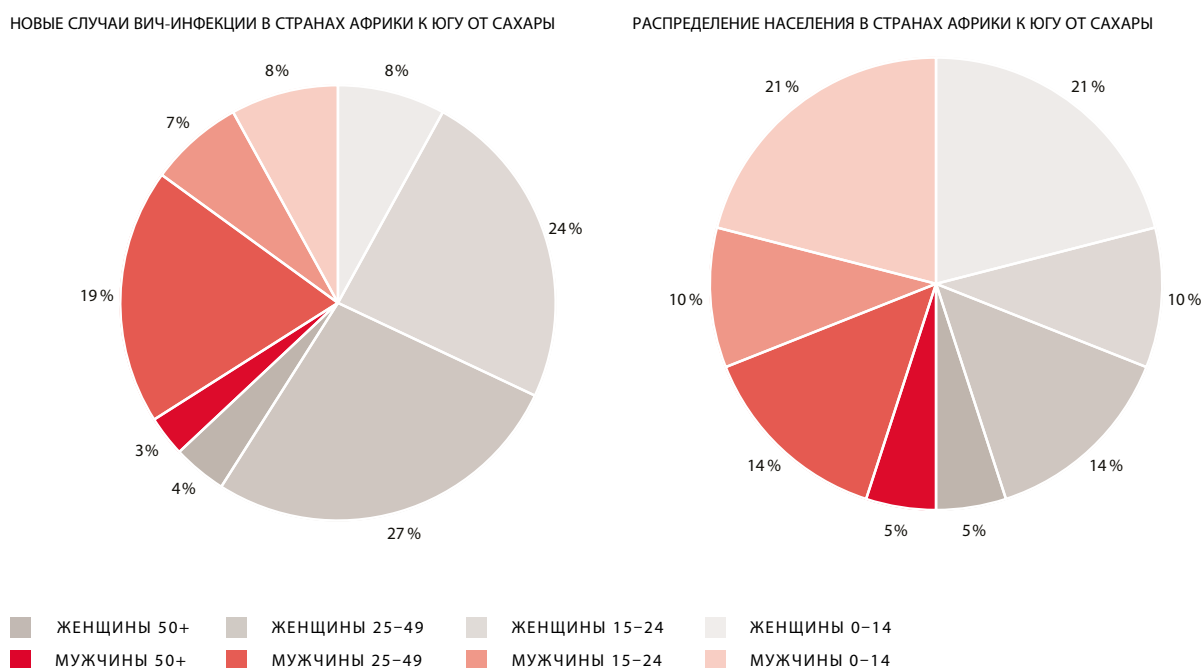
За пределами Африки к югу от Сахары (т. е. в Латинской Америке, Карибском бассейне, на Ближнем Востоке и в Северной Африке, в Восточной Европе и Центральной Азии, Азии и Тихоокеанском регионе, а также в Западной и Центральной Европе и Северной Америке), где подавляющее большинство новых случаев ВИЧ-инфекции приходится на ключевые группы населения и их партнёров, мужчины и мальчики составили 71% новых случаев ВИЧ-инфекции (рис. 1.6). Почти половина (49%) новых случаев ВИЧ-инфекции за пределами стран Африки к югу от Сахары приходится на мужчин в возрасте от 25 до 49 лет.

Рисунок 1.5 Распределение новых случаев ВИЧ-инфекции и населения по возрасту и полу, за пределами стран Африки к югу от Сахары, 2021 г.



Источник: Эпидемиологические оценки ЮНЭЙДС, 2021 г (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Рисунок 1.6 Распределение новых случаев ВИЧ-инфекции и населения по возрасту и полу, в странах Африки к югу от Сахары, 2021 г.



Источник: Эпидемиологические оценки ЮНЭЙДС, 2021 г (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

ВСТАВКА 1

ИЗМЕНИТЬ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О МУЖЕСТВЕННОСТИ И ГЕНДЕРНЫЕ НОРМЫ, ЧТОБЫ СНИЗИТЬ ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ И РИСК ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ

Вредные представления о мужественности и гендерные нормы негативно отражаются на здоровье и благополучии как мужчин, так и женщин, становясь ключевыми факторами, побуждающими мужчин и мальчиков к агрессивному поведению, включающему гендерное насилие.

Трансформация пагубных гендерных норм и представлений о мужественности среди мужчин и мальчиков помогут снизить для них уязвимость к ВИЧ, одновременно уменьшая риски и уязвимость к ВИЧ женщин и девочек-подростков, в том числе за счёт уважения их прав и заботы о сексуальном и репродуктивном здоровье и, а также поддержания нулевой терпимости к любому насилию в отношении женщин и девочек-подростков.

Борьба с гендерным насилием является ключевым фактором на пути к ликвидации СПИДа. По оценкам, во всём мире 245 миллионов женщин в возрасте от 15 лет и старше, которые когда-либо состояли в браке или партнёрстве, подвергались гендерному насилию в течение последних 12 месяцев (12). Насилие и угроза насилия повышают уязвимость женщин и девочек. Насилие или боязнь насилия также мешают женщинам и девочкам раскрыть свой ВИЧ-статус и получить доступ к основным услугам по

профилактике, уходу и лечению в связи с ВИЧ. Женщины также могут избегать тестирования на ВИЧ из-за страха перед насилием и страха быть брошенными, которые могут стать результатом ВИЧ-положительного диагноза (13). Исследования показали, что вовлечение мужчин и мальчиков в гендерно-преобразующие общественные инициативы, в которых также участвуют женщины и девочки (такие как Stepping Stones или SASA!), действительно помогает снизить уровень гендерного насилия (14–16).

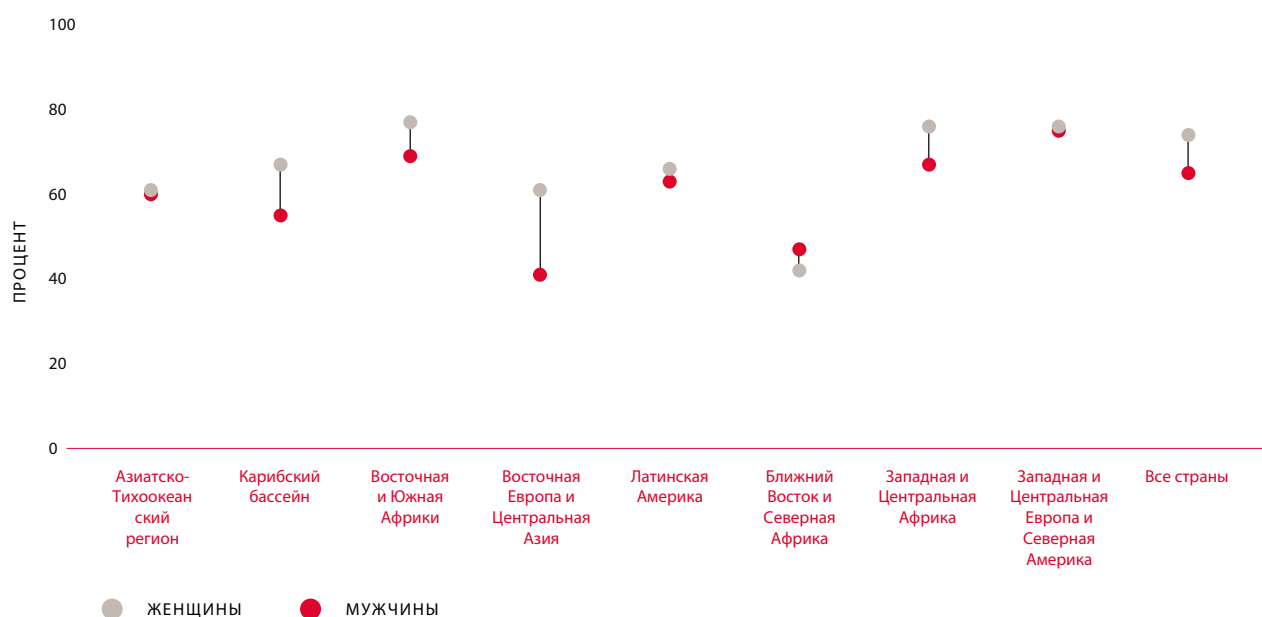
Мужчины и мальчики должны находиться в авангарде движения за замену пагубных гендерных норм, воздерживаться от гендерного насилия (и противостоять ему), а также уважать сексуальное и репродуктивное здоровье женщин, их права и принимаемые ими решения. Это позволит мужчинам и мальчикам оставаться свободными от ВИЧ, регулярно проходить тестирование, а также начинать и продолжать лечение, что не только улучшит показатели здоровья мужчин, но и будет способствовать снижению числа новых случаев ВИЧ-инфекции среди женщин и девочек.

Нам необходимо прервать динамику властных отношений, вследствие которых девочки становятся более уязвимыми к ВИЧ.

Факторы гендерного неравенства в доступе к услугам и результатам лечения

Риски инфицирования ВИЧ среди мужчин и гендерная динамика, влияющая на результаты, связанные с ВИЧ, различаются между странами и регионами и внутри них, что отражает широкое разнообразие мужчин во всём мире. Аналогичное географическое различие существует и в доступе к услугам в связи с ВИЧ и эффективности лечения. В странах Африки к югу от Сахары и Карибского бассейна показатели вирусной супрессии среди мужчин заметно ниже, чем среди женщин. Последние данные, полученные в 14 странах Африки к югу от Сахары в ходе исследований по оценке воздействия ВИЧ на население (PHIA), свидетельствуют о том, что охват антиретровирусной терапией у мужчин во всех возрастных группах ниже, чем у женщин, причём особенно заметны различия в возрастных группах 24–34 лет и 35–44 лет (рис. 1.7).

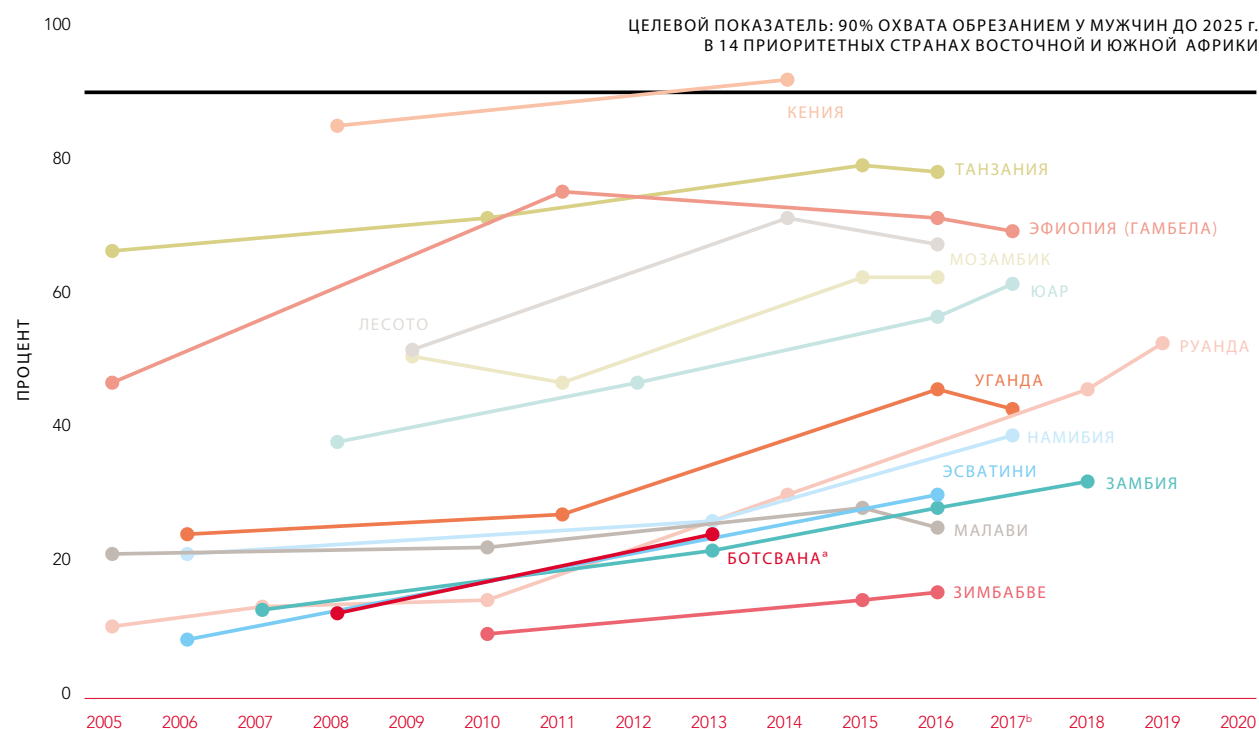
В Восточной Европе и Центральной Азии, где концентрация эпидемий обусловлена передачей вируса среди ключевых групп населения и их партнёров, различия в показателях ВИЧ среди мужчин и женщин фактически больше, чем в странах Африки к югу от Сахары. И наоборот, в других регионах, где преобладают локальные эпидемии (например, в Азиатско-Тихоокеанском регионе, Латинской Америке, Западной и Центральной Европе и Северной Америке), различия между женщинами и мужчинами в показателях ВИЧ незначительны или отсутствуют. В среднем по миру 75% женщин, живущих с ВИЧ, достигли вирусной супрессии, в то время как аналогичный показатель у мужчин, живущих с ВИЧ, составляет лишь 65%.

Рисунок 1.7 Доля взрослых, живущих с ВИЧ, с подавленной вирусной нагрузкой, по полу, в мире и по регионам, 2021 г.

Источник: Эпидемиологические оценки ЮНЭЙДС, 2022 г. (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Причины гендерного неравенства в отношении показателей ВИЧ значительно различаются по регионам. Главным образом это объясняется тем, что женщины чаще контактируют со службами здравоохранения в повседневной жизни, в частности, в связи с беременностью или другими событиями, связанными с обращением за медицинской помощью. Обеспечение того, чтобы в распоряжении как женщин, так и мужчин имелись порталы и платформы для предоставления медицинских услуг, которые бы отвечали их потребностям, является важной стратегией для устранения факторов неравенства в использовании медицинских услуг. Однако для некоторых мужчин, живущих с ВИЧ, особенно тех, кто принадлежит к ключевым группам населения, стигма и дискриминация, а также неудобства в работе служб здравоохранения являются важными факторами, снижающими их способность получать доступ к необходимым услугам.

Многие программы профилактики ВИЧ, ориентированные специально на мужчин, не приносят желаемого результата. Например, программы добровольного медицинского мужского обрезания во всех приоритетных странах в настоящее время не достигают целевых показателей охвата в 90% (рис. 1.8). В то время как в Лесото и ЮАР наблюдается тенденция к быстрому росту обращаемости за этими услугами, в Эсватини, Уганде, Замбии и Зимбабве отмечается недостаточный прогресс.

Рисунок 1.8 Распространённость мужского обрезания, 14 приоритетных стран, 2005–2020 гг. и целевой показатель на 2025 г.

^a Исследования воздействия СПИДа в Ботсване, мужчины в возрасте от 10 до 64 лет.

^b Исследование HSRC 2017 г.

Источник: Медико-демографическое исследование (DHS) и Оценка воздействия на здоровье населения (PHIA) (2005–2020 гг.).

Примечание. Данные по Южному Судану не включены.

Другие виды неравенства в регионах с высоким уровнем распространённости ВИЧ препятствуют росту использования презервативов среди мужчин. В большинстве стран Африки мужчины с более высоким уровнем образования чаще пользуются презервативами, однако эта закономерность не прослеживается в Малави, Зимбабве и ЮАР, где среди мужчин с разным уровнем образования отмечают примерно одинаковые уровни использования презервативов (рис. 1.9).

Рисунок 1.9 Использование презервативов при половом акте мужчинами (в возрасте 15–49 лет) с непостоянным партнёром, по уровню образования, отдельные страны, 2015–2020 гг.

Источник: Медико-демографические исследования, 2015–2020 гг.

Обеспечение связанных с ВИЧ потребностей как женщин, так и мужчин является неотложным приоритетом.

Только в 2021 году более 750 000 мужчин инфицировались ВИЧ, при этом показатели в области тестирования на ВИЧ, лечения и достижения вирусной супрессии у мужчин зачастую хуже, чем у женщин. Этот разрыв носит комплексный характер и не обязательно связан с гендерным неравенством, поскольку большинству мужчин не отказывают в услугах, связанных с ВИЧ, по признаку пола. Необходимы дополнительные исследования, чтобы понять взаимосвязь между моделями мужского поведения и тестированием, лечением и профилактикой. Однако устранение этих пробелов остаётся важным не только для снижения смертности среди мужчин, живущих с ВИЧ, но и для предотвращения инфицирования женщин и девочек, особенно в странах Африки к югу от Сахары. Например, недавно опубликованное филогенетическое исследование в Замбии показало, что мужчины в два раза чаще становятся источником инфекции, чем женщины, а мужчины в возрасте от 35 до 39 лет почти в шесть раз чаще, чем женщины той же возрастной группы, становятся источником ВИЧ-инфекции (17). Приведённые данные подтверждают, что одной из ключевых и часто определяющих переменных в риске инфицирования ВИЧ для женщин является распространённость неподавленной вирусной нагрузки среди мужчин. Новые данные, полученные в ходе опросов в 14 странах, также свидетельствуют о том, что поведение мужчин, у которых был диагностирован ВИЧ, но которые не получали лечения, более чем в два раза чаще связано с высоким риском передачи ВИЧ, чем у людей, живущих с ВИЧ, но у которых вирусная нагрузка не определяется (18). Повышение эффективности лечения ВИЧ-инфекции для мужчин, живущих с ВИЧ, имеет важное значение для реализации надежд на прекращение распространения СПИДа как угрозы общественному здоровью среди всех людей, включая женщин и девочек, особенно в странах Африки к югу от Сахары.

Как и в случае с любой группой населения, услуги, ориентированные на человека, должны отвечать потребностям и предпочтениям мужчин в той среде, в которой эти услуги предоставляются. Необходимо учитывать местные гендерные нормы и другие социальные детерминанты здоровья. Для устранения разрыва в использовании медицинских услуг среди мужчин также необходимы структурные усилия по изменению гендерных норм: многочисленные исследования связывают традиционные представления о мужественности со сравнительно более низким интересом мужчин к заботе о собственном здоровье (19–21). Применительно к сообществам лесбиянок, геев, бисексуалов, трансгендеров и интерсексуалов (ЛГБТИ) враждебное отношение к различным гендерным идентичностям и сексуальным ориентациям в сочетании с неспособностью систем уделять приоритетное внимание или учитывать потребности ЛГБТИ-сообщества часто фактически блокирует возможность доступа этих людей к медицинским услугам (22, 23).

Существуют проверенные стратегии для устранения пробелов в услугах, с которыми сталкиваются мужчины и мальчики во всём их многообразии. В 2022 году ЮНЭЙДС и партнёры разработали рамки действий для повышения вовлечённости мужчин в получение услуг в связи с ВИЧ в восточной и южной частях Африки.¹

Устранение пробелов в услугах для мужчин требует комплексного подхода, который улучшает предоставление услуг и сводит к минимуму социальные барьеры, препятствующие доступу к услугам и их использованию (24). Необходимо создать благоприятные условия для формирования более здоровых гендерных норм, которые бы способствовали обращению мужчин за медицинской помощью. Услуги здравоохранения также должны быть доступными и привлекательными для всех, включая мужчин, при этом необходимы целенаправленные усилия для обеспечения быстрого освоения мужчинами методов профилактики.

Разнообразие мужчин, особенно мужчин из ключевых групп населения, часто не учитывается в организации работы служб здравоохранения (рис. 1.10). Несмотря на то, что сбор и дезагрегирование данных имеет ключевое значение для осуществления руководства и мониторинга усилий по повышению вовлечённости мужчин в услуги в связи с ВИЧ, для анализа тенденции многие страны по-прежнему в значительной степени полагаются на данные о распространённости ВИЧ из учреждений дородового ухода.

¹ См.: Участие мужчин в тестировании, лечении и профилактике ВИЧ в Восточной и Южной Африке. Рамки действий. Женева: ЮНЭЙДС; 2022 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2022/male-engagement-hiv-testing-treatment-prevention-eastern-southern-africa>).

Рисунок 1.10 Мужчины и ВИЧ

Анализируя мужчин, помните о разнообразии	Плохая забота мужчин о своём здоровье или ненадлежащее оказание медицинских услуг?	Анализируя мужчин, учитывайте контекст	Анализируя мужчин, думайте об искоренении СПИДа
■ Учитывайте разнообразие мужчин и последствия. ■ Анализируя мужчин, помните о гетерогенности. ■ Анализируя мужчин, помните о дифференциации. ■ Анализируя мужчин, подвергайте сомнению стереотипы.	■ Мужчины в действительности обращаются за медицинскими услугами. ■ Предназначены ли службы здравоохранения для приёма мужчин?	■ Анализируя мужчин, учитывайте локальный контекст: лучшие решения являются локальными. ■ Анализируя мужчин, учитывайте изменения. ■ Продумывайте различные подходы.	■ Анализируя мужчин, думайте о партнёрствах. ■ Анализируя мужчин, думайте об их участии в реализации. ■ Анализируя мужчин, учитывайте всех мужчин.

Источник: Техническая рабочая группа «Мужчины и ВИЧ в глобальном масштабе».

Системы здравоохранения должны использовать любую возможность для налаживания контактов с мужчинами при каждом посещении ими медицинского учреждения. Недавнее исследование в Малави показало, что только 7% мужчин, посетивших медицинское учреждение за последние 12 месяцев, было предложено пройти тестирование на ВИЧ (25). Интеграция первичной медицинской помощи, услуг, связанных с ВИЧ, и услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья поможет избежать упущенных возможностей и повысить вероятность того, что мужчины получают необходимые им услуги.

Медицинские услуги на базе общин приносят пользу всем людям. Медицинские услуги должны быть перенесены из клиник в общины, где они должны предоставляться под руководством соответствующих сообществ, с тем чтобы обеспечить охват сообществ, состоящих из женщин, мужчин и людей с разнообразной гендерной самоидентификацией. Общины также должны разрабатывать и внедрять стратегии и модели предоставления услуг на базе сообществ, ориентированные на женщин, мужчин, а также транссексуалов и трансвеститов.

Также необходимы целенаправленные усилия по формированию спроса на медицинские услуги среди мужчин с помощью таких средств, как СМИ, влияние сверстников и инновации в области мобильных и электронных медицинских услуг. Перспективные стратегии включают программы на рабочем месте, ориентированные на мужчин; клиники, специально предназначенные для мужчин; конкретные меры по привлечению мужчин, сопровождающих своих жён для посещения дородовых программ; привлечение традиционных лидеров для расширения охвата мужчин; применения технологий для привлечения мужчин; а также поиск и привлечение мужчин через обследование на ВИЧ контактных лиц-партнёров. Принцип N=H («Неопределяемый = Не передающий») также является потенциально веской причиной для мужчин обратиться за услугами по тестированию на ВИЧ и лечению.

В регионах, где эффективность лечения ВИЧ-инфекции намного хуже среди мужчин, необходимо внедрить инновационные и адаптированные меры реагирования, направленные на устранение пробелов в организации услуг в связи с ВИЧ для мужчин, с тем чтобы обеспечить максимальную защиту женщин и девочек от инфицирования ВИЧ.

Также необходимы целенаправленные усилия по изменению социальных норм, чтобы увеличить использование услуг мужчинами. Приоритетное внимание следует уделять вовлечению мужчин и мальчиков-подростков в гендерно-преобразующие программы, которые не только помогают снизить риск гендерного насилия среди женщин, но и способствуют формированию поведенческих моделей, включающих заботу о здоровье. Медицинские работники должны быть осведомлены о различных потребностях как женщин, так и мужчин, живущих с ВИЧ, и им следует опровергать распространённые мифы о мужчинах и здравоохранении. На всех уровнях, но особенно в местах, где ВИЧ в значительной степени сконцентрирован среди ключевых групп населения, необходима отмена карательных законов, криминализирующих однополые сексуальные отношения, секс-услуги или употребление наркотиков, что поможет устранить барьеры, препятствующие получению помощи ключевыми группами населения.

©UNAIDS



Злате было 16 лет, когда она сдала анализ в мобильной клинике и узнала, что у неё ВИЧ.

Ссылки

1. HIV and transgender and other gender-diverse people. Human rights fact sheet series. Geneva: UNAIDS; 2021 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/04-hiv-human-rights-factsheet-transgender-gender-diverse_en.pdf).
2. McKinnon B, Vandermorris A. National age-of-consent laws and adolescent HIV testing in sub-Saharan Africa: a propensity-score matched study. *Bull World Health Organ*. 2018;97:42-50.
3. Gender-related killings of women and girls (femicide/feminicide): global estimates of gender-related killings of women and girls in the private sphere in 2021. Vienna: UNODC, UN Women; 2022.
4. Durevall D, Lindsog A. Intimate partner violence and HIV in ten sub-Saharan African countries: what do the Demographic and Health Surveys tell us? *Lancet Glob Health*. 2015;3:e34-e43.
5. Kuchukhidze S, Panagiotoglou D, Boily MC, Diabete S, Eaton JW, Mbofana R et al. The effect of intimate partner violence on women's risk of HIV acquisition and engagement in the HIV treatment and care cascade: an individual-participant data meta-analysis of nationally representative surveys in sub-Saharan Africa. 2022. Preprint. doi: <https://doi.org/10.1101/2022.08.04.22278331>.
6. De Neve J, Fink G, Subramanian, SV, Moyo S, Bor, J. Length of secondary schooling and risk of HIV infection in Botswana: evidence from a natural experiment. *The Lancet Global Health*. 2015;3:8:e470-e477.
7. COVID-19 and its economic toll on women: the story behind the numbers. In: UN Women [Internet]. 16 September 2020. New York: UN Women; c2022 (<https://www.unwomen.org/en/news/stories/2020/9/feature-covid-19-economic-impacts-on-women>).
8. Peck JA. The disproportionate impact of COVID-19 on women relative to men: a conservation of resources perspective. *Feminist Frontiers*. 2020;1-14.
9. Treibich C, Bell E, Blanc E, Lépine A. From a drought to HIV: an analysis of the effect of droughts on transactional sex and sexually transmitted infections in Malawi. *SSM. Population Health*. 2022;19:101221.
10. Khalifa A, Findley S, Gummerson E, Manteall JE, Hakin AJ, Philip NM et al. Associations between mobility, food insecurity, and transactional sex among women in cohabitating partnerships: an analysis from 6 African countries 2016-2017. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2022;90:388-98.
11. End Inequalities. *End AIDS. Global AIDS Strategy 2021–2026*. Geneva: UNAIDS; 2021.
12. Violence against women prevalence estimates, 2018. Executive summary. Geneva: WHO; 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341338/9789240026681-eng.pdf?sequence=1>).
13. Yonga AM, Kiss L, Onarheim KH. A systematic review of the effects of intimate partner violence on HIV-positive pregnant women in sub-Saharan Africa. *BMC Public Health*. 2022;22:220.
14. Gibbs A, Washington L, Abdelatif N, Chirwa E, Willan S, Shai N et al. Stepping Stones and Creating Futures intervention to prevent intimate partner violence among young people: cluster randomized controlled trial. *J Adolesc Health*. 2020 Mar;66(3):323-35. doi:10.1016/j.jadohealth.2019.10.004.
15. Gibbs A, Abdelatif N, Washington L, Chirwa E, Willan S, Shai N et al. Differential impact on men in an IPV prevention intervention: a post hoc analysis using latent class analysis of the Stepping Stones and Creating Futures intervention in South Africa. *Soc Sci Med*. 2020 Nov;265:113538. doi: 10.1016/j.socscimed.2020.113538.
16. Abramsky T, Devries K, Kiss L, Nakuti J, Kyegombe N, Starmann E et al. Findings from the SASA! study: a cluster randomized controlled trial to assess the impact of a community mobilization intervention to prevent violence against women and reduce HIV risk in Kampala, Uganda. *BMC Med*. 2014;12(1):122.
17. Hall M, Golubchik T, Bonsall D, Abeler-Dörner L, Limbada M, Kosloff B et al. Demographic characteristics of sources of HIV-1 transmission in the era of test and treat. Preprint (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.10.04.21263560v2.full-text>).
18. Edun O, Okell L, Chun H, Ndongmo CB, Shang JD, Brou H et al. Association between HIV low-level viremia and risk behaviour, and its contribution to HIV transmission: analysis of 14 cross-sectional Population-based HIV Impact Assessment surveys in sub-Saharan Africa. *Forthcoming*.
19. Olanrewaju FO, Ajayi LA, Loromeke E, Olanrewaju A, Allo T, Nwannebuife O. Masculinity and men's health-seeking behaviour in Nigerian academia. *Cogent Social Sciences*. 2019;5:1.
20. De Visser RO, McDonnell EJ. "Man points": masculine capital and young men's health. *Health Psychol*. 2013;32:5-14.
21. Odimegwu C, Pallikadavath S, Adedini S. The cost of being a man: social and health consequences of Igbo masculinity. *Culture, Health & Sexuality*. 2013;15:219-34.
22. Tadele G, Made WK. Health needs, health care seeking behaviour, and utilization of health services among lesbians, gays and bisexuals in Addis Ababa, Ethiopia. *Int J Equity Health*. 2019;18(1):86.
23. Pachankis JE, Hatzenbuehler ML, Hickson F, Weatherburn P, Berg RC, Marcus U et al. Hidden from health: structural stigma, sexual orientation concealment, and HIV across 38 countries in the European MSM Internet Survey. *AIDS*. 2015;29:1239-46.
24. Lippman SA, Pettifor A, Kang DuFour M-S, Whiteson Kabudula C, Twine R, Peacock D et al. A community mobilisation intervention to improve engagement in HIV testing, linkage to care, and retention in care in South Africa: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet HIV*. 2022;9:e617-e626.
25. Dovel K, Balakasi K, Gupta S, Mphande M, Robson I, Khan S et al. Frequency of visits to health facilities and HIV services offered to men, Malawi. *Bull World Health Organ*. 2021;99(9):618-26.

ДЕКРИМИНАЛИЗАЦИЯ, ДЕСТИГМАТИЗАЦИЯ И ВОВЛЕЧЁННОСТЬ КЛЮЧЕВЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

Дискриминация, а также стигматизация и криминализация ключевых групп населения уносят жизни и мешают миру достичь согласованных целей в области противодействия СПИДу. Ключевые группы населения — геи и другие мужчины, имеющие секс с мужчинами, секс-работники, трансгендеры, люди, употребляющие наркотики инъекционным путём, а также заключённые и другие лица, находящиеся в заключении, — наиболее подвержены риску инфицирования ВИЧ, но с наименьшей вероятностью оказываются приоритетными при реализации мер противодействия ВИЧ в различных странах.

Факторы структурного неравенства и барьеры в области прав человека значительно повышают риск инфицирования ВИЧ и сокращают доступ к услугам, что приводит к сегодняшней ситуации, когда относительный риск инфицирования ВИЧ среди людей, употребляющих наркотики инъекционным путём, в 35 раз выше, чем среди взрослых, не употребляющих инъекционные наркотики. Этот риск также в 30 раз выше среди секс-работниц и в 14 раз выше среди женщин-трансгендеров, чем среди взрослых женщин (15–49 лет) в общей популяции, и в 28 раз выше среди геев и других мужчин, имеющих секс с мужчинами, чем среди взрослых мужчин (15–49 лет) в общей популяции. Вероятность того, что люди, находящиеся в заключении, инфицированы ВИЧ, в пять раз выше, чем среди взрослых в общей популяции.



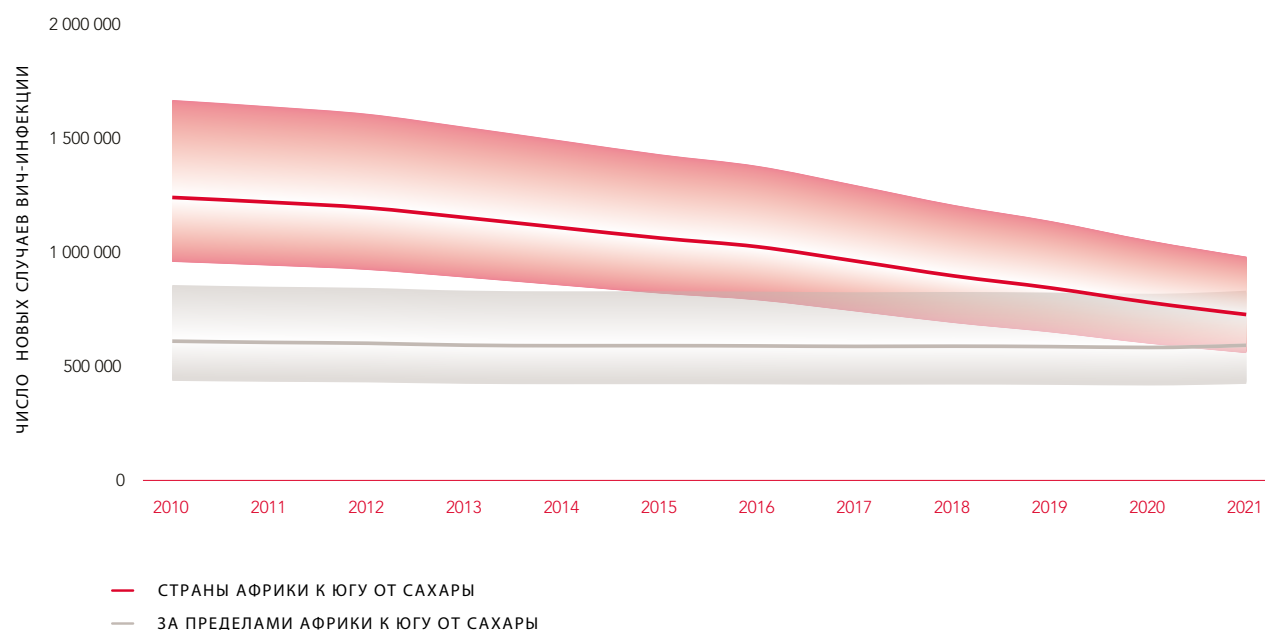
Молодёжь Азиатско-Тихоокеанского региона требует решительных действий для снижения риска инфицирования ВИЧ молодёжи из ключевых групп населения, октябрь 2022 г.

©UNAIDS

Число новых случаев инфицирования ВИЧ в результате эпидемий, сосредоточенных среди ключевых групп населения, не снижается во всём мире — и это одна из причин, по которой глобальные ответные меры не достигают цели 2030 года.

Неспособность разработать меры реагирования на ВИЧ, позволяющие ключевым группам населения защищать своё здоровье и предотвращать инфицирование ВИЧ, является одной из причин, по которой не были достигнуты цели на 2020 год, которые страны договорились достичь ускоренными темпами. Вот почему мы в настоящее время не находимся на пути к достижению целей на 2025 год, изложенных в Глобальной стратегии по СПИДу на 2021–2026 годы (1). Как показано на рисунке 2.1, снижение числа новых случаев инфицирования ВИЧ было наиболее значительным в странах Африки к югу от Сахары, где большая часть механизмов распространения эпидемии осуществляется через гетеросексуальные контакты, но это снижение застопорилось в регионах за пределами Африки к югу от Сахары, где новые случаи ВИЧ-инфекции концентрируются среди ключевых групп населения. Хотя эта взаимосвязь не обязательно является причинно-следственной, важно учитывать причины, связанные с неравенством, чтобы достичь снижения числа новых случаев инфицирования.

Рисунок 2.1 Динамика новых случаев ВИЧ-инфекции в странах Африки к югу от Сахары и за их пределами, 2010–2021 гг.

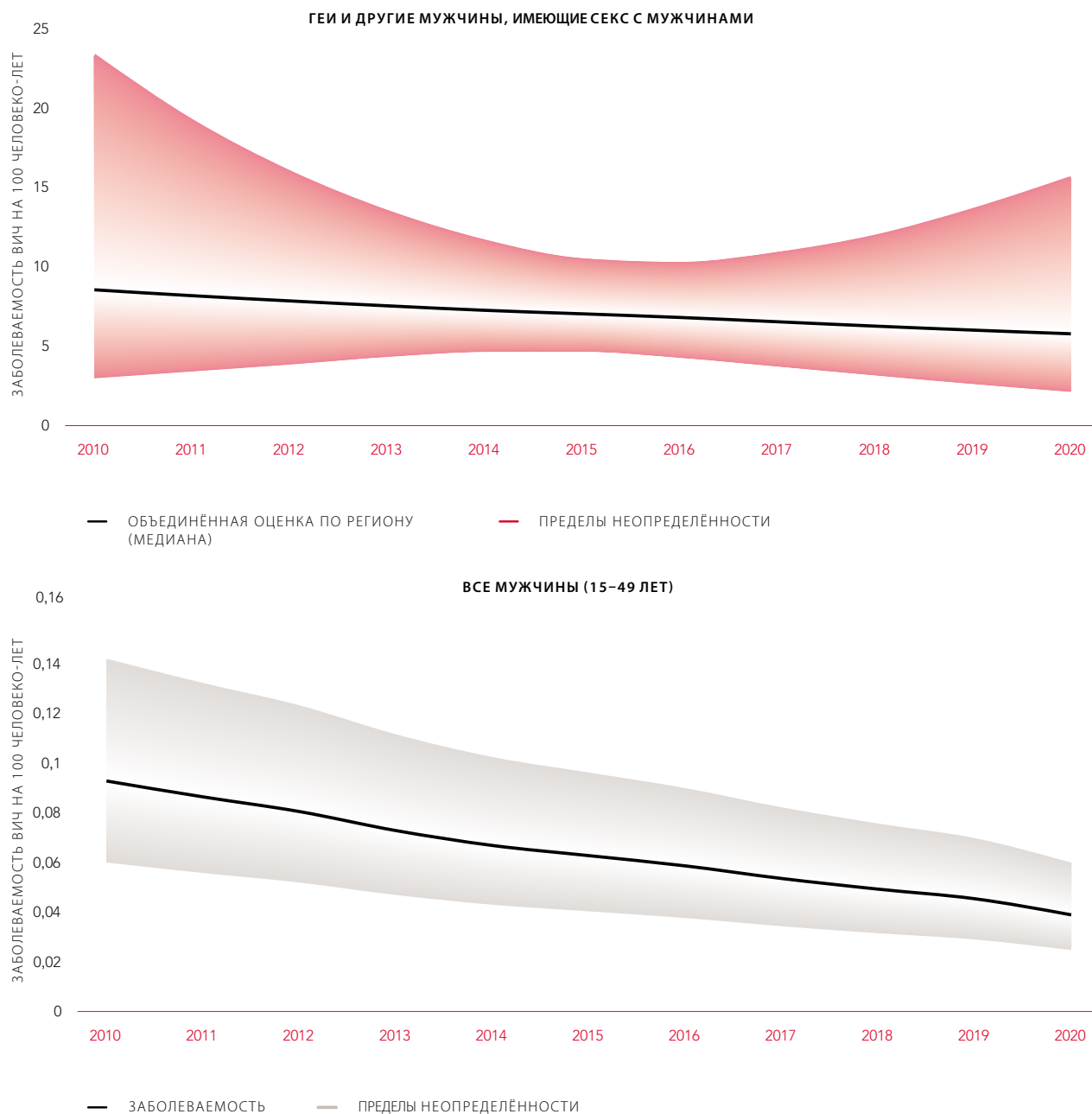


Источник: Эпидемиологические оценки ЮНЭЙДС, 2022 г (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

При дальнейшей детализации снижения показателей в странах Африки к югу от Сахары, где были достигнуты многие из крупнейших в мире успехов в области профилактики ВИЧ, с 2010 года не наблюдалось значительного снижения числа новых случаев инфицирования ВИЧ среди геев и других мужчин, имеющих секс с мужчинами. С 2010 года заболеваемость ВИЧ в Западной и Центральной Африке в целом снизилась на 58% среди взрослых мужчин (в возрасте от 15 до 49 лет), однако систематический обзор данных показал, что за тот же период не произошло убедительного снижения заболеваемости среди геев и других мужчин, имеющих секс с мужчинами (рис. 2.2) (2). В Восточной и Южной Африке заболеваемость ВИЧ среди взрослых мужчин (в возрасте от 15 до 49 лет) снизилась в целом на 62% с 2010 года, но то же исследование показало, что за это время не произошло значительного снижения заболеваемости среди геев и других мужчин, имеющих секс с мужчинами (рис. 2.3).¹

¹ В обоих регионах данные были скудными и не давали достаточной информации, позволяющей сделать вывод о том, что заболеваемость ВИЧ среди геев и других мужчин, имеющих секс с мужчинами, фактически не увеличивалась.

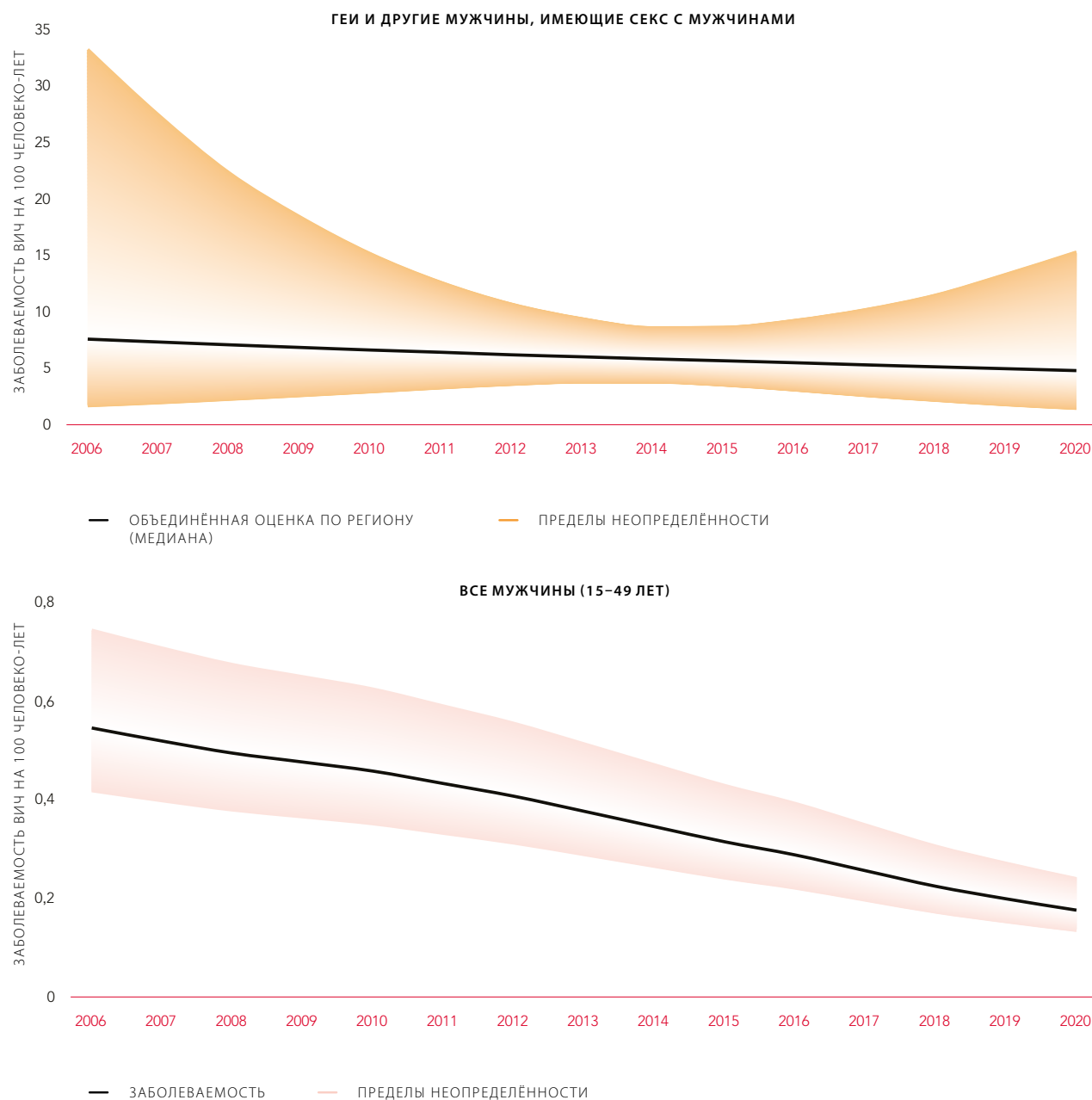
Рисунок 2.2 Оценочная заболеваемость ВИЧ среди геев и других мужчин, имеющих секс с мужчинами, и всех взрослых мужчин (в возрасте 15–49 лет) среди общего населения, Западная и Центральная Африка, 2010–2020 гг.



Источник: Эпидемиологические оценки ЮНЭЙДС, 2022 г.; Stannah J, Soni N, Lam JKS, Giguère K, Mitchell KM, Kronfli N et al. Тенденции в тестировании на ВИЧ, каскаде лечения и заболеваемости ВИЧ среди мужчин, имеющих секс с мужчинами в Африке: систематический обзор и мета-регрессионный анализ. Предварительная публикация (<https://doi.org/10.1101/2022.11.14.22282329>).

Примечание. Пределы неопределённости заболеваемости среди взрослых определяют диапазон, в котором находится истинное значение (если оно измеримо). Узкие пределы указывают на высокую точность оценки, в то время как широкие пределы указывают на ее большую неопределенность.

Рисунок 2.3 Оценочная заболеваемость ВИЧ среди геев и других мужчин, имеющих секс с мужчинами, и всех взрослых мужчин (в возрасте 15–49 лет) в общей популяции, Восточная и Южная Африка, 2010–2021 гг.



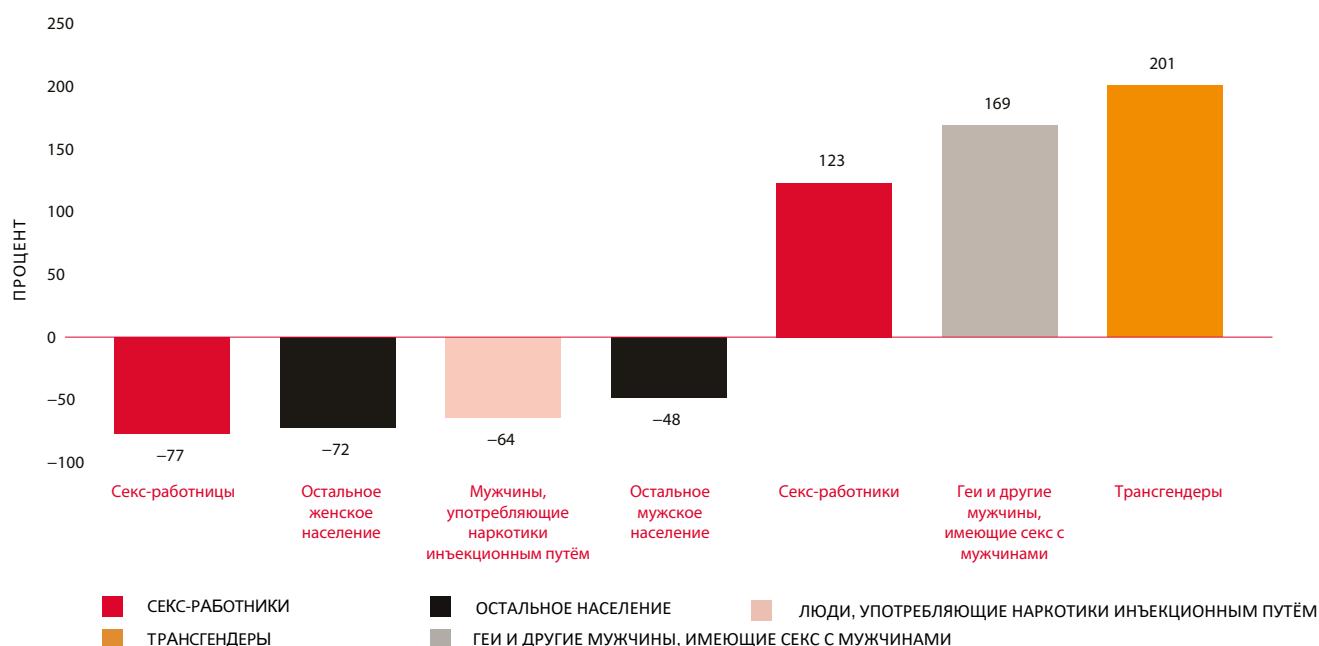
Источник: UNAIDS epidemiological estimates, 2022; Stannah J, Soni N, Lam JKS, Giguère K, Mitchell KM, Kronfli N et al. Trends in HIV testing, the treatment cascade, and HIV incidence among men who have sex with men in Africa: a systematic review and meta-regression analysis. Предварительная публикация (<https://doi.org/10.1101/2022.1.14.22282329>).

Примечание. Пределы неопределённости заболеваемости среди взрослых определяют диапазон, в котором находится истинное значение (если оно измеримо). Узкие границы указывают на высокую точность оценки, в то время как широкие границы указывают на её большую неопределённость.

Эта динамика указывает на возрастающую со временем долю новых случаев инфицирования ВИЧ среди геев и других мужчин, имеющих секс с мужчинами, по сравнению с мужчинами в общей популяции в странах Африки к югу от Сахары: в 2021 году в Западной и Центральной Африке на геев и других мужчин, имеющих секс с мужчинами, приходился почти каждый пятый случай инфицирования ВИЧ.

Передача инфекции среди ключевых групп населения является важным движущим фактором эпидемий ВИЧ в каждом регионе мира, причём как при генерализованных, так и при локальных стадиях эпидемии. Даже в странах, которые являются лидерами в области профилактики ВИЧ, ключевые группы населения не в равной степени пользуются успехами профилактики. Например, с 2010 года число новых случаев ВИЧ-инфекции в Камбодже заметно снизилось среди секс-работниц; людей, употребляющих наркотики инъекционным путём; мужчин и женщин в общей популяции; однако за тот же период этот индикатор более чем удвоился среди мужчин — секс-работников, геев и других мужчин, имеющих секс с мужчинами, а также трансгендеров (рис. 2.4).

Рисунок 2.4 Процентные изменения в динамике новых случаев ВИЧ-инфекции среди взрослого населения, Камбоджа, 2010–2021 гг.



Источник: Эпидемиологические оценки ЮНЭЙДС, 2022 г.

Во всём мире исследования подтверждают, что заболеваемость ВИЧ остаётся высокой среди секс-работниц, особенно в странах, где секс-бизнес криминализован, и где вероятность того, что секс-работницы живут с ВИЧ, в семь раз выше, чем у аналогичных лиц в странах, где секс-бизнес полностью или частично легализован (3). В качестве примера можно привести недавний систематический обзор, в котором подчёркивается непропорционально высокий риск инфицирования ВИЧ среди девочек-подростков, которые сталкиваются с сексуальной эксплуатацией до достижения 18 лет (4).

Одним из основных факторов в регионах, где число людей, инфицированных ВИЧ, продолжает расти, является отсутствие доступа к стерильным иглам и шприцам для людей, употребляющих наркотики инъекционным путём. Это особенно актуально для Восточной Европы и Центральной Азии, а также для Ближнего Востока и Северной Африки, где в 2021 году доля людей, употребляющих наркотики инъекционным путём, составляла соответственно 39% и 30% всех новых случаев инфицирования ВИЧ.

39%

**ВСЕХ НОВЫХ СЛУЧАЕВ
ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В
ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И
ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ В 2021
ГОДУ ПРИХОДИЛОСЬ НА
ЛЮДЕЙ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ
НАРКОТИКИ
ИНЪЕКЦИОННЫМ ПУТЁМ**

Доступ к комплексным услугам по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции для ключевых групп населения остаётся ограниченным в большинстве стран мира.

В связи с острой нехваткой финансирования мер противодействия ВИЧ-инфекции, адресованных ключевым группам населения (см. рис. 4.4), представители ключевых групп испытывают трудности с получением надлежащего доступа к услугам во многих странах. В Индии, в частности, доступ к услугам по снижению вреда невелик, а доступ к поддерживающей терапии опиоидными агонистами особенно низок (рис. 2.5 и 2.6). Аналогичным образом, существуют явные пробелы в охвате профилактическими услугами секс-работников в Индии (5). Сопоставимые данные о доступе к услугам по профилактике и лечению отсутствуют во многих странах. Это связано с низким уровнем ответственности стран за сбор данных и представление отчётности по ним, недостаточным финансированием мероприятий по сбору данных в отношении ключевых групп населения и методологическими просчётами при сборе репрезентативных данных.

Рисунок 2.5 Процент лиц, употребляющих наркотики инъекционным путём, которые сообщили о получении услуг по профилактике ВИЧ за последние три месяца, Индия, 2020 г.



Источник: Упрощённое надзорное поведенческое исследование, 2020 г. Основные выводы. Нью-Дели: Национальная организация по борьбе со СПИДом (Индия), Всеиндийский институт медицинских наук, Нью-Дели; 2020 г. (<http://www.naco.gov.in/sites/default/files/BSS%20Lite%20Report.pdf>).

Примечание. Общее количество респондентов = 4207.

Рисунок 2.6 Процент секс-работниц, употребляющих наркотики инъекционным путём, которые сообщили о получении услуг по профилактике ВИЧ за последние три месяца, Индия, 2020 г.

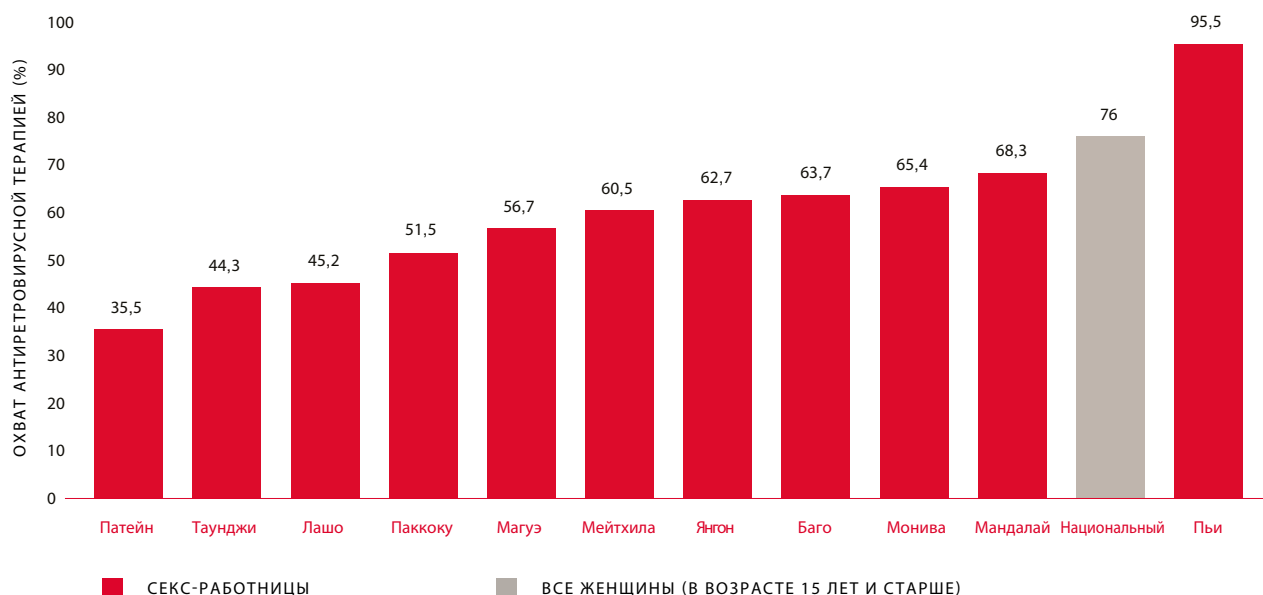


Источник: Упрощённое надзорное поведенческое исследование, 2020 г. Основные выводы. Нью-Дели: Национальная организация по борьбе со СПИДом (Индия), Всеиндийский институт медицинских наук, Нью-Дели; 2020 г. (<http://www.naco.gov.in/sites/default/files/BSS%20Lite%20Report.pdf>).

Примечание. Общее количество респондентов = 5018.

Данные опросов ключевых групп населения демонстрируют неоптимальный охват услугами в некоторых странах. Например, охват лечением ВИЧ-инфекции во всех регионах Мьянмы, кроме одного, выше среди всех взрослых женщин (в возрасте 15 лет и старше), чем среди секс-работниц (рис. 2.7).

Рисунок 2.7 Охват антиретровирусной терапией секс-работниц и всех взрослых женщин (в возрасте от 15 лет и старше) в общей популяции, Мьянма, 2019 г.



Источник: Биоповеденческое исследование среди секс-работниц, Мьянма (2019 г.); Эпидемиологические оценки ЮНЭЙДС, 2022 г. (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

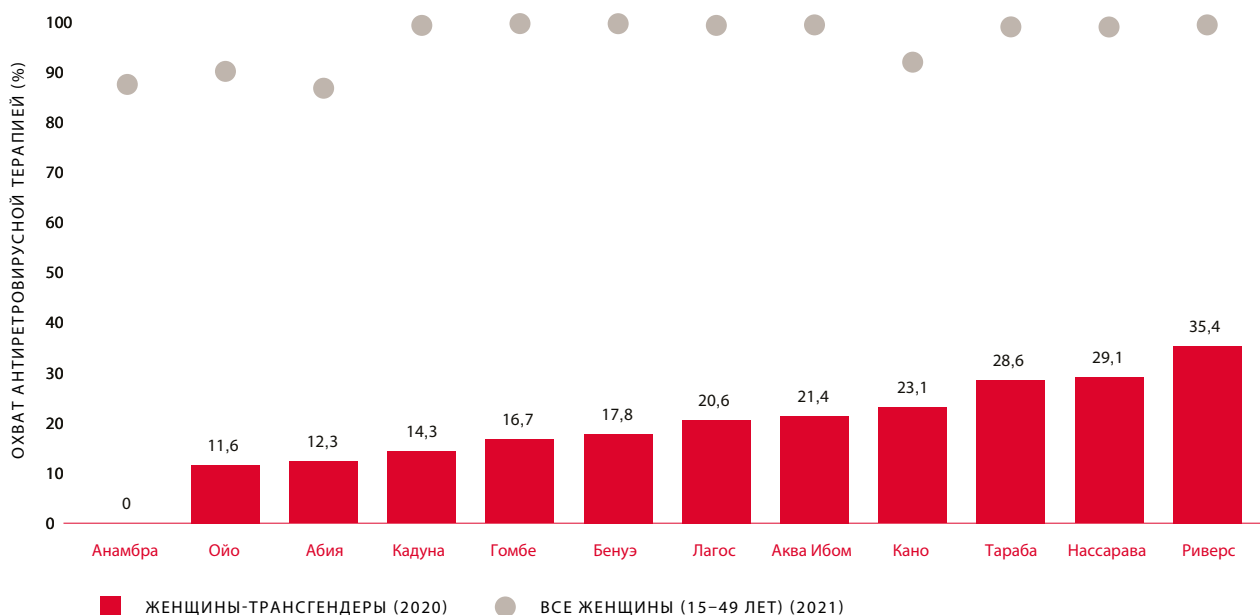


©UNAIDS/M. NYOKU

Гей-парад в Масеру, Лесото, организованное Ассоциацией «Народная матрица», правозащитной группой, которая проводит кампании в защиту прав и достоинства представителей ЛГБТИ в Лесото, ноябрь 2019 г.

Аналогичным образом, охват лечением ВИЧ-инфекции среди женщин-трансгендеров в 12 административно-территориальных образованиях Нигерии был значительно ниже, чем среди всех взрослых женщин (в возрасте от 15 до 49 лет) (рис. 2.8).

Рисунок 2.8 Охват антиретровирусными препаратами женщин-трансгендеров, 2020 г., и всех женщин (15–49 лет) в общей популяции, отдельные административно-территориальные единицы, Нигерия, 2021 г.



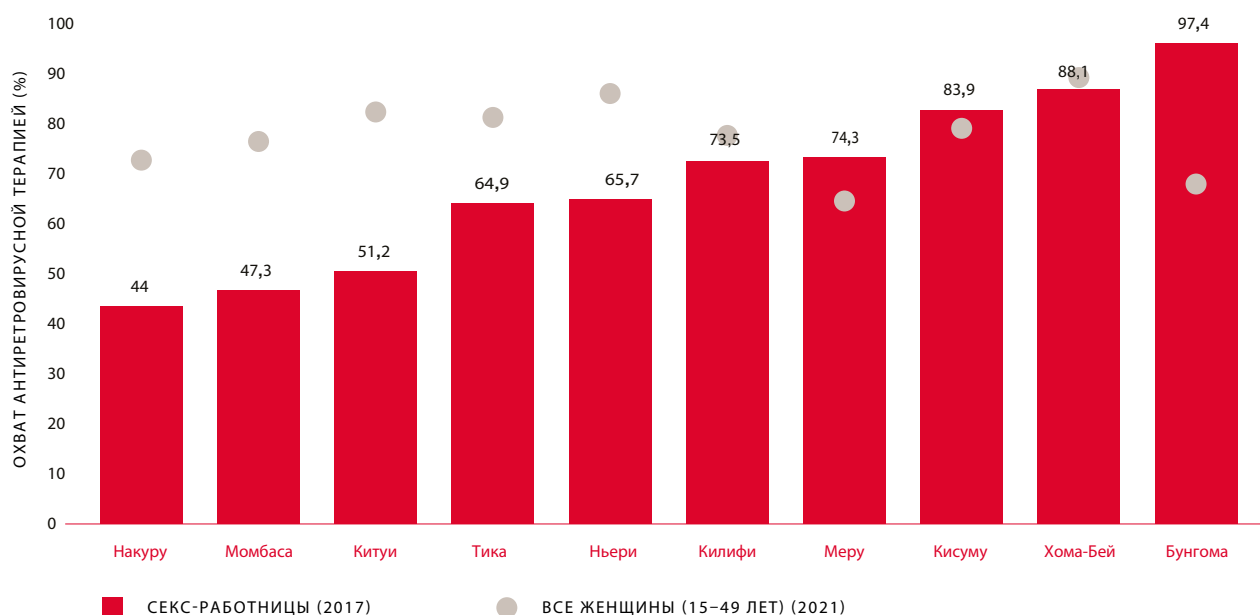
Источник: Интегрированное надзорное биоповеденческое исследование по ВИЧ/ИППП, Нигерия, 2020 г.; субнациональные эпидемиологические оценки ЮНЭЙДС, 2022 г. (<https://aidsinfo.unaids.org/>).



Молодая секс-работница в Аккре, Гана, 2022 г.

Охват лечением ВИЧ-инфекции был также ниже среди секс-работниц, чем среди всех взрослых женщин (в возрасте от 15 до 49 лет) в семи из 10 различных административно-территориальных образований Кении (рис. 2.9). Но хорошая новость заключается в том, что такое неравенство не является неизбежным: данные из трёх округов показывают равные или более высокие показатели среди секс-работниц, что является результатом активной многолетней программы противодействия ВИЧ.

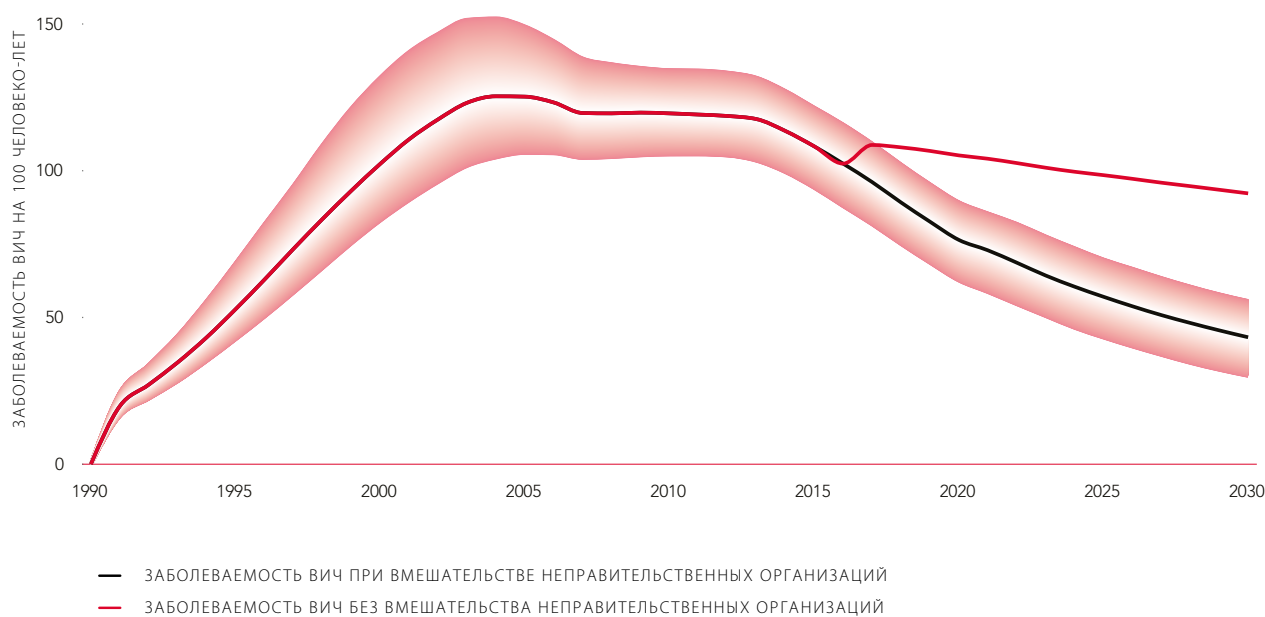
Рисунок 2.9 Охват лечением антиретровирусными препаратами секс-работниц, 2017 г., и всех женщин (15–49 лет) в общей популяции, 2021 г., отдельные административно-территориальные единицы, Кения



Источники: Опрос в кабинках для голосования, Кения (2017 г.); Эпидемиологические оценки ЮНЭЙДС, 2022 г. (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Эффективное обеспечение ресурсами организаций и сетей, возглавляемых сообществами, имеет решающее значение для подключения ключевых групп населения к основным услугам по профилактике и лечению. Критическая роль ответных мер, осуществляемых при лидерстве сообществ, была подтверждена во время пандемии COVID-19, когда организации, с ведущим участием сообществ, доказали свою изобретательность и жизнестойкость. Например, ответные меры, осуществляемые на базе общин, способствовали адаптации услуг по снижению вреда от заболеваемости в более чем 50 странах, включая такие меры, как упрощённая выписка рецептов, поддерживающая терапия опиоидными агонистами на дому, доступ к налоксону и интегрированные мобильные услуги в связи с COVID-19 и ВИЧ. Молодёжные и обслуживающие молодёжь сетевые организации ключевых групп населения в Индии, Индонезии, Филиппинах и других странах также активизировались во время пандемии COVID-19, обеспечивая своим сверстникам доставку на дом антиретровирусных препаратов, презервативов и оказание психосоциальной поддержки, как лично, так и виртуально (6, 7). Аналогичным образом, недавнее исследование с использованием математического моделирования показало, что без усилий неправительственных организаций, специализирующихся на предоставлении услуг геем и другим мужчинам, имеющим секс с мужчинами, в 2016–2020 годах заболеваемость ВИЧ-инфекцией в Украине в 2021 году была бы на 44% выше (рис. 2.10) (8).

Рисунок 2.10 Заболеваемость ВИЧ-инфекцией среди геев и других мужчин, имеющих секс с мужчинами, смоделированная с учётом и без учёта вмешательства неправительственных организаций, Украина, 1990–2030 гг.



Источник: По материалам публикации: Trickey A, Walker JG, Bivegete S, Semchuk N, Saliuk T, Varetska O et al. Impact and cost-effectiveness of non-governmental organizations on the HIV epidemic in Ukraine among MSM. AIDS 2022;36:2025-34.

Примечание. Анализ был проведен до войны в Украине и относится к периоду до 2022 года.

Доконтактная профилактика ВИЧ может значительно снизить заболеваемость ВИЧ, но услуги ДКП не охватывают ключевые группы населения

Доказано, что доконтактная профилактика (ДКП) снижает риск инфицирования ВИЧ половым путём на 99% и риск передачи при употреблении наркотиков инъекционным путём не менее чем на 74% (9). В странах с высоким уровнем дохода, которые уделяют первоочередное внимание расширению масштабов применения ДКП, отмечается быстрое и значительное снижение числа новых случаев ВИЧ-инфекции, особенно среди геев и других мужчин, имеющих секс с мужчинами (10–12). Ранние данные свидетельствуют о том, что ДКП может оказывать столь же мощный эффект на уровне населения в странах с низким и средним уровнем дохода: в Кении и Уганде услуги ДКП, предоставляемые в тот же день, привели к снижению заболеваемости ВИЧ на 74% среди пользователей ДКП (13). Несколько меньшее, хотя и по-прежнему впечатляющее, снижение заболеваемости ВИЧ в Кении и Уганде в реальных условиях подчёркивает важность строгой приверженности ДКП для максимизации её профилактических преимуществ.

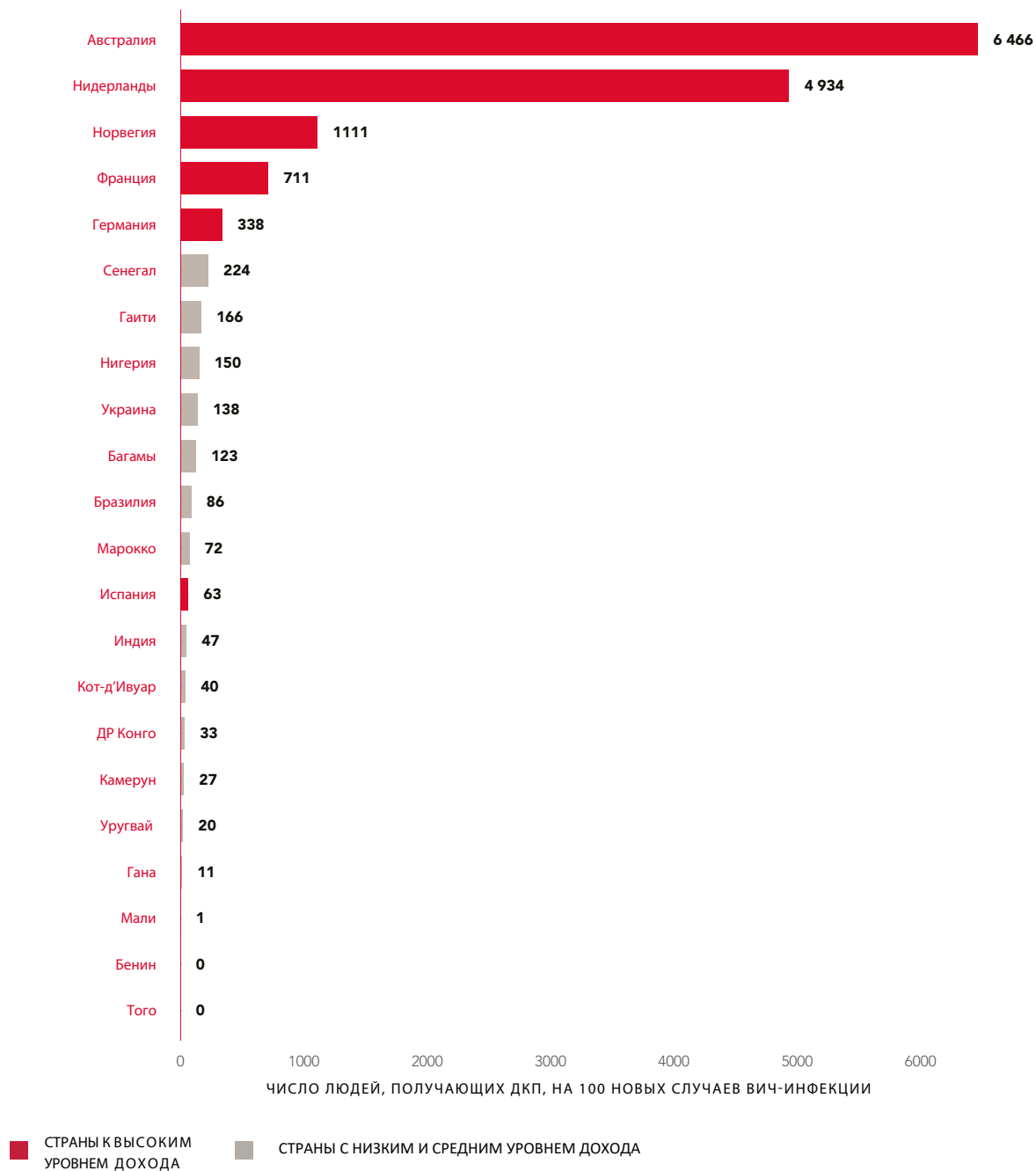
Однако до 2019 года в Западной и Центральной Европе и Северной Америке было больше людей, получающих ДКП, чем во всей Африке. Это преимущество в 10 лет на старте использования доконтактной профилактики привело к значительному снижению уровня заболеваемости ВИЧ среди тех, кто имел и имеет доступ к ДКП, однако в других странах ситуация мало изменилась. Число людей, получающих ДКП, на 100 новых случаев ВИЧ-инфекции остаётся значительно ниже (в некоторых случаях на несколько порядков) в странах с низким и средним уровнем дохода, чем в странах с высоким уровнем дохода (рис. 2.11). Такие глубокие факторы неравенства в отношении доступа к ДКП подрывают усилия по возвращению мер противодействия СПИД в нужное русло путём обеспечения потребностей ключевых групп населения.



© UNAIDS/UNAIDS/LHSS

Социальный работник проводит тестирование на ВИЧ и консультирует по вопросам использования презервативов и лубрикантов для снижения вреда в рамках пилотного проекта на базе социального контракта при поддержке ЮНЭЙДС, провинция Дьенбьен, Вьетнам, 24 октября 2022 г.

Рисунок 2.11 Число людей, получающих ДКП, на 100 новых случаев ВИЧ-инфекции в отдельных странах, классификация стран по уровню доходов, 2021 г.



Источник: Глобальный мониторинг эпидемии СПИДа, ЮНЭЙДС, 2022 г. (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Доступность ДКП остаётся ограниченной в странах Латинской Америки (14). Недавнее исследование, проведённое в Бразилии, показало, что менее половины женщин-трансгендеров (47,6%) продолжают использовать ДКП через год после приёма препаратов, что отражает основные факторы уязвимости и слабую адаптацию услуг к потребностям этой группы населения (15). В исследовании также подчёркивается, что низкая приверженность, согласно собственным оценкам участников, к ДКП связана с низким уровнем образования.

В работе по устранению факторов неравенства в использовании ДКП присутствует позитивные сдвиги, с которым связаны определённые надежды. AVAC, инициативная группа по профилактике ВИЧ, сообщает, что число людей, начавших ДКП за последнее десятилетие, впервые превысило 3 миллиона в третьем квартале 2022 года (16, 17). По данным AVAC, ЮАР на сегодняшний момент обогнала бывшего лидера в этой области — Соединённые Штаты — по числу пользователей ДКП. При поддержке Чрезвычайного плана президента США по борьбе со СПИДом (ПЕПФАР) масштабы применения ДКП быстро расширяются в таких странах, как Мозамбик, Нигерия, Уганда, Замбия и Зимбабве.

Недавний качественный обзор доступа к ДКП, проведённый организацией MPact Global Action for Gay Men's Health and Rights (Глобальная инициатива по охране здоровья и прав мужчин-геев), показал, что инициативы, ориентированные на сообщества, особенно те, которые основаны на глубоком и положительном влиянии ДКП на индивидуальную сексуальную автономию, оказались эффективными в формировании спроса со стороны сообщества и расширении доступа к ДКП (18). В том же обзоре были определены группы населения, которые остаются неохваченными в рамках существующих программ ДКП, адресованных мужчинам-мигрантам; расовым и этническим меньшинствам; людям, употребляющим наркотики инъекционным путём; секс-работникам и трансгендерам.

Те же структурные барьеры, которые влияют на предоставление других профилактических услуг, тестирования и лечения, также препятствуют распространению ДКП и обращаемости за этим видом профилактики.

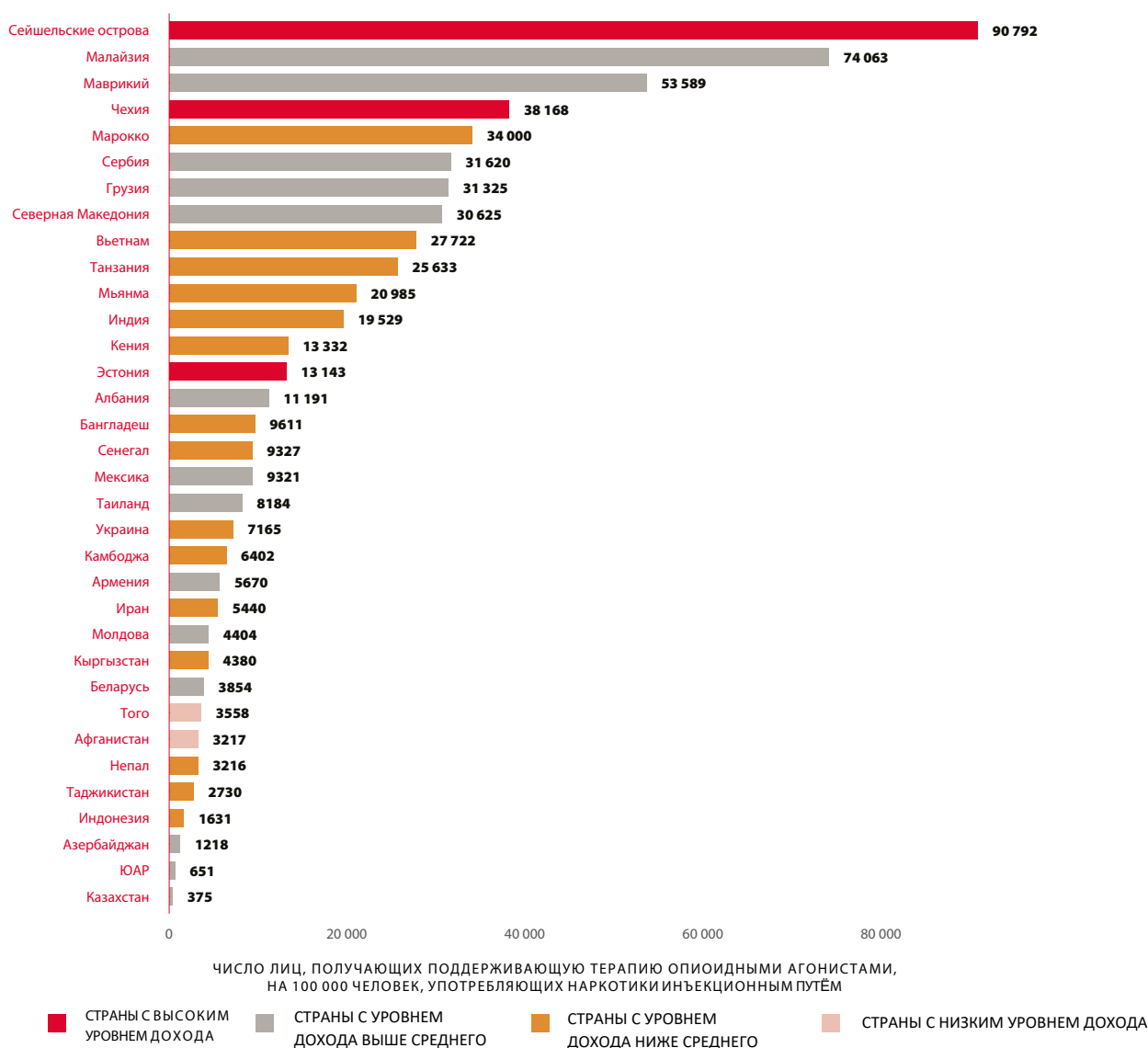
На данный момент задача состоит в том, чтобы обеспечить охват доконтактной профилактикой ключевых групп населения, которые в ней больше всего нуждаются. В частности, было продемонстрировано, что включение ДКП в широкий арсенал комплексной профилактики ВИЧ в Таиланде привело к высокой обращаемости за услугами профилактики и приверженности к ним, а также практически полному устранению риска инфицирования ВИЧ среди молодых женщин-трансгендеров, геев и других мужчин, имеющих секс с мужчинами (19). В Индонезии квалифицированный медицинский персонал и социальные работники, работающие в общинах и сообществах, в настоящее время популяризируют применение ДКП в 21 округе, стремясь, чтобы к концу 2022 года число пользователей ДКП составило как минимум 7 000 человек. Те же структурные барьеры, которые влияют на предоставление других профилактических услуг, тестирования и лечения, также препятствуют распространению ДКП и обращаемости за этим видом профилактики. Необходимо принимать меры для решения проблем, связанных со стигмой и дискриминацией ключевых групп населения, а также бороться за отмену карательных уголовных законов.

Мы можем положить конец эпидемии среди людей, употребляющих наркотики инъекционным путём, но нам это не удаётся, поскольку мы не обеспечиваем полноценный доступ к услугам по снижению вреда.

У нас есть средства для предотвращения передачи ВИЧ среди людей, употребляющих наркотики инъекционным путём. Ряд стран с высоким уровнем дохода практически ликвидировали новые случаи инфицирования ВИЧ среди людей, употребляющих наркотики инъекционным путём, благодаря внедрению комплексного пакета услуг по снижению вреда, который включает программы игл и шприцев, поддерживающую терапию опиоидными агонистами, а также услуги в связи с ВИЧ и первичную медико-санитарную помощь.

В то время как меры противодействия СПИДу вошли в историю мирового здравоохранения, резко сократив, а в некоторых случаях и полностью устранив неравенство в охвате лечением ВИЧ-инфекции между странами с разным уровнем дохода, то же самое ещё предстоит сделать в отношении услуг по снижению вреда. Охват услугами по снижению вреда в странах с низким и средним уровнем дохода в целом ниже, чем в большинстве стран с высоким уровнем дохода (рис. 2.12).

Рисунок 2.12 Число лиц, получающих поддерживающую терапию опиоидными агонистами, на 100 000 человек, употребляющих наркотики инъекционным путём, в странах с доступными данными, классификация стран по уровню доходов, 2021 г.



Источник: Глобальный мониторинг эпидемии СПИДа ЮНЭЙДС, 2022 г. (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Некоторые тенденции в сфере таких услуг обнадеживают, хотя эффект остаётся скромным. Согласно международному обзору услуг по снижению вреда, число стран, сообщивших о наличии хотя бы одной программы игл и шприцев, выросло с 86 в 2020 году до 92 в 2022 году, а число стран, имеющих хотя бы одну программу поддерживающей терапии опиоидными агонистами, увеличилось с 84 до 87 (20). В шестнадцати странах в настоящее время существуют легально функционирующие помещения для употребления наркотиков. Однако услуги по снижению вреда здоровью остаются ограниченными или полностью отсутствуют в большинстве стран Африки к югу от Сахары, Латинской Америки, Карибского бассейна, Ближнего Востока и Северной Африки. Число стран, сообщивших о программах игл и шприцев по крайней мере в одной тюрьме, фактически сократилось с 10 в 2020 году до девяти в 2021 году.

Программы на базе сообществ имеют критически важное значение для усилий по снижению числа новых случаев ВИЧ-инфекции среди людей, употребляющих наркотики инъекционным путём. В Республике Молдова в 2021 году национальная тюремная администрация предоставила тюрьмам 142 000 игл и шприцев, а пять организаций гражданского общества объединились, чтобы предложить тестирование на ВИЧ в тюрьмах (21).

Даже там, где меры по снижению вреда расширяются, доступ часто ограничен в тех случаях, когда действуют уголовные и административные законы, карающие людей за хранение наркотиков для личного употребления. Существование уголовного законодательства и соответствующей полицейской практики оказывает значительное влияние на возможность доступа сообществ к услугам по снижению вреда, что доказательно повышает риск инфицирования ВИЧ за счёт более частого использования нестерильного инъекционного инструментария. Декриминализация употребления наркотиков и их хранения в личных целях связана со значительным снижением заболеваемости ВИЧ среди людей, употребляющих наркотики инъекционным путём, в том числе за счёт расширения доступа к услугам по снижению вреда, сокращения случаев насилия, арестов или преследований со стороны правоохранительных органов (22, 23).

92

СТРАНЫ СООБЩИЛИ О НАЛИЧИИ ХОТЯ БЫ ОДНОЙ ПРОГРАММЫ ИГЛ И ШПРИЦЕВ В 2022 ГОДУ



© UNAIDS

Мы не сможем покончить со СПИДом среди ключевых групп населения, если не будем эффективно бороться с социальными факторами, которые повышают уязвимость этих людей и блокируют их возможности доступа к услугам.

Глубоко укоренившиеся предрассудки и широко распространённые стигма и дискриминация, насилие и криминализация в отношении ключевых групп населения повышают их уязвимость к ВИЧ, насилию и другим социальным недугам. Они сокращают способность представителей ключевых групп населения получать доступ к жизненно важным услугам, а также снижают готовность в рамках национальных ответных мер уделять приоритетное внимание программам, отвечающим потребностям ключевых групп населения, или партнёрству с их организациями и сетями в рамках ответных мер и предоставления услуг. Хотя усилия по расширению услуг ключевым группам населения имеют решающее значение для снижения масштаба эпидемии в этих группах, само по себе наличие услуг не окажет необходимого воздействия без согласованных усилий по устранению факторов, способствующих развитию эпидемии в обществе.

18–24%

**ХУДШИЕ ПОКАЗАТЕЛИ
ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИЧ
В СТРАНАХ, ГДЕ НАРЯДУ
С СЕКС-БИЗНЕСОМ
КРИМИНАЛИЗИРОВАНЫ
ОДНОПОЛЫЕ
СЕКСУАЛЬНЫЕ КОНТАКТЫ
ИЛИ УПОТРЕБЛЕНИЕ
НАРКОТИКОВ**

Стигма и дискриминация оказывают глубокое негативное воздействие как на здоровье и благополучие ключевых групп населения, так и на успех мер противодействия СПИДу для этих групп. Например, мета-анализ пяти из 10 рассмотренных исследований показал, что люди, живущие с ВИЧ и испытывающие высокий уровень стигмы и дискриминации, в 2,4 раза чаще откладывают обращение за медицинской помощью до тех пор, пока им не станет совсем плохо (24). Глобальный обзор, сравнивающий национальные законодательные и политические рамки и результаты противодействия ВИЧ, также показал, что осведомлённость о ВИЧ-статусе и показатели вирусной супрессии были ниже в странах, криминализирующих однополые половые акты или употребление наркотиков, при этом результаты были на 18–24% хуже в странах, криминализирующих и то, и другое наряду с секс-бизнесом (25).

Представители ЛГБТИ-сообщества часто несут на себе основную тяжесть такого положения. Например, в странах Африки к югу от Сахары исследование, проведённое в 10 странах, показало, что геи и другие мужчины, занимающиеся сексом с мужчинами, живущими в странах с политикой, криминализирующей однополые сексуальные отношения, в два раза чаще инфицируются ВИЧ по сравнению с теми, кто живёт в странах, в которых подобная криминализация не существует. Вероятность инфицирования ВИЧ возрастает в восемь раз в условиях жёсткой криминализации (26). Геи и другие мужчины, имеющие секс с мужчинами, живущие в африканских странах с наиболее репрессивными законами в отношении ЛГБТИ, также более чем в три раза реже знают о своём ВИЧ-статусе, чем аналогичные люди, живущие в странах с наименее репрессивными законами (27). Исследование, проведённое среди женщин-трансгендеров в Аргентине, показало, что лица, столкнувшиеся с дискриминацией в медицинских учреждениях, в три раза чаще избегали медицинской помощи, чем те, кто не сталкивался с ней. Опрос женщин-трансгендеров, проведённый в Кении, показал, что 51% из респондентов откладывали обращение за медицинской помощью из-за дискриминации и неуважения со стороны медицинского персонала (28, 29). Представители ЛГБТИ-сообщества также подвергаются значительно большему риску насилия на рабочем месте, чем работники, не относящиеся к ЛГБТИ (30).

Отмена законов, криминализирующих или иным образом дискриминирующих ключевые группы населения, является неотложной задачей в области прав человека и общественного здравоохранения. Законы должны уважать принципы автономии при принятии решений в сфере здоровья и гарантировать свободное и информированное согласие, неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность. Необходимо обеспечить доступ к юридическим услугам, связанным с ВИЧ, и просвещать сообщества об их правах. Также необходимы инвестиции для снижения стигмы и дискриминации по шести параметрам Глобального партнёрства для искоренения всех форм отторжения и дискриминации в связи с ВИЧ: здравоохранение, система правосудия (включая законодателей, судей и правоохранительные органы), образование, рабочие места, семьи и сообщества, а также гуманитарные и чрезвычайные ситуации.

Чтобы покончить со СПИДом, правительства должны ценить права и достоинство каждого человека. Декриминализация, дестигматизация и вовлечённость людей спасают жизни.

Ссылки

1. Baral S, Rao A, Sullivan P, Phaswana-Mafuya N, Diouf D, Millett G et al. The disconnect between individual-level and population-level prevention benefits of antiretroviral treatment. *Lancet HIV*. 2019;6:e632–e638.
2. Stannah J, Soni N, Lam J, Giguère K, Larmarange J, Maheu-Giroux M et al. Trends in HIV testing, the treatment cascade, and HIV incidence among men who have sex with men in Africa: a systematic review and meta-regression analysis. Preprint (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.11.14.22282329v1>).
3. 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):773.
4. Stoner MCD, Rucinski KB, Lyons C, Napierala S. Differentiating the incidence and burden of HIV by age among women who sell sex: a systematic review and meta-analysis. *J Int AIDS Soc*. 2022;25:e260268.
5. Behavioural surveillance survey-lite, 2020. Top line findings. New Delhi: National AIDS Control Organization (India), All India Institute of Medical Sciences, New Delhi; 2020 (<http://www.naco.gov.in/sites/default/files/BSS%20Lite%20Report.pdf>).
6. Putting young key populations first: HIV and young people from key populations in the Asia and Pacific region. Geneva: UNAIDS; 2022.
7. Virtual interventions in response to HIV, sexually transmitted infections and viral hepatitis. UNAIDS and WHO 2022 policy brief. Geneva: UNAIDS; 2022.
8. Trickey A, Walker JG, Bivegete S, Semchuk N, Saliuk T, Veretska O et al. Impact and cost-effectiveness of non-governmental organizations on the HIV epidemic in Ukraine among MSM. *AIDS*. 2022;36:2025–34.
9. PrEP effectiveness. In: CDC.gov [Internet]. 6 June 2022. Atlanta (GA): U.S. Centers for Disease and Prevention; c2022 (<https://www.cdc.gov/hiv/basics/prep/prep-effectiveness.html>).
10. Hammoud MA, Grulich A, Holt M, Maher L, Murphy D, Jin F et al. Substantial decline in use of HIV preexposure prophylaxis following introduction of COVID-19 physical distancing restrictions in Australia: results from a prospective observational study of gay and bisexual men. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2021;86:22–30.
11. Buchbinder SP, Havlir DV. Getting to zero San Francisco: a collective impact approach. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2020;82(Suppl. 3):S176–S182.
12. Lester J, Martin V, Shah A, Chau C, Mackay N, Newbigging-Lister A et al. HIV testing, PrEP new HIV diagnoses, and care outcomes for people accessing HIV services: 2022 report. London: UK Health Security Agency; 2022.
13. Koss CA, Havlir DV, Ayieko J, Kwarisiima D, Kabami J, Chamie G et al. HIV incidence after pre-exposure prophylaxis initiation among women and men at elevated HIV risk: a population-based study in rural Kenya and Uganda. *PLoS Med*. 2021;18:e1003492.
14. HIV epidemic and response in Latin America and the Caribbean. WHO, Pan American Health Organization; 2021 (<https://www.paho.org/en/documents/hiv-epidemic-and-response-latin-america-and-caribbean>).
15. Konda KA, Torres TS, Mariño G, Ramos A, Moreira RI, Leite IC et al. Factors associated with long-term HIV pre-exposure prophylaxis engagement and adherence among transgender women in Brazil, Mexico and Peru: results from the ImPrEP study. *J Int AIDS Soc*. 2022;25 Suppl 5(Suppl 5):e25974.
16. PrEP and beyond: HIV prevention from 2022 onwards. *Px Wire*. 2022;12(2), October 2022 (<https://www.avac.org/pxwire-vol12-no2>).
17. The Global PrEP Tracker [database] (<https://data.prepwatch.org/>).
18. 10 year PrEP report. Oakland (CA): MPACT; 2022 (<https://mpactglobal.org/wp-content/uploads/2022/07/MPACT-Prep-Report-2022.pdf>).
19. Beyrer C, Weir BW, Wirtz AL, Mon SHH, Qaragholi N, Chemnasiri T et al. PrEP use and HIV incidence among young Thai men and transgender women who sell sex in Bangkok and Pattaya, Thailand: results of COPE effectiveness study. International AIDS Conference, 29 July–2 August 2022. Abstract PESUC29.
20. Global State of Harm Reduction 2022. London: Harm Reduction International; 2022.
21. IN DANGER: UNAIDS Global AIDS update 2022. Geneva: UNAIDS; 2022 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2022/in-danger-global-aids-update>).
22. DeBeck K, Cheng T, Montaner JS, Beyrer C, Elliott R, Sherman S et al. HIV and the criminalization of drug use among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet HIV*. 2017;4(8):e357–e374.
23. Baker P, Beletsky L, Avalos L, Venegas C, Rivera C, Strathdee SA. Policing practices and HIV risk among people who inject drugs—a systematic literature review. *Epidemiol Rev*. 2020 Jan 31;42(1):27–40. doi: 10.1093/epirev/mxaa010.
24. Gesesew HA, Tesfay Gebremedhin AT, Demissie TD, Kerie MW, Sudhakar M, Mwanri L. Significant association between perceived HIV-related stigma and late presentation for HIV/AIDS care in low and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2017;12:e0173928.
25. Kavanagh MM, Agbla SC, Joy M, Aneja K, Pillinger M, Case A et al. Law, criminalization and HIV in the world: have countries that criminalize achieved more or less successful pandemic response? *BMJ Glob Health*. 2021;6:e006315.
26. Lyons C. Utilizing individual level data to assess the relationship between prevalent HIV infection and punitive same sex policies and legal barriers across 10 countries in sub-Saharan Africa. 23rd Virtual International AIDS Conference, 6–10 July 2020. Abstract OAF0403.
27. 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–e787.
28. Socías ME, Marshall BD, Arístegui I, Romero M, Cahn P, Kerr T et al. Factors associated with healthcare avoidance among transgender women in Argentina. *Int J Equity Health*. 2014;13(1):81.
29. Trans*Alliance, Nduta S, Smith LG, Okeyo N. A report of the National Transgender Discrimination Survey in Kenya (NTDS) – a baseline study of transgender persons in Kenya: life experiences and access to health services. *Journal of Public Policy and Governance*. 2022;6:22–51.
30. Ending violence and harassment against women and men in the world of work. Geneva: ILO; 2018.

ПОЛОЖИТЬ КОНЕЦ СПИДУ У ДЕТЕЙ

Мир не справляется с проблемой детей (в возрасте от 0 до 14 лет), живущих с ВИЧ или затронутых ВИЧ.¹ В то время, как по всему миру успешно распространялось антиретровирусная терапия для взрослых, живущих с ВИЧ, гораздо меньше было сделано для детей в области профилактики, лечения и ухода при ВИЧ-инфекции.

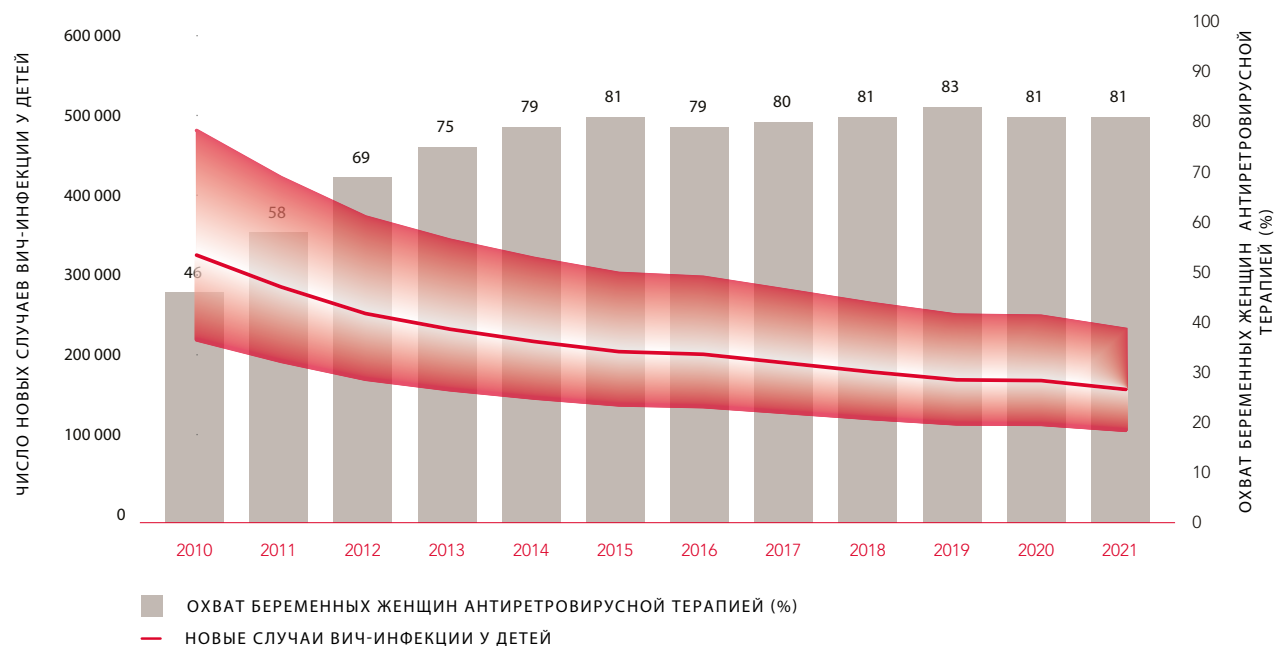
Такие факторы неравенства имеют смертельные последствия: в 2021 году лишь 4% всех людей, живущих с ВИЧ, были дети, однако доля детей в смертности, обусловленной СПИДом, составляла 15%.

Расширение масштабов тестирования на ВИЧ и доступа к антиретровирусной терапии для взрослых изменило глобальные меры противодействия СПИДу, но у детей значительно меньше шансов, чем у взрослых, пройти диагностику на ВИЧ, получить антиретровирусную терапию и добиться подавления вирусной нагрузки. В то время как в 2021 году 81% беременных женщин, живущих с ВИЧ (рис. 3.1), и 76% взрослых (в возрасте 15 лет и старше) в целом получали антиретровирусную терапию, только 52% детей имели доступ к лечению (рис. 3.2). С 2010 года разрыв в охвате лечением взрослых и детей всё увеличивается.

¹ Если не указано иное, ЮНЭЙДС определяет детей как лиц в возрасте от 0 до 14 лет.

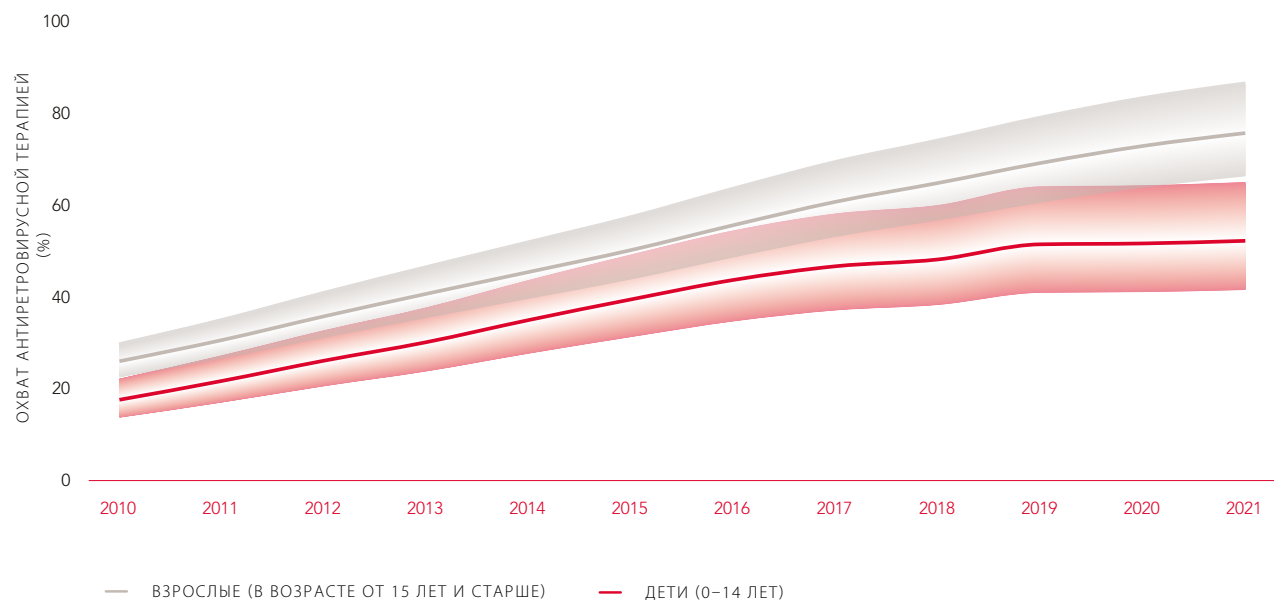


Рисунок 3.1 Новые случаи ВИЧ-инфекции среди детей (0–14 лет) и охват антиретровирусной терапией беременных женщин, все страны, 2010–2021 гг.



Источник: Эпидемиологические оценки ЮНЭЙДС, 2022 г. (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Рис. 3.2 Охват антиретровирусной терапией детей (0–14 лет) и взрослых (в возрасте от 15 лет и старше), все страны, 2010–2021 гг.



Источник: Эпидемиологические оценки ЮНЭЙДС, 2022 г. (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

160 000

ДЕТЕЙ ИНФИЦИРОВАЛИСЬ ВИЧ В 2021 ГОДУ

По оценкам, около 800 000 детей, живущих с ВИЧ, не получают лечения. Число детей, нуждающихся в лечении ВИЧ-инфекции, гораздо больше, чем должно быть, поскольку усилия по профилактике вертикальной передачи не дают должного результата. Несколько стран с разным уровнем дохода практически устранили вертикальную передачу ВИЧ путём эффективного расширения масштабов применения проверенных методов профилактики, а в некоторых странах были отмечены города, которые соответствуют критериям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) для подтверждения устранения передачи ВИЧ от матери ребёнку.² Например, Сан-Паулу в Бразилии достиг этой цели в 2019 году и сохранил этот статус до 2021 года, демонстрируя ведущую роль, которую города играют в разрешении проблем в области противодействия ВИЧ и внедрении новаторских решений. Тем не менее, несмотря на этот прогресс, в 2021 году 160 000 [110 000–230 000] детей инфицировались ВИЧ, а прогресс в снижении числа новых случаев ВИЧ-инфекции среди детей застопорился, и за последние пять лет достигнуты лишь очень скромные результаты. Например, число новых случаев инфицирования в Западной и Центральной Африке снизилось на 39% в период с 2010 по 2021 год, однако в период с 2016 по 2021 год снижение составило всего 11%. В Восточной и Южной Африке число новых случаев инфицирования снизилось на 61% в период с 2010 по 2021 год, но за последние пять лет — только на 31%.

Прогресс в снижении числа новых случаев ВИЧ-инфекции среди детей застопорился, и за последние пять лет в этой области достигнуты лишь очень скромные результаты.

Важным фактором, способствующим неутешительному глобальному прогрессу в устранении вертикальной передачи ВИЧ, является ещё один вид неравенства — неспособность учитывать особые потребности девочек-подростков и молодых женщин. Сюда входят их потребности в профилактике ВИЧ и более широкие потребности в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья и прав. Их положение отражает и более широкое гендерное неравенство, которое повышает риск инфицирования и снижает доступ к услугам. Девочки-подростки и молодые женщины, особенно из ключевых групп населения, с ограниченными возможностями или живущие в сельской местности, сталкиваются с серьёзными барьерами в прохождении качественной диагностики на ВИЧ-инфекцию, началу лечения и удержанию в системе медицинской помощи, включая медицинские услуги до зачатия, в дородовой и послеродовой период (1).

Решение проблемы неравного доступа к услугам и эффективности лечения, с которыми сталкиваются дети, потребует целенаправленных усилий и заметно более твёрдой приверженности. С этой целью новый Глобальный альянс по прекращению распространения СПИДа среди детей стремится к широкому участию заинтересованных сторон, национальных правительств, учреждений-исполнителей, региональных и страновых организаций, а также религиозных и общественных партнёров (включая женщин, детей и подростков, живущих с ВИЧ), чтобы перенаправить внимание и удвоить усилия по искоренению СПИДа среди детей (см. Вставку 2).

2 По состоянию на октябрь 2022 года 16 стран и территорий: Ангилья, Антигуа и Барбуда, Армения (только ВИЧ), Беларусь, Бермудские острова, Каймановы острова, Куба, Доминика, Малайзия, Мальдивы, Молдова (только сифилис), Монтсеррат, Оман, Шри-Ланка, Сент-Китс и Невис, а также Таиланд были сертифицированы как страны, ликвидировавшие вертикальную передачу ВИЧ, сифилиса и гепатита В.

ВСТАВКА 2

НОВЫЙ ГЛОБАЛЬНЫЙ АЛЬЯНС ПО ИСКОРЕНЕНИЮ СПИДА СРЕДИ ДЕТЕЙ

ЮНЭЙДС, Детский фонд Организации Объединённых Наций (ЮНИСЕФ), ВОЗ и партнёры объединили свои усилия в рамках глобальной стратегической инициативы по обеспечению того, чтобы к концу десятилетия ни один ребёнок, живущий с ВИЧ, не получил отказа в лечении, а также по предотвращению новых случаев инфицирования ВИЧ у младенцев. Объявленный в августе 2022 года на международной конференции по СПИДу в Монреале, Канада, Глобальный альянс по искоренению СПИДа среди детей включает движения гражданского общества, такие как глобальная сеть людей, живущих с ВИЧ, и национальные правительства в наиболее пострадавших странах. В нем также участвуют международные партнёры, в том

числе Чрезвычайный план президента США по оказанию помощи в связи со СПИДом (ПЕПФАР) и Глобальный фонд.

Новый Глобальный альянс стремится использовать извлечённые уроки, чтобы сконцентрироваться на приоритетных действиях в интересах детей, девочек-подростков и молодых женщин, изложенных в «Глобальной стратегии противодействия СПИДу на 2021–2026 годы. Ликвидировать неравенство. Покончить со СПИДОМ», а также изложенных в «Политической декларации по ВИЧ и СПИДу: искоренение неравенства и становление на путь, позволяющий искоренить СПИД к 2030 году». Работа альянса связана с четырьмя направлениями коллективных действий (см. рис. 3.3).

Рисунок 3.3 Четыре основных направления коллективных действий Глобального альянса по искоренению СПИДа среди детей



Источник: Глобальный альянс по искоренению СПИДа среди детей. 2022 г. (<https://www.childrenandaids.org/sites/default/files/2022-07/%20Global%20Alliance%20>).

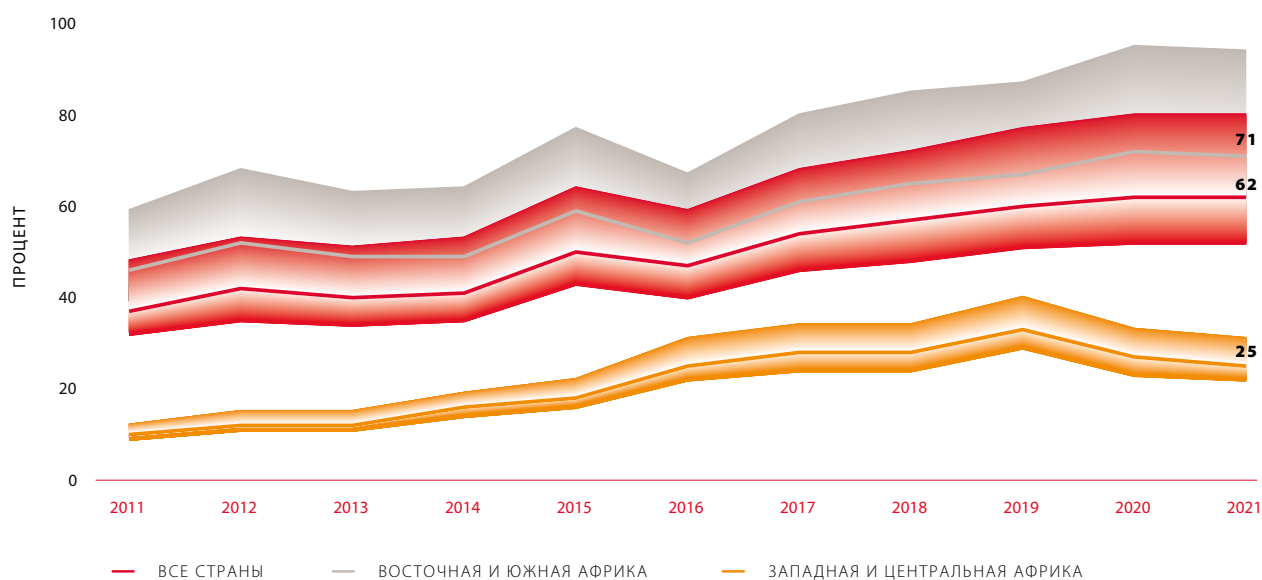


Запуск Инициативы Глобального альянса по искоренению СПИДа среди детей к 2030 году: построение партнёрских отношений, работа с сообществами и инновации. Монреаль, Канада, 1 августа 2022 г.

Пробел в лечении детей может быть устранён, если будет оказана поддержка большему числу беременных и кормящих грудью женщин и их младенцам для подтверждения ВИЧ-статуса ребёнка при рождении и по окончании грудного вскармливания.

Поздняя диагностика является важным фактором неравенства в лечении, с которым сталкиваются дети. Во всём мире только 62% ВИЧ-инфицированных младенцев проходят тестирование в течение первых двух месяцев жизни (рис. 3.4), а в Западной и Центральной Африке только один из четырёх ВИЧ-инфицированных младенцев получает услуги ранней диагностики новорождённых.

Рисунок 3.4 Процент ВИЧ-инфицированных детей, прошедших тестирование на ВИЧ к двухмесячному возрасту, в мире и отдельных регионах, 2011–2021 гг.

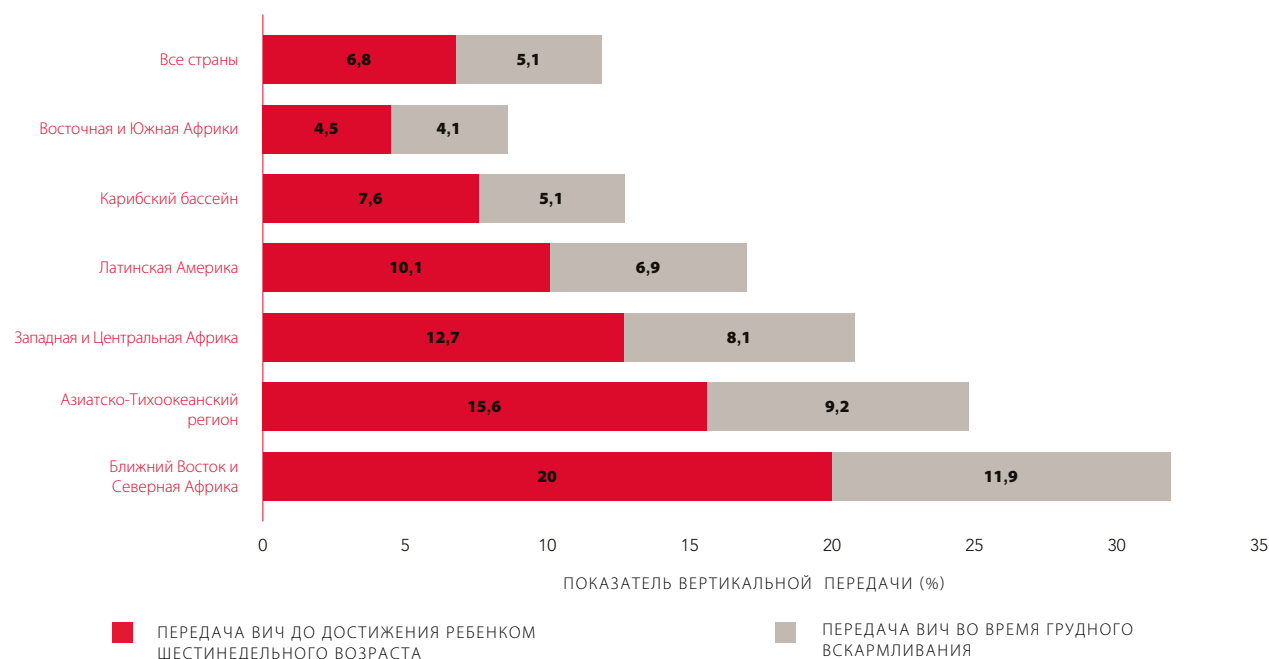


Источник: Эпидемиологические оценки ЮНЭЙДС, 2022 г. (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

43%

**СЛУЧАЕВ ВЕРТИКАЛЬНОЙ
ПЕРЕДАЧИ ВИЧ ВО ВСЁМ
МИРЕ ПРОИСХОДИТ ВО
ВРЕМЯ ГРУДНОГО
ВСКАРМЛИВАНИЯ**

Службы ранней диагностики младенцев, созданные в учреждениях по уходу за новорождёнными и детьми раннего возраста, служат основным каналом для выявления детей, живущих с ВИЧ, и назначения им антиретровирусной терапии. Растёт спрос как на традиционную раннюю диагностику младенцев (исследование образцов в централизованных лабораториях), так и на инструменты для диагностики ВИЧ-инфицированных детей в пунктах оказания медицинской помощи (2). Однако самой по себе ранней диагностики у младенцев будет недостаточно, чтобы восполнить пробел в лечении детей. В настоящее время 43% случаев вертикальной передачи инфекции во всём мире среди молодых матерей — как тех, кто знает свой ВИЧ-статус, так и тех, кто не знает его, — происходит после первых двух месяцев жизни их ребёнка (рис. 3.5).

Рисунок 3.5 Показатель вертикальной передачи ВИЧ по времени передачи, во всём мире и по регионам, 2021 г.

Источник: Эпидемиологические оценки ЮНЭЙДС, 2022 г. (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Отсутствие стратегий тестирования и адекватных ресурсов для обеспечения своевременной диагностики детей, инфицированных ВИЧ во время грудного вскармливания, является одной из основных причин неоказания лечения детям. Во всём мире 60% детей, живущих с ВИЧ и не получающих антиретровирусную терапию, находятся в возрасте от 5 до 14 лет.

Консультирование и тестирование по инициативе врача должно проводиться в различных центрах оказания помощи в системе здравоохранения.

60%

ДЕТЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, НО НЕ ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ, НАХОДЯТСЯ В ВОЗРАСТЕ ОТ 5 ДО 14 ЛЕТ

Для этой возрастной группы необходимы инновационные подходы для обеспечения быстрой диагностики ВИЧ. Консультирование и тестирование по инициативе врача должно проводиться в различных центрах оказания помощи в системе здравоохранения, включая клиники и отделения для больных детей, программы питания и противотуберкулёзные службы (3). Обследование контактных лиц — членов семьи на ВИЧ, при котором тестирование предлагается всем членам семьи человека, живущего с ВИЧ, особенно братьям и сёстрам, доказало свою эффективность при диагностике ВИЧ у детей старшего возраста (4). Необходимо позаботиться о том, чтобы обследование контактных лиц на ВИЧ проводилось только в тех случаях, когда отсутствует риск причинения вреда членам семьи, в том числе гендерного насилия. Обследование на ВИЧ в школах в странах и регионах с высоким уровнем заболеваемости ВИЧ также является потенциально эффективным средством выявления недиагностированных детей, живущих с ВИЧ, и последующего диспансерного наблюдения.

Для предотвращения вертикальной передачи необходимы интенсивные стратегические усилия, ориентированные на матерей.

Сейчас, как никогда ранее, мы знаем, почему так много детей продолжают инфицироваться ВИЧ. Улучшения в анализе данных более чётко показывают, как неудачи конкретных программ способствуют новым случаям инфицирования ВИЧ среди детей, раскрывая масштабы этой проблемы (рис. 3.6).

Рисунок 3.6 Процент новых случаев вертикальной передачи ВИЧ-инфекции с разбивкой по причине передачи, все страны и отдельные регионы, 2021 г.



Источник: Эпидемиологические оценки ЮНЭЙДС, 2022 г. (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

75 000

МАТЕРЕЙ ПО ВСЕМУ МИРУ НЕ ПОЛУЧАЛИ АНТИРЕТРОВИРУСНУЮ ТЕРАПИЮ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ИЛИ КОРМЛЕНИЯ ГРУДЬЮ В 2021 ГОДУ

Например, теперь нам известно, что диагностика и охват антиретровирусной терапией 260 000 беременных женщин, живущих с ВИЧ, не только обеспечит доступ большего числа женщин к этим жизненно важным услугам и возможность прожить долгую и здоровую жизнь, но и потенциально предотвратит 75 000 новых случаев ВИЧ-инфекции среди детей. Аналогичным образом, оказание помощи 89 000 женщин, живущих с ВИЧ, в продолжении получения лечения, значительно улучшит состояние здоровья женщин и девочек и предотвратит 34 000 новых случаев ВИЧ-инфекции среди детей.

Данный анализ подчёркивает, что здоровье и благополучие детей, инфицированных ВИЧ, напрямую связаны со здоровьем и благополучием их матерей и их способностью получать доступ к услугам. В тех местах, где имеют место локальные эпидемии, здоровье детей зависит от обеспечения уважительного отношения к детородному потенциалу представителей ключевых групп населения и их партнёрам в дородовой и послеродовой периоды, а также от предоставления им необходимых услуг и поддержки. Это также означает устранение некоторых дискриминационных и вредных барьеров, с которыми ключевые группы населения могут столкнуться при получении дородовых, послеродовых услуг или услуг в связи с ВИЧ. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что страх стигмы — или предыдущий опыт стигматизации — означает, что люди с меньшей вероятностью воспользуются доступом к услугам в связи с ВИЧ и другим медицинским услугам (5–7). Страх потерять родительские права создаёт дополнительные препятствия для доступа к услугам, и этот вопрос также требует решения.



Маргрет и её 9-летний сын Рональд проходят медосмотр в медицинском учреждении Мадуду Мубенде, Уганда, апрель 2022 г.

НА 74%

**ВЫШЕ ПОКАЗАТЕЛИ
ТЕСТИРОВАНИЯ
СРЕДИ ПОДРОСТКОВ,
ПРОЖИВАЮЩИХ В СТРАНАХ,
ГДЕ ВОЗРАСТ СОГЛАСИЯ
НА ТЕСТИРОВАНИЕ НА ВИЧ
СОСТАВЛЯЕТ 15 ИЛИ МЕНЕЕ
ЛЕТ**

Женщины, живущие с ВИЧ, по-прежнему подвергаются высокому уровню стигматизации в связи с ВИЧ, особенно во время беременности. В ряде стран женщины сталкиваются с преследованиями, злоупотреблениями, принудительными или насильственными абортными или стерилизацией, и всё это создаёт барьеры для доступа к услугам в области ВИЧ, а также охраны сексуального и репродуктивного здоровья и прав. Для устранения таких барьеров необходимо расширить масштабы программ по снижению стигматизирующего отношения и пагубных практик.

Проведённый анализ данных в отношении новых случаев вертикальной передачи подтверждает необходимость внедрения широких программ по профилактике передачи ВИЧ от матери ребёнку. В странах с высоким бременем ВИЧ необходимо расширить практику тестирования женщин на ВИЧ до зачатия, уделяя особое внимание предложению повторного тестирования на ВИЧ во время беременности и после родов (8). Следует систематически предлагать ДКП ВИЧ-отрицательным беременным и кормящим женщинам, подверженным значительному риску инфицирования ВИЧ, а также в районах с высоким уровнем заболеваемости ВИЧ-инфекцией (9–11). Для беременных и кормящих женщин, получающих антиретровирусную терапию, необходимо усилить программы по приверженности лечению, удержанию в системе медицинской помощи, а также взаимному консультированию (12–16).

Тестирование партнёров людей, живущих с ВИЧ, и быстрое начало лечения ВИЧ-инфекции для партнёров с положительным результатом теста на ВИЧ должны стать приоритетной задачей, что поможет обеспечить безопасность и благополучие близким людям. Кроме того, необходимы более активные усилия по использованию программ иммунизации и планирования семьи в качестве отправных точек для предотвращения вертикальной передачи. Ежегодно во всём мире происходит около 121 миллиона незапланированных беременностей, и необходимо вновь сосредоточить внимание на снижении стигмы, связанной с подростковой беременностью, и обеспечении готовности систем здравоохранения предоставлять надлежащую, без осуждения помощь молодым беременным женщинам и их детям (17). Необходимо также ускорить внедрение всестороннего полового просвещения в школах, чтобы молодёжь могла защищать своё здоровье и благополучие, включая возможность выбора числа детей и интервалов между их рождением. Необходимо изменить законы, чтобы позволить подросткам проходить тестирование на ВИЧ без согласия родителей: исследование в странах Африки к югу от Сахары показало, что там, где возраст согласия на тестирование на ВИЧ составляет 15 или менее лет, показатели тестирования на ВИЧ среди подростков были на 74% выше по сравнению со странами, где возраст согласия на тестирование на ВИЧ составляет 16 или более лет (18). Чёткие подходы к устранению неравенства, с которым сталкиваются дети, изложены в последнем Призыве ЮНИСЕФ руководствоваться принципом равенства при осуществлении мер противодействия ВИЧ (21).

Недавняя оптимизация лечения детей привела к значимому снижению вирусной нагрузки у детей, получающих антиретровирусную терапию.

На протяжении многих лет эпидемии возможности лечения ВИЧ-инфекции у детей были более ограниченными, чем у взрослых. В последние годы ситуация изменилась, поскольку согласованные усилия по стратегическому планированию и сосредоточению внимания на оптимизации вариантов педиатрического лечения привели к появлению широкого спектра подходящих по возрасту антиретровирусных препаратов для младенцев и детей более старшего возраста (рис. 3.7).

Варианты лечения детей в странах с низким и средним уровнем дохода в настоящее время включают диспергируемые препараты, мини-таблетки и другие составы (такие как гранулы, таблетки и спринцовки).³ Такие более удобные для детей варианты заменили ранее используемые препараты, которые часто были трудно применимыми и не имевшими надлежащих вкусовых качеств, что приводило к ограниченным и несоответствующим вариантам лечения особенно для детей раннего возраста.

Всё больше стран используют рекомендованные схемы лечения детей на основе долутегравира (DTG), при этом, по состоянию на июль 2022 года, 45 стран приобрели схемы лечения на основе DTG. Эти лучше переносимые схемы лечения на основе DTG способствуют удержанию детей в рамках педиатрического лечения ВИЧ-инфекции. В 2022 году Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) одобрило диспергируемую комбинацию DTG с фиксированной дозой для детей весом от 10 до 25 кг.

В соответствии со сводными рекомендациями ВОЗ, Объединённая Республика Танзания приняла схему на основе DTG в качестве первой линии для всех детей старше четырёх недель и весом более трех килограммов (19). Недавнее исследование, оценивающее соблюдение режима, эффективность и безопасность этих схем среди ВИЧ-инфицированных детей и подростков, показало, что у 70,2% пациентов вирусная нагрузка не была обнаружена через шесть месяцев после начала лечения по схеме (20).

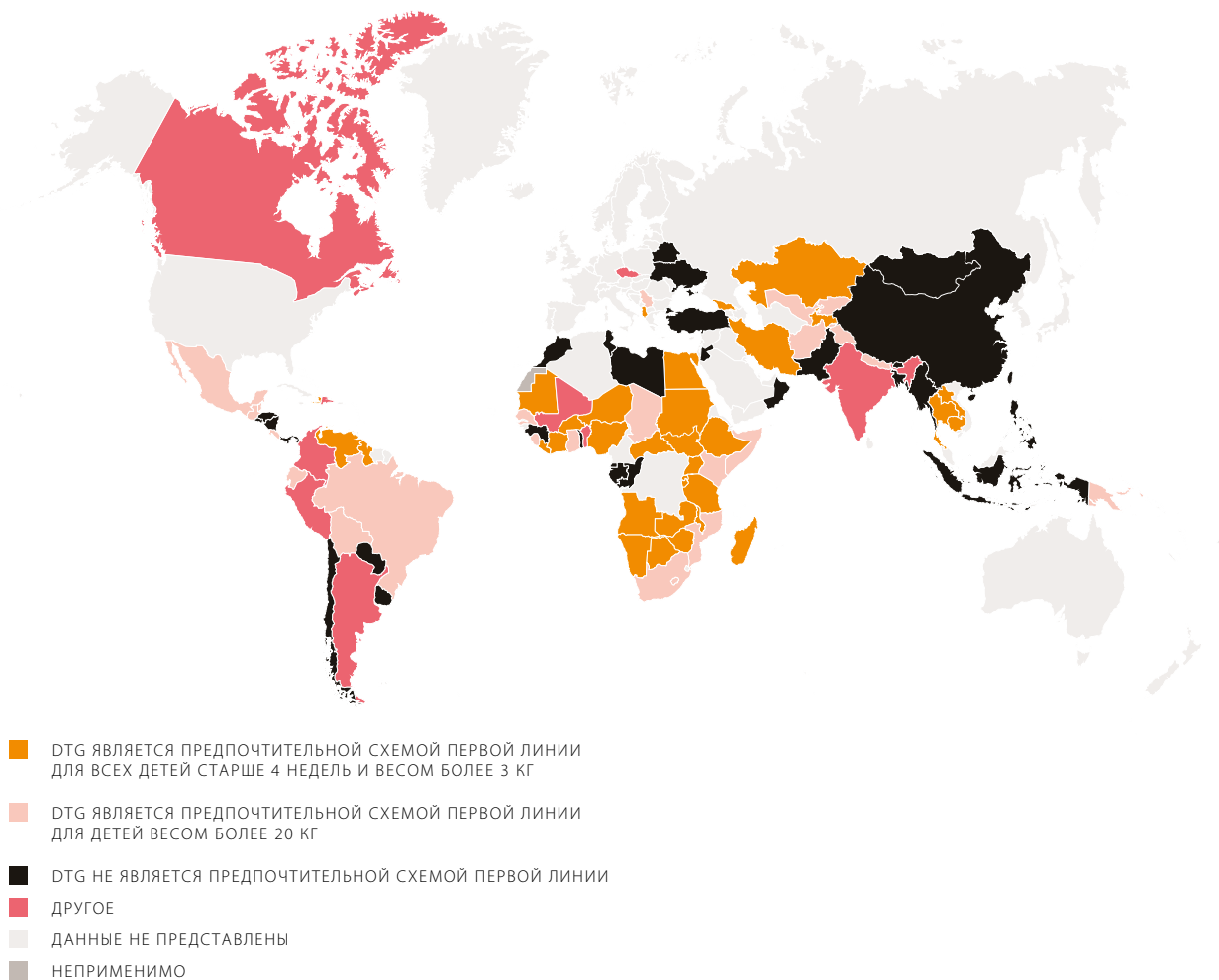
60

**СТРАН РЕКОМЕНДУЮТ
СХЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ НА
ОСНОВЕ DTG ДЛЯ ДЕТЕЙ,
ЖИВУЩИХ С ВИЧ, ПО
СОСТОЯНИЮ НА ИЮЛЬ
2022 ГОДА**

В странах с высоким уровнем заболеваемости ВИЧ следует расширить предложение тестирования на ВИЧ для женщин до зачатия, уделяя особое внимание предложению повторного тестирования на ВИЧ во время беременности и после родов.

3 Диспергируемые таблетки — это таблетки, которые растворяются в воде или другой жидкости.

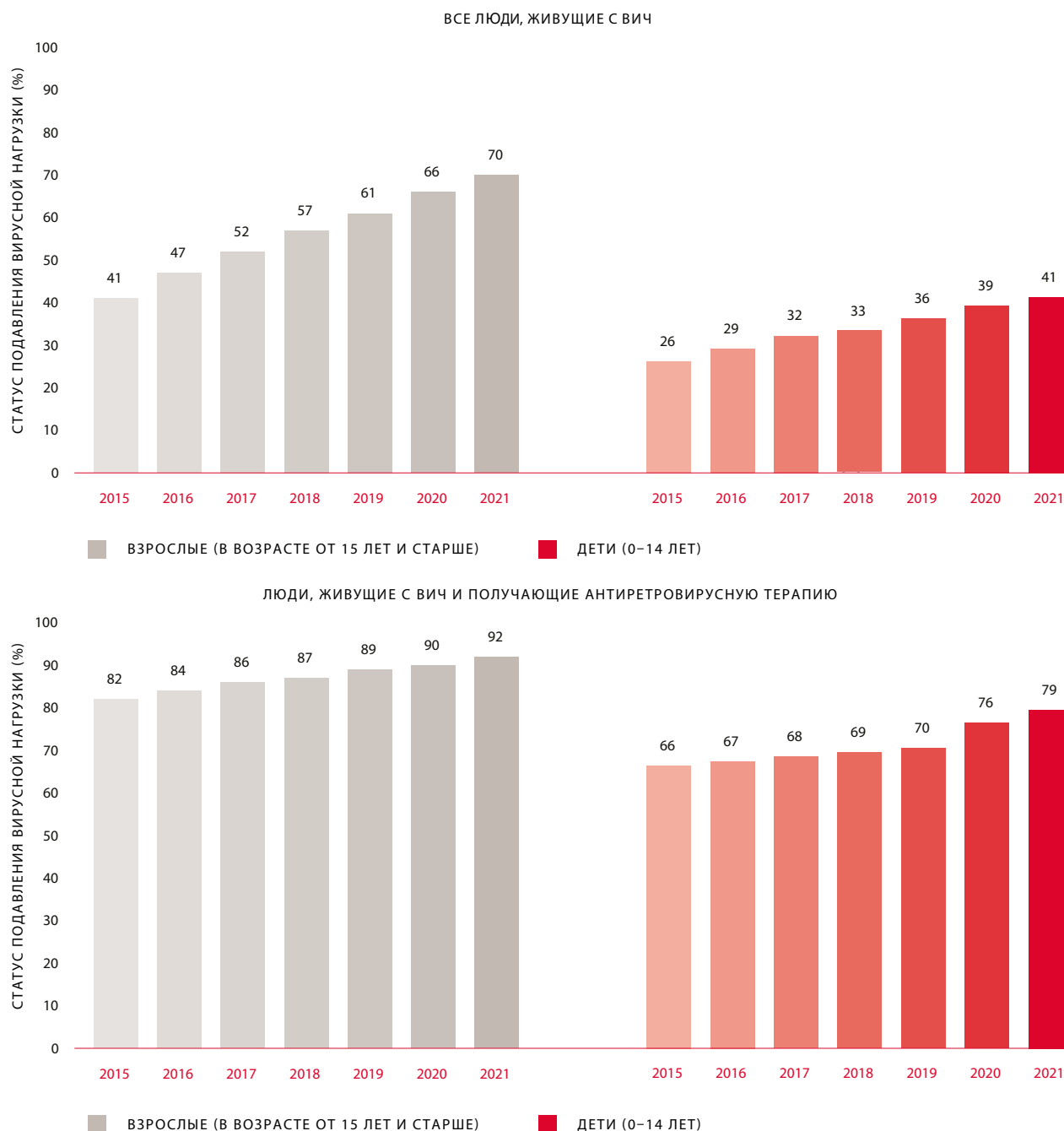
Рисунок 3.7 Включение долутегравира (DTG) в предпочтительные схемы лечения для всех детей, живущих с ВИЧ, национальными руководствами; весь мир, июль 2022 г.



Источник: Глобальный мониторинг эпидемии СПИДа, ЮНЭЙДС, 2022 г. (<https://aidsinfo.unaids.org/>); Глобальные программы по ВИЧ, гепатиту и инфекциям, передаваемым половым путем (HSS). Женева: ВОЗ; 2022 г.

Распространение более простых и удобных для детей схем лечения привело к достижению лучших показателей подавления вирусной нагрузки у детей, живущих с ВИЧ и получающих лечение. Это является важной хорошей новостью в то время, когда прогресс в рамках более широкой педиатрической программы противодействия ВИЧ застопорился.

Рисунок 3.8 Уровень подавления вирусной нагрузки у взрослых (в возрасте 15 лет и старше) и детей (0–14 лет), живущих с ВИЧ, в зависимости от статуса лечения, весь мир, 2015–2021 гг.



Источник: Эпидемиологические оценки ЮНЭЙДС, 2022 г. (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Хотя такое улучшение показателей вирусной супрессии у детей можно только приветствовать, неравенство в уровнях подавления вирусной нагрузки между детьми и взрослыми сохраняется. В 2021 году у 79% детей, получавших лечение ВИЧ-инфекции, была подавлена вирусная нагрузка, в то время как у взрослых, получающих лечение, этот показатель достигал 92% (рис. 3.8).

Устранение этих различий в показателях вирусной супрессии при ВИЧ требует применения множественных подходов. Необходимо более активно вовлекать сообщества в обеспечение надлежащего доступа и эффективности лечения детей, а также обеспечить охват всех детей без исключения. Для утверждения педиатрических схем лечения на основе DTG необходимо преодолеть региональные барьеры, в том числе получить разрешения регулирующих органов.

21%

**ДЕТЕЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ
ЛЕЧЕНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ,
НЕ ДОСТИГЛИ ВИРУСНОЙ
СУПРЕССИИ**

Наконец, преодоление структурных барьеров — таких как требование согласия родителей, стигма и дискриминация, а также законы, криминализирующие ключевые группы населения — имеет решающее значение для обеспечения того, чтобы все люди с детородным потенциалом и их партнёры могли получить доступ к услугам, необходимым для защиты как их собственного здоровья, так и благополучия и здоровья их семей.

Также необходимы дополнительные инвестиции в исследования для дальнейшего продвижения программы оптимизации лечения ВИЧ-инфекции в педиатрии. Сюда входят исследования новых способов применения лекарств у младенцев и детей (например, пластырей), разработка ещё более надёжных схем лечения, оценка инновационных моделей предоставления услуг, создание стратегий психосоциальной и семейной поддержки, а также внедрение специализированных программ.

©UNAIDS/ECHWALU



ВИЧ-отрицательный ребёнок Эль-Шаммах Кирийоова со своими ВИЧ-положительными родителями возле больницы Майлдмэй в Кампале, Уганда, октябрь 2019 г.

Ссылки

1. Brittain K, Teasdale CA, Ngeno B, Odondi J, Ochanda B, Brown K et al. Improving retention in antenatal and postnatal care: a systematic review to inform strategies for adolescents and young women living with HIV. *J Int AIDS Soc.* 2021;24:e25770.
2. 2021 HIV market report. Issue 12, October 2021. Boston (MA): Clinton Health Access Initiative (CHAI); 2022.
3. Davies MA, Kalk E. Provider-initiated HIV testing and counseling for children. *PLoS Med.* 2014;11:e1001650.
4. Ahmed S, Sabelli RA, Simon K, Rosenberg NE, Kavuta E, Harawa M et al. Index case finding facilitates identification and linkage to care of children and young persons living with HIV/AIDS in Malawi. *Trop Med Int Health.* 2017;22:1021-9.
5. Global Commission on HIV and the Law. Risks, rights & health. New York (NY): UNDP; 2012.
6. Global Commission on HIV and the Law. Risks, rights & health. 2018 supplement. New York (NY): UNDP; 2018.
7. Gesesew HA, Tesfay Gebremedhin AT, Demissie TD, Kerie MW, Sudhakar M, Mwanri L. Significant association between perceived HIV related stigma and late presentation for HIV/AIDS care in low and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2017;12(3):e0173928.
8. Lyatuu GW, Mwashemele SZ, Urrio R, Naburi H, Kashmir N, Machumi L. Long-term virological outcomes in women who started option B+ care during pregnancy for prevention of mother-to-child transmission of HIV in Dar es Salaam, Tanzania: a cohort study. *Lancet HIV.* 2021;8:e256-e265.
9. Davey DLJ, Bekker LG, Gorbach PM, Coates TJ, Myer L. Delivering preexposure prophylaxis to pregnant and breastfeeding women in sub-Saharan Africa: the implementation science frontier. *AIDS.* 2017;31:2193-7.
10. Siedman DL, Weber S, Cohan D. Offering pre-exposure prophylaxis for HIV prevention to pregnant and postpartum women: a clinical approach. *J Int AIDS Soc.* 2017;20(Suppl 1):21295.
11. Heffron R, Pintye J, Matthews LT, Weber S, Mugo N. PrEP as peri-conceptions HIV prevention for women and men. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2016;13:131-9.
12. Haas AD, Msukwa MT, Egger M, Tenthani L, Tweya H, Jahn A et al. Adherence to antiretroviral therapy during and after pregnancy: cohort study on women receiving care in Malawi's Option B+ program. *Clin Infect Dis.* 2016;63:1227-35.
13. Haas AD, Tenthani L, Msukwa MT, Tal K, Jahn A, Gadabu OJ et al. Retention in care during the first 3 years of antiretroviral therapy for women in Malawi's option B+ programme: an observational cohort study. *Lancet HIV.* 2016;3:e175-e182.
14. Decler S, Rempis E, Schnack A, Braun V, Rubaihayo J, Busingye P et al. Prevention of mother-to-child transmission of HIV: postpartum adherence to Option B+ until 18 months in western Uganda. *PLoS One.* 2017;12:e0179448.
15. Larsen A, Magasana V, Dihn TH, Ngandu N, Lombard C, Cheyip M et al. Longitudinal adherence to maternal antiretroviral therapy and infant nevirapine prophylaxis from 6 weeks to 18 months postpartum amongst a cohort of mothers and infants in South Africa. *BMC Infect Dis.* 2019;19(Suppl. 1):789.
16. Ambia J, Mandala J. A systematic review of interventions to improve prevention of mother-to-child HIV transmission service delivery and promote and retention. *J Int AIDS Soc.* 2016;19:20309.
17. Seeing the unseen: the case for action in the neglected crisis of unintended pregnancy. State of world population 2022. New York (NY): UNFPA; 2022 (https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN_SWP22%20report_0.pdf).
18. McKinnon B, Vandermorris A. National age-of-consent laws and adolescent HIV testing in sub-Saharan Africa: a propensity-score matched study. *Bull World Health Organ.* 2018;97:42-50.
19. Update of recommendations on first- and second-line antiretroviral regimens. Geneva: WHO; 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-CDS-HIV-19.15>).
20. Mutagonda RF, Mluyja HJ, Maganda BA, Kamuhabwa AAR. Adherence, effectiveness and safety of dolutegravir based antiretroviral regimens among HIV infected children and adolescents in Tanzania. *J Int Assoc Provid AIDS Care.* 2022;21:23259582221109613.
21. Addressing inequities in the global response. Children, adolescents and AIDS in 2022. New York; UNICEF; 2022.

МОБИЛИЗАЦИЯ РЕСУРСОВ, НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ ЛИКВИДАЦИИ СПИДА

Если мы надеемся активизировать меры противодействия СПИДу и выполнить своё обещание покончить со СПИДом как угрозой общественному здоровью к 2030 году, у нас нет другого выхода, кроме мобилизации необходимых ресурсов.

Сумма в 21,4 миллиарда долларов США (в постоянных ценах 2019 года), доступных для противодействия ВИЧ в 2021 году, оказалась намного меньше 29,3 миллиарда долларов США, необходимых в 2025 году. Общий дефицит ресурсов почти во всех регионах — это недостаточное финансирование мер по профилактике ВИЧ среди ключевых групп населения с повышенным риском инфицирования ВИЧ. В 2021 году в странах с низким и средним уровнем дохода на программы профилактики и социальной поддержки ключевых групп населения было направлено в среднем 8% от общих расходов на меры противодействия ВИЧ. К 2025 году эта доля расходов должна возрасти на 21%.

В Глобальной стратегии по СПИДу на 2021–2026 годы чётко указано, что нам необходимо больше ресурсов для того, чтобы меры противодействия СПИДу осуществлялись в соответствии с планом. Без новых инвестиций и политической воли к тому, чтобы осуществлять меры противодействия на принципах равенства, наиболее нуждающиеся группы населения будут и дальше оставаться не охваченными мерами в ответ на СПИД. Это касается детей, женщин и девочек во всём мире, а также наиболее маргинализированных и особенно ключевых групп населения. Без поступления новых ресурсов общинные службы, которые оказались столь важными для сохранения услуг в связи с ВИЧ во время пандемии COVID-19, не будут в полной мере способны обеспечить равный доступ к услугам, в том числе для наиболее уязвимых групп населения. Без новых ресурсов потенциал, необходимый странам для реализации преобразующих программ, будет утрачен. И также без новых ресурсов вряд ли будут осуществлены важнейшие инвестиции в программы по правам человека. Иными словами, без новых и эффективных инвестиций мир не сможет достичь своей цели по ликвидации СПИДа к 2030 году.



Доставка жизненно важных антиретровирусных препаратов в Боливарианской Республике Венесуэла, 2022 г.

Нам нужны целенаправленные ресурсы для создания детализированных систем данных, которые могут выявлять критические проявления неравенства, для осуществления программ, разработанных с учётом потребностей сообществ, с охватом тех, кто в настоящее время остался неохваченным, с учётом социальных факторов, повышающих уязвимость к ВИЧ и препятствующих получению доступа к жизненно важным услугам.

Сосредоточение внимания на устранении неравенства и сокращении разрыва в финансировании требует изменений как в распределении, так и объёмах инвестиций в противодействие ВИЧ для удовлетворения конкретных потребностей различных стран и сообществ. Текущее финансирование в сфере ВИЧ позволяет поддерживать пожизненную антиретровирусную терапию для почти 29 миллионов человек, расширять масштабы ДКП и других высокоэффективных профилактических мероприятий для людей с высоким риском инфицирования ВИЧ. Кроме того, это финансирование обеспечивает многосекторальные усилия по снижению уязвимости к ВИЧ девочек-подростков и молодых женщин — среди которых в 2021 году каждые две минуты в мире кто-то инфицировался ВИЧ.

©UNAIDS



Материалы по профилактике ВИЧ, представленные на конференции AIDS2022, Монреаль, Канада, 30 июля 2022 г.

Экономические потрясения угрожают способности мира мобилизовать необходимые ресурсы для противодействия СПИДу.

Несмотря на такую срочность, необходимость мобилизации новых, более значительных ресурсов для осуществления мер противодействия СПИДу сопряжена с серьёзными проблемами. Глобальная экономика столкнулась с многочисленными потрясениями, включая последствия продолжающейся пандемии COVID-19 и текущие конфликты, такие как война в Украине. Эти потрясения привели к тому, что многие крупные двусторонние доноры сократили международную помощь, в том числе на противодействие СПИДу.

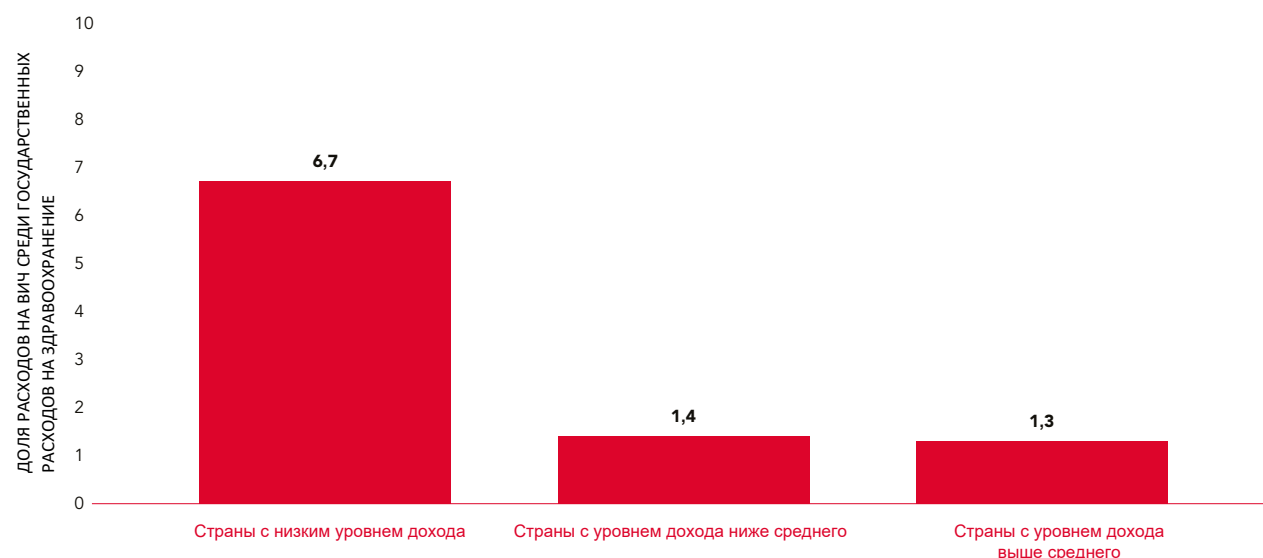
Кроме того, эти потрясения привели к гораздо более высокой, чем ожидалось, инфляции, затронувшей страны с различными уровнями доходов, некоторые из которых переживают невиданный за последние два поколения уровень инфляции. Темпы роста мировой экономики замедляются гораздо сильнее, чем ожидалось: по прогнозам, как в развитых, так и развивающихся странах темпы роста в 2023 году будут значительно ниже (3,8% и 2,3%, соответственно), чем первоначально прогнозировалось (1).

Эти факторы в совокупности, вероятно, окажут заметное влияние на способность стран с низким и средним уровнем дохода инвестировать средства в противодействие СПИДу и другие программы здравоохранения. ВИЧ представляет собой значительную угрозу для здоровья в странах с низким и средним уровнем дохода, при этом внутренние государственные расходы на противодействие ВИЧ играют важную роль в общем финансировании расходов на здравоохранение этих стран. Это особенно характерно для стран Африки к югу от Сахары: если в странах с низким уровнем дохода расходы на противодействие ВИЧ составляют 6,7% от общегосударственных расходов на здравоохранение (рис. 4.1), то в странах Восточной и Южной Африки они составляют 12% от объёма государственных расходов на здравоохранение (рис. 4.2).

12%

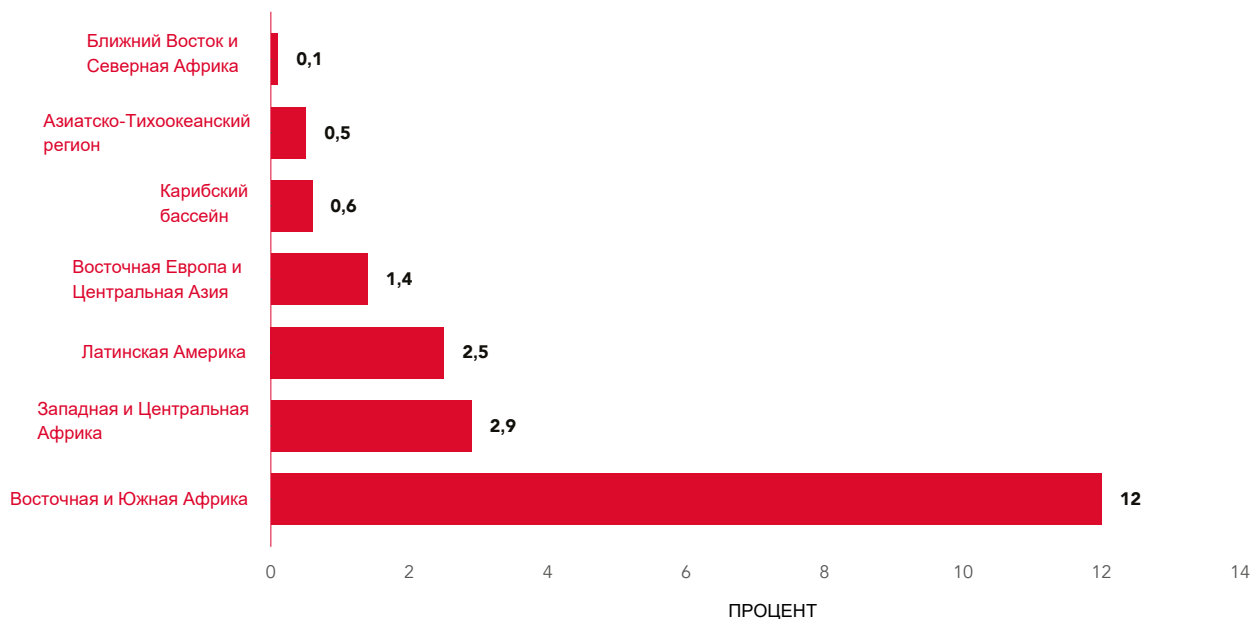
**СОВОКУПНЫХ
ГОСУДАРСТВЕННЫХ
РАСХОДОВ НА
ЗДРАВООХРАНЕНИЕ
В ВОСТОЧНОЙ И ЮЖНОЙ
АФРИКЕ ТРАТИТСЯ НА МЕРЫ
ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ ВИЧ**

Рисунок 4.1 Доля расходов на ВИЧ среди совокупных государственных расходов на здравоохранение, классификация стран по уровню доходов, 2019 г.



Источник: Финансовые оценки ЮНЭЙДС, 2022 год; База данных ВОЗ о глобальных расходах на здравоохранение. В: Всемирная Организация Здравоохранения [Интернет]: 15 ноября 2022. Женева: ВОЗ; c2022 (<https://apps.who.int/nha/database>).

Рисунок 4.2 Доля расходов на ВИЧ среди совокупных государственных расходов на здравоохранение, по отдельным регионам, 2019 г.



Источник: Финансовые оценки ЮНЭЙДС, 2022 год; База данных ВОЗ о глобальных расходах на здравоохранение. В: Всемирная Организация Здравоохранения [Интернет]. 15 ноября 2022. Женева: ВОЗ; с2022 (<https://apps.who.int/nha/database>).

По данным Всемирного банка, только в одной из трёх стран к 2027 году расходы на здравоохранение значительно увеличатся по сравнению с уровнем, существовавшим до пандемии COVID-19, при этом большинство этих стран относятся к странам с высоким уровнем дохода (2).

Усугубляющийся долговой кризис в странах с низким и средним уровнем дохода снижает способность правительств инвестировать в здравоохранение. В 2019 году 73 страны с низким и средним уровнем дохода, испытывающие долговые проблемы, потратили в четыре раза больше средств на погашение долга, чем на здравоохранение, а в среднем уровень государственного долга в странах с низким и средним уровнем дохода вырос с 55% до 63,8% ВВП в период с 2019 по 2020 годы (3).

По прогнозам Всемирного банка, в течение следующих пяти лет расходы на здравоохранение сократятся в двух из каждых трёх стран.

Страны должны мобилизовать политическую волю для осуществления значимых инвестиций в противодействие СПИДу.

Несмотря на то, что глобальная политическая и экономическая обстановка создаёт чрезвычайные проблемы, необходимы срочные меры для защиты расходов на здравоохранение и использования инновационных средств для мобилизации новых ресурсов на противодействие СПИДу и медицинское обслуживание. При полном финансировании в соответствии с целевыми показателями по ресурсам на 2025 год и эффективном использовании этих ресурсов для реализации стратегии, годовой прирост необходимых ресурсов может быть остановлен после 2025 года (4). Хотя правительствам неизбежно приходится принимать сложные решения в таких условиях, бюджетный выбор не должен приносить в жертву здоровье и благополучие людей, и особенно тех уязвимых групп населения, которые больше всего страдают от факторов неравенства в связи с ВИЧ. В этот сложный период должен отдаваться приоритет мерам по охране здоровья и борьбе с пандемией.

Новый анализ тенденций финансирования показывает, что во многих странах с низким и средним уровнем дохода, особенно в странах Африки к югу от Сахары, увеличение двустороннего финансирования по линии ПЕПФАР и многостороннего финансирования по линии Глобального фонда было подкреплено увеличением внутренней доли финансирования на противодействие ВИЧ (см. Вставку 3).

Необходимы незамедлительные действия по расширению бюджетных возможностей для инвестиций в здравоохранение в странах с низким уровнем дохода и уровнем дохода ниже среднего, с тем чтобы удовлетворить острую потребность в инвестициях для осуществления мер противодействия СПИДу. Эти усилия должны быть дополнены существенным облегчением долгового бремени. Существующие механизмы — включая банки развития и перераспределение специальных прав заимствования — должны быть полностью задействованы для защиты и дальнейшего наращивания инвестиций в здравоохранение наряду с другими неотложными приоритетами развития, такими как образование, изменение климата и продовольственная безопасность. Необходимо реформировать национальные налоговые системы для оптимизации сбора налогов и внедрить специальные инструменты налогообложения в пользу здравоохранения.



ВСТАВКА 3

УВЕЛИЧЕНИЕ
ФИНАНСИРОВАНИЯ
ГЛОБАЛЬНОГО
ФОНДА И ПЕПФАР
СОЧЕТАЕТСЯ С
УВЕЛИЧЕНИЕМ
ВНУТРЕННИХ
ИНВЕСТИЦИЙ В
ПРОТИВОДЕЙСТВИЕ
ВИЧ В
БОЛЬШИНСТВЕ
СТРАН С НИЗКИМ И
СРЕДНИМ УРОВНЕМ
ДОХОДА

Основанный в 2002 году Глобальный фонд — крупнейший источник многостороннего финансирования мер противодействия ВИЧ — в 2021 году обеспечил 29% всего международного финансирования мер противодействия ВИЧ. Правительство США остаётся крупнейшим и наиболее последовательным источником двустороннего финансирования глобальных программ по ВИЧ через программу ПЕПФАР, запущенную в 2003 году, которая обеспечивает 56% всего международного финансирования программ противодействия ВИЧ в странах с низким и средним уровнем дохода. В совокупности ПЕПФАР и Глобальный фонд вносят 85% всего внешнего финансирования на противодействие ВИЧ в этих странах. Воздействие этих инвестиций стало преобразующим, способствуя национальному прогрессу и привлекая дополнительные инвестиции во всё большем числе стран, которые увеличивают внутренние ресурсы на противодействие ВИЧ для поддержания и усиления воздействия внешнего финансирования.

Большинство стран, получающих поддержку от ПЕПФАР и Глобального фонда, продолжают полагаться на внешние источники финансирования в противодействии ВИЧ: в период с 2018 по 2021 годы 51% из 48 поддерживаемых стран, представивших ЮНЭЙДС имеющиеся актуальные данные, полагались на внешние ресурсы для реализации более 70% соответствующих программ противодействия ВИЧ. Тем не менее, положительные тенденции наблюдаются в 20 из 32 стран с доступными данными с временной последовательностью: в период с 2018 по 2021 год увеличение внешнего финансирования на противодействие ВИЧ от ПЕПФАР и Глобального фонда коррелировало

со значительным увеличением внутреннего финансирования со стороны национальных правительств (таблица 4.1). Несколько стран Африки к югу от Сахары с одним из самых высоких уровней заболеваемости ВИЧ в мире — в том числе Ботсвана, Лесото, Малави, Мозамбик, ЮАР и Объединённая Республика Танзания — с 2018 года сумели последовательно мобилизовать всё большие объёмы внутреннего финансирования на противодействие ВИЧ. В таких странах, как Ангола и Кения, где объём ресурсов ПЕПФАР и Глобального фонда остался на прежнем уровне или даже сократился, национальные правительства всё же смогли увеличить внутреннее финансирование на противодействие ВИЧ за тот же период. Для того, чтобы лучше понять, почему некоторые страны сократили национальные расходы на противодействие ВИЧ, несмотря на увеличение внешнего финансирования, необходим дополнительный анализ. При этом можно предположить, что снижение внутренних инвестиций на меры противодействия ВИЧ может быть связано с общими негативными макроэкономическими факторами, такими как гиперинфляция и девальвация национальной валюты, которые оказывают негативное влияние на возможность манёвра бюджетными средствами.

В целом, анализ тенденций финансирования показывает, что во многих странах с низким и средним уровнем дохода, особенно в странах Африки к югу от Сахары, увеличение двустороннего финансирования по линии ПЕПФАР и многостороннего финансирования по линии Глобального фонда было подкреплено увеличением доли внутреннего финансирования на противодействие ВИЧ.

ТАБЛИЦА 4.1 Динамика финансирования расходов на противодействие ВИЧ от ПЕПФАР и Глобального фонда по сравнению с внутренними расходами на противодействие ВИЧ, отдельные страны с низким и средним уровнем дохода, 2018–2020 гг.

	Увеличение внутренних государственных расходов на борьбу с ВИЧ правительством-партнёром		Сохранение уровня или снижение внутренних государственных расходов на борьбу с ВИЧ правительством-партнёром
Увеличение общего объёма финансирования со стороны ПЕПФАР и Глобального фонда	Ботсвана	Непал	Буркина-Фасо
	Доминикана	Нигерия	Гватемала
	Сальвадор	Папуа — Новая Гвинея	Кыргызстан
	Гана	Филиппины	Лаос
	Индия	ЮАР	Мали
	Индонезия	Южный судан	Панама
	Казахстан	Таджикистан	Сенегал
	Лесото	Того	Таиланд
	Малави	Украина	Замбия
		Танзания	
Сохранение уровня или снижение общего объёма финансирования со стороны ПЕПФАР и Глобального фонда	Мозамбик		Эфиопия
	Ангола		
	Кения		

Источник: Финансовые оценки ЮНЭЙДС, 2022 год; Офис Глобального координатора США по СПИДу и дипломатии в области здравоохранения (ПЕПФАР); портал данных Глобального Фонда.

Примечание: Используются имеющиеся данные по 32 странам. Примечание: Финансовые данные ПЕПФАР и Глобального фонда предоставляются ЮНЭЙДС в рамках сотрудничества ПЕПФАР, Глобального фонда и ЮНЭЙДС, направленного на укрепление усилий по отслеживанию, гармонизации и согласованию выделения ресурсов на противодействие ВИЧ. В рамках этого сотрудничества используется страновая отчётность, данные Глобального мониторинга по СПИДу (GAM), национальные оценки расходов на СПИД (NASA), процессы финансовой отчётности Глобального фонда и ПЕПФАР с целью обмена своевременными, последовательными и высококачественными данными о совокупности инвестиций в противодействие ВИЧ для информационного обеспечения планирования программ и распределения ресурсов, а также повышения эффективности и устойчивости мер в ответ на ВИЧ.

Необходимо расширить базу доноров и партнёров по развитию в области СПИДа и здравоохранения.

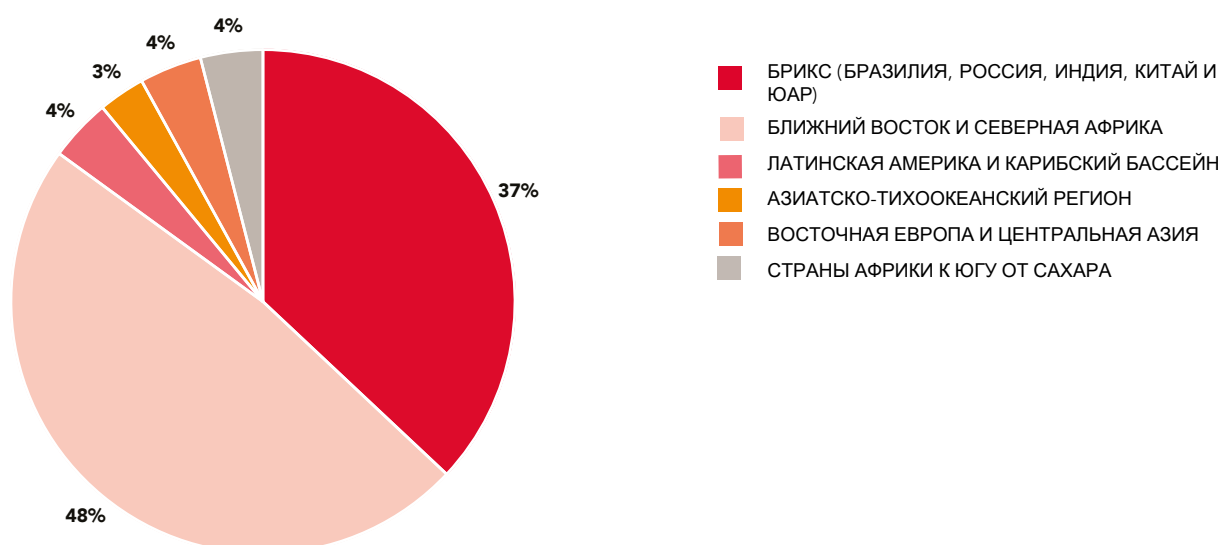
Принципы международной солидарности и совместной ответственности, характерные для мер противодействия СПИДу, должны стать движущей силой прогресса в этот сложный период. Помимо осуществления важнейших внутренних инвестиций, мировое сообщество также должно мобилизовать дополнительные ресурсы для обеспечения своевременного осуществления мероприятий по противодействию СПИДу. Это потребует увеличения взносов со стороны традиционных доноров официальной помощи в целях развития, связанной со здравоохранением.

57%

**СОКРАЩЕНИЕ
ФИНАНСИРОВАНИЯ МЕР
ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ
ВИЧ ОТ ДОНОРОВ ЗА
ИСКЛЮЧЕНИЕМ США ЗА
ПОСЛЕДНЕЕ ДЕСЯТИЛИТИЕ**

Для устранения разрыва в финансировании мер противодействия СПИДу также потребуется более активное участие партнёров по развитию, не входящих в Организацию экономического сотрудничества и развития (ОЭСР). Согласно наиболее актуальным данным ЮНЭЙДС, общий объём международных ресурсов, выделяемых на противодействие ВИЧ, был на 6% меньше, чем в 2010 году, а официальная помощь в целях развития в связи с ВИЧ от других доноров, кроме Глобального фонда и США, за последнее десятилетие сократилась на 57% (5). В нынешних условиях ограничения официальной помощи в целях развития со стороны традиционных правительств-доноров и внешних факторов, влияющих на фискальное пространство стран с низким и средним уровнем дохода, крайне важно оценить вклад сотрудничества Юг-Юг со стороны стран, не входящих в Комитет содействия развитию ОЭСР. По данным исследования, проводимого ЮНЭЙДС, эти страны внесут в 2020 году от 1,5 до 2,0 млрд долларов США в глобальное здравоохранение (рис. 4.3). ЮНЭЙДС активизирует свою работу со странами, не входящими в Комитет содействия развитию, чтобы увеличить их вклад в глобальное здравоохранение и меры противодействия СПИДу.

Рисунок 4.3 Доля финансирования инициатив в области глобального здравоохранения странами, не входящими в Комитет содействия развитию, в процентах, 2020 г.



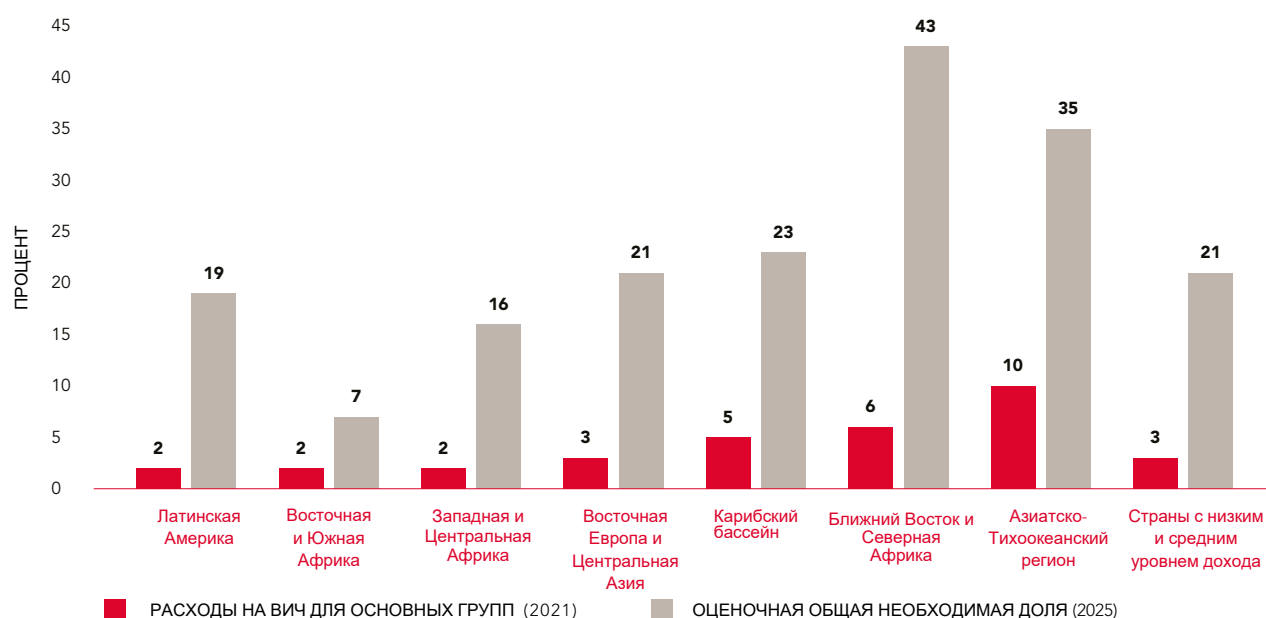
Источник: Предварительные оценки ЮНЭЙДС по взносам в глобальные инициативы в области здравоохранения от стран, не входящих в КСР, 2022 г.

Примечание: Страны БРИКС, включённые в общий показатель, не учитывались в показателях, рассчитанных для соответствующих регионов.

Модели финансирования, закрепляющие неравенство в области ВИЧ, должны быть откорректированы.

Помимо мобилизации новых ресурсов, необходимых для устранения неравенства, связанного с ВИЧ, необходимы усилия по корректировке аспектов текущего финансирования в сфере СПИДа, способствующих сохранению неравенства. Среди наиболее серьёзных пробелов в финансировании мер противодействия СПИДу — недофинансирование мероприятий по защите прав человека и программ для ключевых групп населения. Несмотря на то, что степень воздействия пандемии СПИДа на ключевые группы населения является непропорционально большой, во всех регионах существует значительный разрыв между необходимыми ресурсами и выделенными средствами на профилактику и программы по созданию социально благоприятных условий (рис. 4.4).

Рисунок 4.4 Доля общих расходов на профилактику ВИЧ и программы по созданию социально благоприятных условий для ключевых групп населения, 2021 год, и оценочная общая необходимая доля, 2025 год, в странах с низким и средним уровнем дохода, по регионам



Источник: Финансовые оценки и прогнозы ЮНЭЙДС, 2022 г.; Глобальный мониторинг ЮНЭЙДС по СПИДу, 2022 г.; Stover J, Glaubius R, Tang Y, Kally S, Brown T, Hallott TB et al. Modelling the epidemiological impact of the UNAIDS 2025 targets to and AIDS as a public health threat by 2030. PLoS Med. 2021;18/101:e1003831.

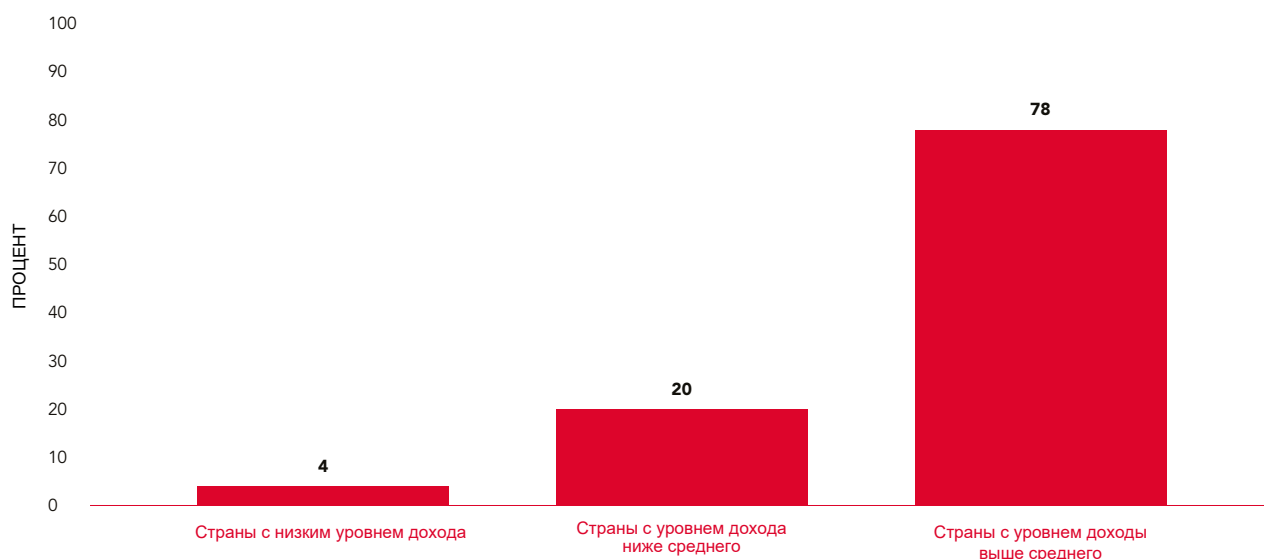
Примечание: Представлены данные по 61 стране, сообщивших о своих последних расходах на профилактику ВИЧ и программы по созданию социально благоприятных условий. Услуги по тестированию и лечению не включены.

Даже когда доноры и национальные программы устанавливают амбициозные цели для ключевых групп населения, они редко обеспечивают достаточное финансирование для их достижения. Например, недавний анализ, проведённый организацией гражданского общества, показал, что программам, адресованным ключевым группам населения, выделяют наименьший объём программных ресурсов в рамках Национальной стратегии Уганды по противодействию СПИДу, при этом ключевые группы населения непропорционально затронуты эпидемией (6).

Программы противодействия, осуществляемые под руководством сообществ, играют важную роль в ликвидации СПИДа, особенно в отношении преодоления критических видов неравенства, однако эти программы испытывают острую нехватку ресурсов; более того, программы противодействия, осуществляемые силами сообществ, редко оцениваются по стоимости и финансируются из бюджета. Комплексная социальная защита в связи с ВИЧ также расширяет охват людей, живущих с ВИЧ, и затронутых групп населения; тем самым она способствует увеличению доступа к услугам по профилактике и лечению.

Программы в области ВИЧ для детей и подростков страдают от постоянного недофинансирования из внутренних источников. Из 87 стран, которые сообщили о расходах на программы в интересах детей и подростков в 2021 году на общую сумму 1,8 млрд долларов США, 54% продолжали полагаться на внешнее финансирование более половины этих расходов (рис. 4.5).

Рисунок 4.5 Процент общего финансирования программ для детей и подростков из внутренних источников, классификация стран по уровню дохода, последние имеющиеся данные (2019–2021 гг.)



Источник: Финансовые оценки ЮНЭЙДС, 2022 год; Глобальный мониторинг ЮНЭЙДС по СПИДу, 2018–2022 гг.

Анализ структуры финансирования мероприятий по искоренению СПИДа у детей демонстрирует глубину неравенства в финансировании. Разрыв в лечении ВИЧ-инфекции у детей частично объясняется постоянным недофинансированием услуг по устранению вертикальной передачи ВИЧ. В прошлом одной из основных причин недостаточности инвестиций в услуги по лечению детей были высокие цены на лекарства; это, в свою очередь, привело к тому, что многие программы противодействия ВИЧ в странах с низким и средним уровнем дохода зависели от внешних источников финансирования. По последним имеющимся данным за 2019–2021 годы, страны с низким и средним уровнем дохода сообщили о более низкой доле расходов на лечение детей по сравнению с лечением ВИЧ-инфекции у взрослых: в то время как внутреннее финансирование покрывает 48% услуг по лечению ВИЧ-инфекции у взрослых в странах с низким уровнем дохода, внутреннее финансирование составляет всего 4% от расходов на лечение ВИЧ-инфекции у детей (рис. 4.6). Для сравнения, в странах с уровнем дохода выше среднего доноры покрывают 9% расходов на лечение ВИЧ-инфекции у взрослых, и 25% расходов на лечение ВИЧ-инфекции у детей.

Рисунок 4.6 Доля общего финансирования антиретровирусной терапии для взрослых (от 15 лет и старше) и детей (в возрасте 0–14 лет) из внутренних источников, классификация стран по уровню дохода, последние имеющиеся данные (2019–2021 гг.)

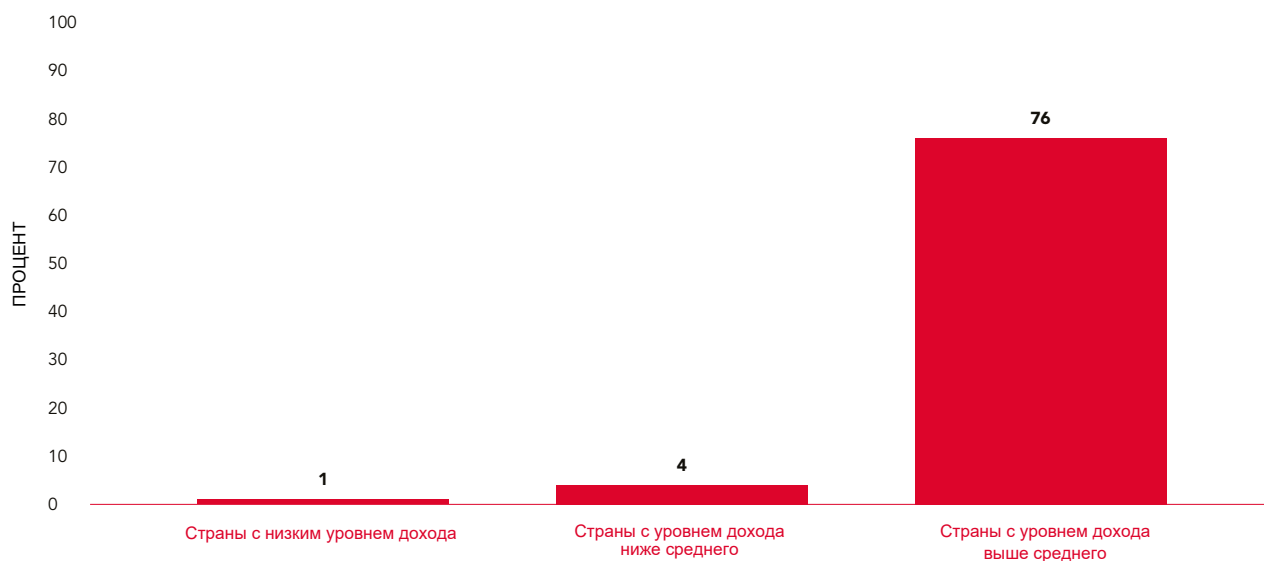


Источник: Финансовые оценки ЮНЭЙДС, 2022 г.; Глобальный мониторинг ЮНЭЙДС по СПИДу, 2018–2022 гг.

Дальнейшее снижение цен на антиретровирусные препараты и другие ключевые товары для лечения ВИЧ-инфекции может быть достигнуто за счёт реорганизации систем управления закупками и поставками, чтобы воспользоваться преимуществами экономии при увеличении масштабов. Согласно прогнозам, лицензия компании Viiv, выданная Медицинским патентным пулом на детскую схему лечения на основе DTG, позволит снизить затраты на закупки на три четверти (с приблизительно 480 долларов США на ребёнка до 120 долларов на ребёнка). В 2021 году средняя цена на различные схемы антиретровирусной терапии в странах с низким уровнем дохода составляла 70 долларов США на взрослого человека. Недофинансирование по странам также очевидно в отношении ранней диагностики младенцев. В настоящее время на долю международных доноров приходится весь объём расходов (за исключением 1%) на раннюю диагностику младенцев в странах с низким уровнем дохода и также весь объём таких расходов (за исключением 4%) в странах с уровнем дохода ниже среднего (рис. 4.7). Страны с уровнем дохода выше среднего покрывают 91% расходов на лечение ВИЧ-инфекции у взрослых за счёт внутренних ресурсов, но при этом ими покрывается только 76% расходов на раннюю диагностику у младенцев.

В настоящее время на долю международных доноров приходится весь объём расходов (за исключением 1%) на раннюю диагностику младенцев в странах с низким уровнем дохода и также весь объём таких расходов (за исключением 4%) в странах с уровнем дохода ниже среднего.

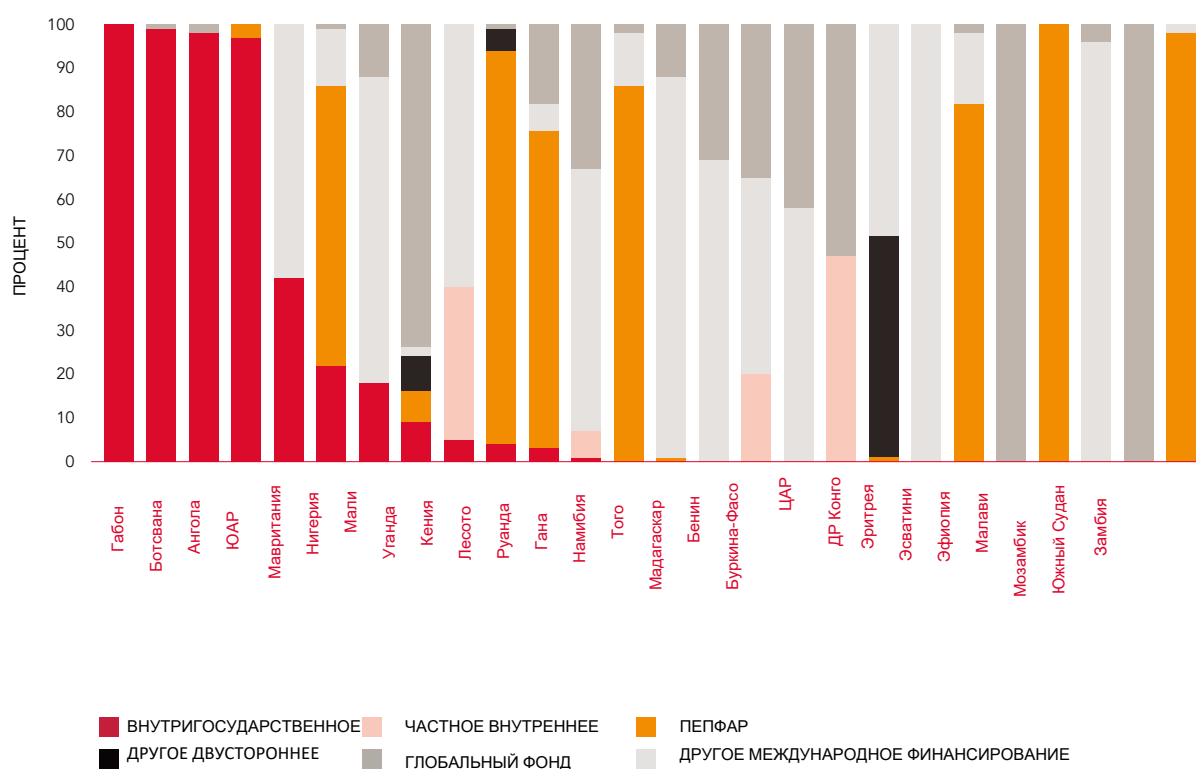
Рисунок 4.7 Общая доля финансирования программ ранней диагностики новорожденных из внутренних источников, классификация стран по уровню дохода, последние имеющиеся данные (2019–2021 гг.)



Источник: Финансовые оценки ЮНЭЙДС, 2022 г.; Глобальный мониторинг ЮНЭЙДС по СПИДу, 2018–2022 гг.

В отношении услуг по профилактике вертикальной передачи ВИЧ наблюдается та же картина: все страны Африки к югу от Сахары с высоким бременем ВИЧ, за редким исключением, в значительной степени зависят от внешних доноров в финансировании профилактики вертикальной передачи ВИЧ (рис. 4.8).

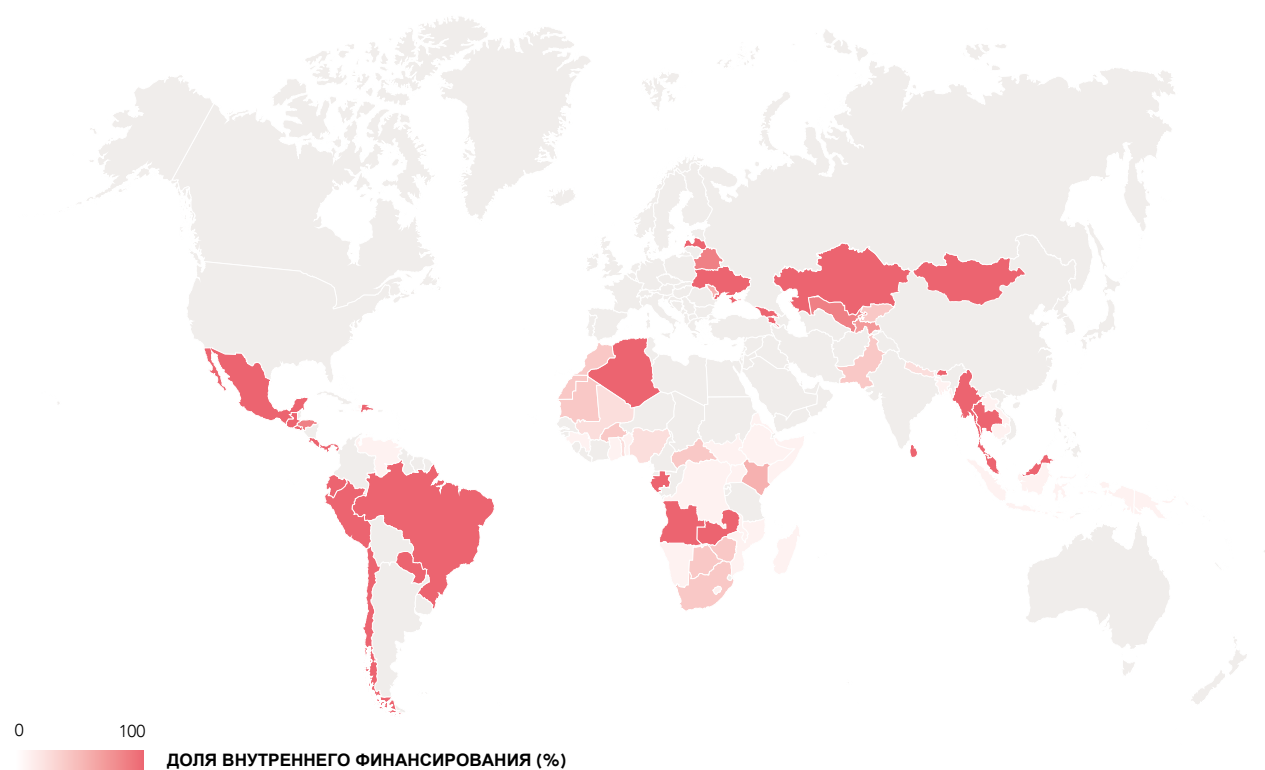
Рисунок 4.8 Доля финансирования программ профилактики вертикальной передачи ВИЧ в процентах по источникам финансирования, страны Африки к югу от Сахары, последние имеющиеся данные (2019–2021 гг.)



Источник: Финансовые оценки ЮНЭЙДС, 2022 г.; Глобальный мониторинг ЮНЭЙДС по СПИДу, 2018–2022 гг.

Странам также необходимо упорядочить и усилить инвестиции в программы, адресованные молодым женщинам и девочкам. В 2021 году 78 стран сообщили об общих расходах на такие программы в размере 610 млн долларов США, что составляет 5% от общих расходов на меры противодействия СПИДу в этих странах (рис. 4.9). Половина этих стран продолжает полагаться на внешнее финансирование — в размере более 50% — программ, адресованных женщинам (в возрасте 15 лет и старше). В отношении программ, направленных на девочек-подростков и молодых женщин, внутренние источники покрывали 52% сопутствующих расходов.

Рисунок 4.9 Доля общего финансирования программ для женщин и девочек-подростков (в возрасте 15+ лет) из внутренних источников, отдельные страны, последние имеющиеся данные (2019–2021 гг.)

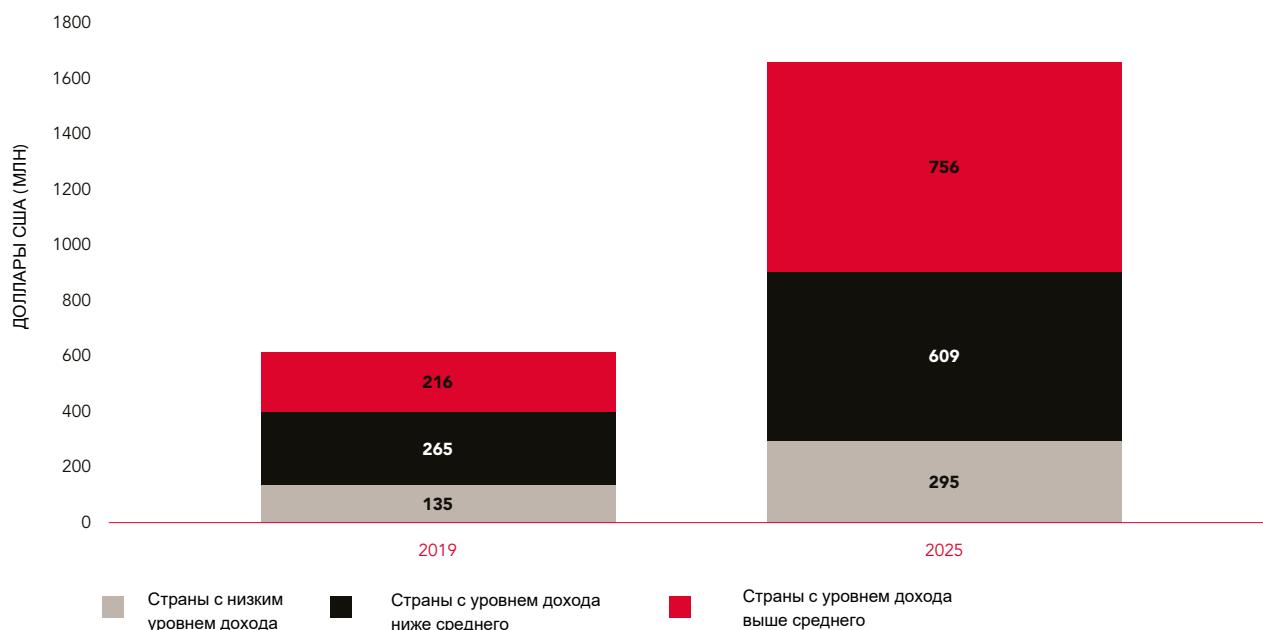


Источник: Финансовые оценки ЮНЭЙДС, 2022 г.; Глобальный мониторинг ЮНЭЙДС по СПИДу, 2018–2022 гг.

Неспособность стран уделять приоритетное внимание программам для женщин и девочек ведёт к более существенному недофинансированию такие программ и обостряет опасные виды неравенства в схемах финансирования. В 2019 году финансирование программ в интересах женщин и девочек составляло лишь 37% от сумм, необходимых к 2025 году (рис. 4.10).

В 2019 году финансирование программ в интересах женщин и девочек-подростков составляло лишь 37% от сумм, необходимых к 2025 году.

Рисунок 4.10 Финансирование вмешательств для девочек-подростков и молодых женщин (в возрасте 15–24 лет), классификация стран по уровню дохода, оценочный объём ресурсов, 2019 г., и оценочные потребности в ресурсах, 2025 г.

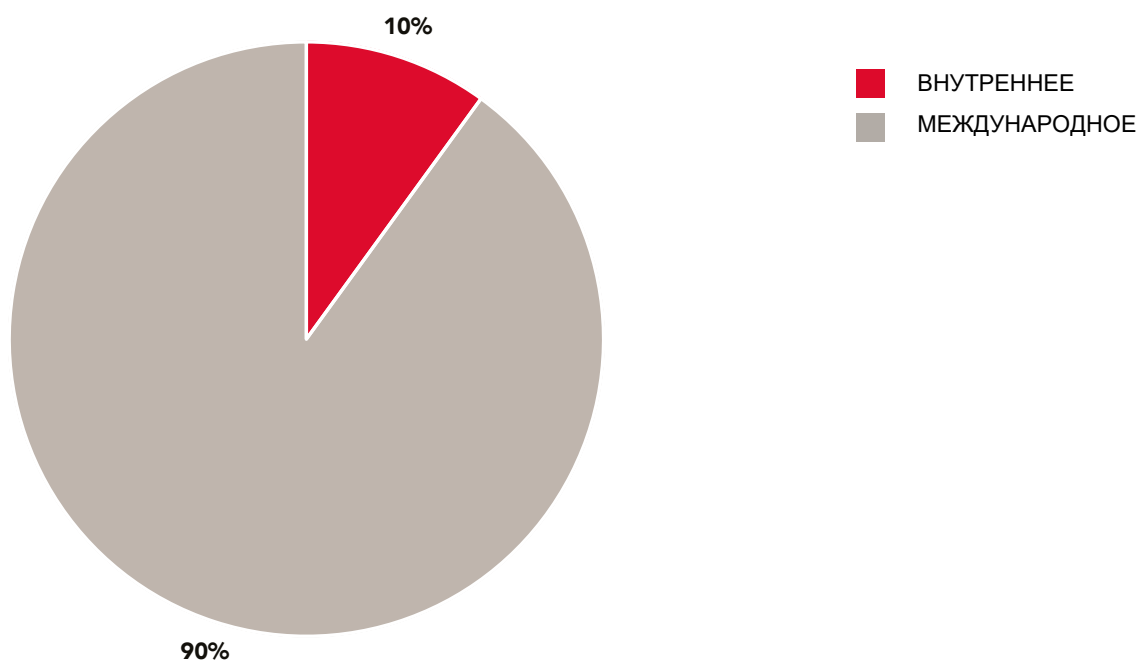


Источник: Финансовые оценки ЮНЭЙДС, 2022 г.; Stover J, Glaubius R, Teng Y, Kelly S, Brown T, Hallett TB et al. Modelling the epidemiological impact of the UNAIDS 2025 targets to end AIDS as a public health threat by 2030. PLoS Med. 2021;18(10):e1003831.

Note: The resource estimates are presented in constant 2019 US dollars.

Добровольное медицинское мужское обрезание —основной элемент комбинированной профилактики ВИЧ — также остаётся в значительной степени зависимым от внешних источников, на которые в совокупности приходится 90% необходимых расходов (рис. 4.11).

Рисунок 4.11 Доля финансирования мероприятий по добровольному медицинскому мужскому обрезанию в процентах, по источникам финансирования, последние имеющиеся данные (2019–2021 гг.)



Источник: Финансовые оценки ЮНЭЙДС, 2022 г.; Глобальный мониторинг ЮНЭЙДС по СПИДу, 2018-2022 гг.

Недостаточные внутренние инвестиции в основные аспекты противодействия СПИДу усугубляют различные виды неравенства, замедляющие прогресс в осуществлении ответных мер, и подрывает усилия, направленные на достижения целей к 2030 году. В то время, как многие страны с низким и средним уровнем дохода будут и далее полагаться на внешние источники для осуществления мер в ответ на ВИЧ, им следует наладить партнёрские отношения с внешними донорами для полного финансирования программ, которые необходимы для ликвидации факторов неравенства, связанных с ВИЧ. Они также должны увеличить долю внутреннего финансирования для осуществления устойчивых и справедливых мер по прекращению СПИДа.

Прекращение пандемии СПИДа является как этическим императивом, так и неотложным медицинским и экономическим приоритетом, требующим системного многостороннего подхода (4). Усиление многосторонних мер реагирования для наращивания объёма ресурсов в секторе здравоохранения и противодействия ВИЧ посредством многостороннего финансирования, облегчения долгового бремени и сосредоточения внимания на финансировании здравоохранения и противодействия ВИЧ — в том числе, посредством устойчивых внутренних инвестиций — крайне необходимо для обеспечения равного доступа к ресурсам, чтобы покончить со СПИДом и неравенством, которое его порождает.

©UNAIDS/V. HAMILTON



Седьмая конференция по пополнению ресурсов Глобального фонда, Нью-Йорк, США, 21 сентября 2022 г.

Ссылки

1. World economic outlook update: gloomy and more uncertain. July 2022. Washington (DC): IMF; 2022.
2. Kurowski C, Evans DB, Tandon A, Eozenou PH-V, Schmidt M, Irwin A et al. From double shock to double recovery—implications and options for health financing in the time of COVID-19. Washington (DC): World Bank; 2022.
3. A pandemic triad: HIV COVID-19 and debt in developing countries. Geneva: UNAIDS; 2022.
4. Lamontagne E, Over M, Stover J. The economic returns of ending the AIDS epidemic as a public health threat. Health Policy. 2019 Jan;123(1):104-8. doi: 10.1016/j.healthpol.2018.11.007. Epub 2018 Nov 22.
5. IN DANGER: UNAIDS global AIDS update, 2022. Geneva: UNAIDS; 2022.
6. Transgender persons and the NSP; a case of the Uganda National HIV/AIDS Strategic Plan 2022–2025. Fem Alliance Uganda (FEM); 2022.

ЮНЭЙДС
Объединенная Программа ООН
по ВИЧ/СПИДу

20 Avenue Appia
1211 Geneva 27
Switzerland

+41 22 791 3666

unaids.org