

КРАТКИЙ ОТЧЕТ

о передовом опыте и распространенных препятствиях в сфере элиминации передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку в семи признанных ЮНИСЕФ приоритетными странах в регионе Восточной Европы и Центральной Азии



ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Настоящий документ был разработан под руководством секции здравоохранения и питания Регионального отделения по странам Европы и Центральной Азии (РОЕЦА). Его основным автором выступает Юстина Д. Ковальска, профессор медицины Варшавского медицинского университета и старший консультант инфекционной больницы.

Разработка Краткого отчета проводилась в тесном сотрудничестве с Фахриддином Низамовым (Региональный специалист по ВИЧ/здоровью матери и новорожденных, Бюро РОЕЦА в Алматы). Мы хотели бы выразить благодарность правительственным партнерам за предоставленную информацию, а также сотрудникам всех страновых представительств ЮНИСЕФ, в частности Виктории Лозюк (Специалист по развитию молодежи и подростков, а также по ВИЧ/СПИДу, ЮНИСЕФ Беларусь), Наталье Колосовской (Программный ассистент, ЮНИСЕФ Беларусь), Нане Пруидзе (Специалист по здравоохранению, ЮНИСЕФ Грузия), Тако Угулаве (Специалист по здравоохранению и питанию, ЮНИСЕФ Грузия), Чолпон Иманалиевой (Программный специалист /группа по вопросам здоровья, выживания и развития детей, ЮНИСЕФ Кыргызстан), Эдилю Тилекову (бывший Программный специалист по ВИЧ, ЮНИСЕФ Кыргызстан), Витали Слобозян (Специалист по вопросам здравоохранения, ЮНИСЕФ Республика Молдова), Игорю Кодряну (Специалист по вопросам здравоохранения, ЮНИСЕФ Республика Молдова), Леониду Крищенко (Специалист по вопросам здравоохранения, ЮНИСЕФ Украина), Шухрату Умарходжаеву (Специалист по вопросам здравоохранения, ЮНИСЕФ Узбекистан) и Ольге Ким (Специалист по вопросам здравоохранения и питания, ЮНИСЕФ Узбекистан).

Особую благодарность мы выражаем Шафику Эссаджи, Старшему советнику по вопросам ВИЧ, штаб-квартира ЮНИСЕФ, за помощь в рецензировании и доработке этого отчета.

СОДЕРЖАНИЕ

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ	1
АББРЕВИАТУРЫ	3
ЦЕЛЬ	4
ВВЕДЕНИЕ	5
МЕТОДОЛОГИЯ	10
ДОСТУПНОСТЬ ДАННЫХ	11
СТРАНОВОЙ КОНТЕКСТ	12
КАЧЕСТВО ДАННЫХ	19
ВЫВОДЫ	20
Успехи.....	20
Препятствия.....	21
ССЫЛКИ.....	25

АББРЕВИАТУРЫ

ВЕЦА	Восточная Европа и Центральная Азия
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГККВ	Глобальный консультативный комитет по валидации
ГМЭС	Глобальный мониторинг эпидемии СПИДа
ДУ	Дородовой уход
ЛПМР	Ликвидация передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку
НКВ	Национальный комитет по валидации
НСВ	Национальный секретариат по валидации
ПАОЗ	Панамериканская организация здравоохранения
ПМР	Передача ВИЧ-инфекции от матери ребенку
ППМР	Профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку
РКВ	Региональный комитет по валидации
РСВ	Региональный секретариат по валидации
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
ЭПМР	Элиминация передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку
ЮНИСЕФ	Детский фонд Организации Объединенных Наций
ЮНЭЙДС	Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу

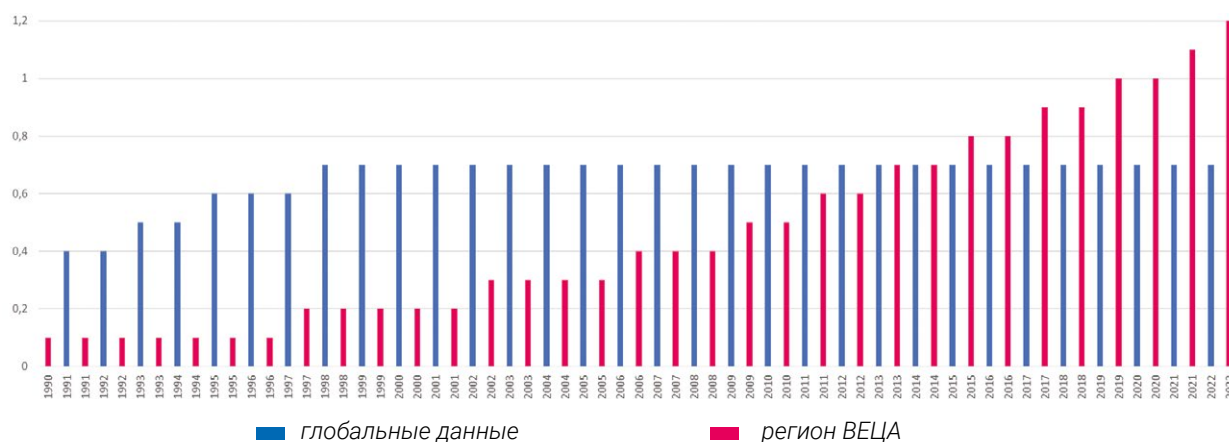
ЦЕЛЬ

Целью настоящего Краткого отчета является обзор существующих ресурсов и анализ возможных препятствий, связанных с подачей заявок на участие в программе ЭПМР/Путь к элиминации, а также усиление потенциала действующих программ ЭПМР в рамках таких заявок.

ВВЕДЕНИЕ

Согласно оценкам Глобального мониторинга эпидемии СПИДа (ГМЭС) за 2021 год, а также ЮНЭЙДС за 2021 год, распространенность ВИЧ среди взрослых в возрасте от 15 до 49 лет в регионе Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА) систематически растет на фоне стабильных глобальных показателей (Рисунок 1)¹. Почти все новые случаи заражения ВИЧ среди детей младшего возраста в регионе ВЕЦА диагностируются в возрастной группе от 0 до 4 лет, что указывает на то, что это происходит во время беременности, родов или грудного вскармливания². В 2021 году предполагаемый охват беременных женщин антиретровирусной терапией в ВЕЦА составлял 65% [59-75%], что ниже среднемирового показателя². Однако эти оценки не всегда соответствуют данным местных служб эпиднадзора, что было отмечено независимыми консультантами и упомянуто в отчетах национальных комитетов по валидации (НКВ) и региональных комитетов по валидации (РКВ).

Рисунок 1. Распространенность ВИЧ среди взрослых в возрасте от 15 до 49 лет (в %), показатели на 1990-2022 гг. Адаптировано на основании данных ЮНЭЙДС¹



В целом ВЕЦА – это регион, демонстрирующий значительное усовершенствование процесса последовательного предоставления помощи взрослым, инфицированным ВИЧ: показатели выросли с 21% лиц с диагностированным заболеванием, проходящих лечение на начало реализации инициативы 90-90-90 в 2015 году, до 51% в 2022 году, и с 19% лиц с вирусной супрессией в 2015 году до 48% в 2022 году^{3,4}. При этом, значительные улучшения как в сфере общего здравоохранения, так и в сфере помощи при ВИЧ-инфекции в регионе отнюдь не означают прогресса в сертификации элиминации передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку (ЭПМР).

В 2014 году ВОЗ выпустила "Глобальное руководство по критериям и процессам валидации ЛПМР ВИЧ-инфекции и сифилиса" ("Оранжевая книга") и с тех пор регулярно его об-

новляет⁵. За процесс валидации несут ответственность министерства здравоохранения, комитеты и секретариаты на национальном, региональном и глобальном уровнях (рисунок 3)⁶.

В 2016 году, вскоре после создания Глобального консультативного комитета по валидации (ГККВ) ЭПМР, Беларусь стала первой страной в регионе ВЕЦА, прошедшей валидацию ЭПМР по ВИЧ-инфекции, за ней в том же году валидацию прошла и Армения. Так как результаты валидации программы ЭПМР для одного или двух видов инфекции действительны в течение 3-5 лет, Армения подала повторную заявку и в настоящее время проходит оценку ВОЗ. Беларусь запросила повторную оценку, и в 2018 году ГККВ утвердил ее статус валидации по ВИЧ и сифилису. Беларусь вновь запросила повторную оценку в 2022 году, принимала у себя РКВ в 2023 году и теперь ожидает решения ГККВ. Республика Молдова также прошла валидацию ЭПМР по сифилису в 2016 году и повторную валидацию в 2018 году⁷. Казахстан и Республика Молдова прошли внешнюю валидацию ВОЗ ЭПМР по ВИЧ и сифилису, но не смогли выполнить все необходимые критерии. Кроме того, Казахстан и Узбекистан пригласили внешних консультантов для анализа текущего статуса ЭПМР и получили консультации по процессу подготовки запроса в РКВ (таблица 1). Эти страны близки к выполнению показателей по ЭПМР, но пока не могут получить утверждение ЭПМР. Другие страны региона, а именно Грузия, Кыргызстан и Украина, прошли процесс национальной оценки, но еще не обращались в РКВ на предмет проведения внешней валидации.

По сравнению с другими регионами, по состоянию на 2021 год восемь стран из Латинской Америки и Карибского бассейна (Ангилья, Антигуа и Барбуда, Бермудские острова, Каймановы острова, Куба, Доминика, Монтсеррат и Сент-Китс и Невис) прошли валидацию ВОЗ по ЭПМР ВИЧ и сифилиса, еще четыре страны находятся на пути к двойной валидации ВИЧ и сифилиса в 2023-2024 годах (сообщение ПАОЗ) (рисунок 2)⁸.

Признавая, что странам с высокой распространенностью заболеваний трудно выполнить установленные критерии, и предоставляя возможность подать заявку по элиминации передачи трех инфекций, в 2017 году ВОЗ представила стратегию "Путь к элиминации", чтобы выделить страны с высоким уровнем распространенности ВИЧ, сифилиса или вируса гепатита В среди матерей и их работу по снижению ПМР⁹. Эта стратегия полностью нашла свое отражение в глобальном руководстве в 2021 году. В соответствии с ней, существует три уровня (яруса) воздействия и программных показателей (бронзовый, серебряный и золотой), и страны должны постепенно продвигаться от одного яруса к другому, в конечном итоге достигая целей элиминации (Требования к распространенности, показатели и цели для сертификации на пути к элиминации ПМР ВИЧ, сифилиса и/или вируса гепатита В)⁵. Кроме того, для реализации этого процесса была признана необходимость вовлечения гражданского общества, защиты прав человека и обеспечения гендерного равенства, что позволило учесть эти ключевые факторы.

Рисунок 2. Страны, прошедшие валидацию ВОЗ⁷

Где мы находимся с подтверждением ЭПМР ВИЧ, гепатита В и сифилиса

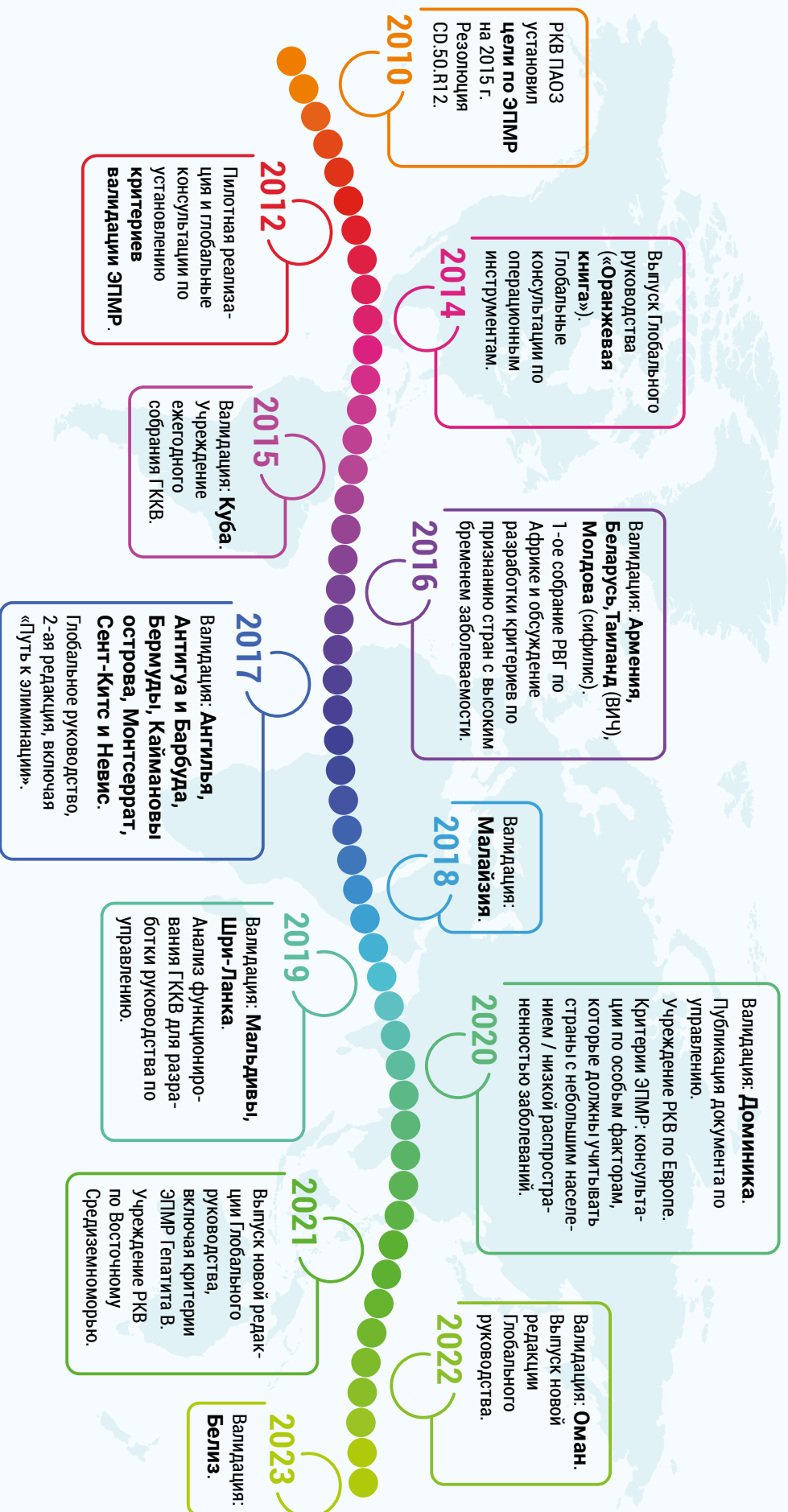


Рисунок 3. Процессы валидации ЭПМР и Путь к элиминации, ВОЗ, 2021 г.⁶

Процесс валидации ЭПМР или Путь к элиминации ВИЧ и сифилиса, включая обязанности министерства здравоохранения, комитетов и секретариатов на национальном, региональном и глобальном уровнях

Министерство здравоохранения

- Министерство здравоохранения направляет запрос на валидацию в страновое бюро ВОЗ или в НСВ.
- Страновое бюро ВОЗ или НСВ информирует РСВ.
- Министерство здравоохранения создает НКВ для сбора фактических данных и представления отчетности о работе по ЭПМР ВИЧ и сифилиса.

Национальный комитет по валидации (НКВ) и секретариат по валидации (НСВ)

- НСВ организует стартовую встречу на национальном уровне с участием РСВ, ГКВ и министерства здравоохранения.
- НКВ составляет национальный отчет о валидации и представляет его на утверждение в министерство здравоохранения и НСВ.
- НСВ представляет первоначальный отчет о валидации в РСВ.

Региональный комитет по валидации (РКВ) и секретариат по валидации (РСВ)

- РСВ/региональный директор учреждает и созывает РКВ.
- РКВ анализирует национальный отчет о валидации путем кабинетного анализа и проводит оценку страны в сотрудничестве с НКВ (в формате миссии в страну или виртуальной оценки).
- В случае запроса дополнительной информации, РКВ сотрудничает с НКВ и министерством здравоохранения для ее получения.
- РКВ составляет и представляет региональный отчет о валидации в РСВ.
- РСВ представляет национальный и региональный отчеты о валидации в ГСВ.

Глобальный консультативный комитет по валидации (ГККВ) и секретариат по валидации (ГСВ)

- ГСВ изучает отчеты о валидации и отправляет их в ГККВ.
- ГККВ обсуждает компоненты отчетов о валидации и проводит официальное голосование.
- В случае запроса дополнительной информации со стороны ГККВ, ГСВ связывается с РСВ, который координирует свои действия с РКВ, НКВ и министерством здравоохранения, для ее получения.
- ГККВ информирует ГСВ о статусе валидации или подтверждении валидации страны-кандидата.
- ГСВ уведомляет министерство здравоохранения о решении ГККВ в отношении валидации после информирования РСВ и НСВ.

Таблица 1. Этапы оценки ЭПМР на дату настоящего обзора

Минздрав	НКВ и НСВ	РКВ и РСВ	ГКВ и ГККВ
Армения	Армения	2016 and 2019	2016 *
Беларусь	2015	2016 and 2022 *	2015, 2023 *
Грузия	2022		
Казахстан	2022	2022	
Кыргызстан	2021 Консультант ЮНИСЕФ 2021 г.		
Молдова	2021 Консультант ЮНИСЕФ 2021 г.	2016 **	
Украина	2021		
Узбекистан	2021 ***		

* Статус ЭПМР действителен в течение пяти лет, Армения и Беларусь подали повторные заявки в 2019 и 2022 годах, соответственно.

** Республика Молдова получила подтверждение статуса ЭПМР по сифилису.

*** Оценка была проведена при поддержке международных консультантов, привлеченных ЮНИСЕФ.

МЕТОДОЛОГИЯ

Настоящий Краткий отчет о передовом опыте и распространенных препятствиях в сфере ЭПМР был подготовлен по запросу РОЕЦА ЮНИСЕФ с целью проведения обзора и анализа прогресса реализации программ ППМР в регионе ВЕЦА. Для проведения обзора были выбраны восемь признанных ЮНИСЕФ приоритетными стран: Армения, Беларусь, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Украина и Узбекистан.

При подготовке настоящего отчета были использованы следующие методы:

1. Анализ результатов прошлых оценок услуг по ППМР, как на национальном (НКВ), так и на региональном (РКВ) уровне, с 2015 года.
2. Использование базы данных ГМЭС и ресурсов ЮНИСЕФ и ЮНЭЙДС для анализа тенденций, связанных с показателями воздействия, а также показателями процесса/программы.
3. Беседы с сотрудниками страновых представительств ЮНИСЕФ, проведенные в Zoom.
4. Поиск общедоступных отчетов и ресурсов на веб-сайтах ЮНЭЙДС, ЮНИСЕФ и ВОЗ.

Все документы запрашивались через региональные отделения или страновые представительства ЮНИСЕФ. Попытки прямого контакта с руководством стран, министерствами здравоохранения или поставщиками услуг не предпринимались. РОЕЦА ЮНИСЕФ обращалось в страновые представительства для получения всех документов, запрошенных для анализа.

ДОСТУПНОСТЬ ДАННЫХ

Отчеты были предоставлены семью из восьми стран, при этом только два отчета были итоговыми, и только один был утвержден министром здравоохранения. Армения пригласила НКВ в 2019 году, отчет о результатах визита был подан в Министерство здравоохранения на утверждение. Запрос на предоставление отчетов РКВ по Армении был также направлен, но документ предоставлен не был, так как не был одобрен Министерством здравоохранения (таблица 2).

Таблица 2. Доступность документов по оценке программ ППМР

Страна	Уровень оценки	Язык	Сроки проведения анализа	Дата	В открыт. доступе
Армения	Н/Д	-	-	-	-
Беларусь ¹⁰	НКВ	Англ.	2014-2015 гг.	Нет	Нет
Беларусь ¹¹	РКВ (проект)	Англ.	2014-2015 гг.	Май 2016 г.	Нет
Грузия ¹²	НКВ	Англ.	2019-2021 гг.	Декабрь 2022 г.	Нет
Казахстан ¹³	РКВ	Англ.		4-27 июля 2022 г.	Нет
Кыргызстан ¹⁴	Консультант ЮНИСЕФ	Англ. и русск.	2017-2020 гг.	2021 г.	Да (сайт ЮНИСЕФ)
Кыргызстан ¹⁵	Отчет внутреннего эксперта для Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИДом	Русск.	весь срок	Декабрь 2021 г.	Нет
Кыргызстан ¹⁶	Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом	Русск.	2018-2022 гг.	Сентябрь 2023 г.	Нет
Молдова ¹⁷	Консультант ЮНИСЕФ	Англ.	2019-2021 гг.	Октябрь 2022 г. – январь 2023 г.	Нет
Украина ¹⁸	НКВ	Англ.		2021	Нет
Узбекистан ¹⁹	НКВ*	Англ.	2020-2021 гг.	Нет	Нет

* Оценка проводилась при поддержке международных консультантов, привлеченных ЮНИСЕФ.

Помимо вышеуказанных документов, была использована база данных ГМЭС, а также ресурсы ЮНИСЕФ и ЮНЭЙДС. По большинству показателей Узбекистан не передает данные в ГМЭС.

СТРАНОВОЙ КОНТЕКСТ

Уникальной особенностью большинства стран ВЕЦА (и все они включены в данный обзор) является сильное влияние единой модели здравоохранения, ранее существовавшей в Советском Союзе. После распада бывшего Советского Союза в 1991 году Армения, Беларусь, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Украина и Узбекистан были вынуждены перестраивать организацию, финансирование и порядок предоставления медицинских услуг. Однако зачастую эти страны шли совершенно разными путями преобразований, в результате чего достигнутые ими результаты существенно различаются²⁰. Большинство постсоветских стран по-прежнему борются с проблемой нехватки медицинского персонала на душу населения, недостаточным финансированием медицинских учреждений и устаревшим оборудованием. По данным Глобальной базы данных о расходах на здравоохранение, в 2020 году доля расходов на здравоохранение в процентах от ВВП составляла 7% в Республике Молдова, 6,4% в Узбекистане, 6,2% в Кыргызстане, 8,4% в Грузии, 5,9% в Беларуси и 3,1% в Казахстане (<https://apps.who.int/nha/database>). Во всех рассмотренных странах преобладающая доля финансирования реализации национальных программ по борьбе со СПИДом (оказание медицинских услуг, закупка антиретровирусной терапии) осуществляется за счет государственного бюджета. Однако некоторые компоненты ППМР покрываются за счет внешних средств²¹.

Несмотря на то что в большинстве стран действует всеобщее медицинское страхование, в реальности своевременный доступ к медицинской помощи оставляет желать лучшего, что приводит к росту частных поставщиков медицинских услуг. Если в Республике Молдова доля частного здравоохранения остается незначительной и несущественной, то в Казахстане и Украине она гораздо выше. Для валидации государственные и негосударственные данные должны представляться совокупно, но при этом разграничиваться. Это может вызвать дополнительные трудности в процессе подготовки к оценке. Тем не менее, все страны ВЕЦА достигли впечатляющего охвата по меньшей мере одним посещением службы дородового ухода (ДУ) во время беременности и продолжают двигаться к достижению амбициозной цели – по меньшей мере четыре посещения в рамках ДУ²².

Регион ВЕЦА характеризуется низким уровнем распространенности ВИЧ среди населения в целом (за исключением Украины), а эпидемия при этом сосредоточена в ключевых группах населения с последующей передачей инфекции половым партнерам. Преобладающим способом передачи ВИЧ является гетеросексуальный, а женщины составляют от 25% до 46% ВИЧ-популяции (таблица 3). Люди, употребляющие инъекционные наркотики, по-прежнему играют значительную роль в распространении ВИЧ. Также необходимо отметить, что во всех странах уровень передачи ВИЧ при половых контактах между мужчинами официально очень низок, но, скорее всего, такие данные утаиваются и, следовательно, показатели недооцениваются.

Таблица 3. Обзор страновых характеристик на основании отчетов НКВ или РКВ

	Беларусь ¹¹	Грузия ¹²	Казахстан ¹³	Кыргызстан ¹⁶	Молдова ¹⁷	Украина ¹⁸	Узбекистан ¹⁹
Население страны, млн. человек	9.5	3.7	19	6.2	3.1	41.2	34.6
Общее число зарег. случаев ВИЧ-инфекции*	24 328	9 349	22 141	12 231	16 106	144 089	45 296
% женщин среди ВИЧ-инфицир.	40%	25.3%	34.5%	37%	42.2%	46%	45%
Гетеросексуалы	67.5%	50.7%	57.2%	60%	88.5%	61.2%*	70%
Лица, употребляющие инъекционные наркотики	-	34.4%	32.6%	-	-	38.1%	20%**
Охват дородовым уходом (не менее 1 посещения)	99.7%	95.3%	99.9%	92.5%	95.7%	99.8%	99.3%
Тестирование на ВИЧ среди беременных женщин	99.2%	88.7%	97.5%	98.2%	99.6%	99%***	99.9%
Частота положительных результатов тестирования при беременности	0.1%	0.1%	0.03%	0.03%	0.2%	0.2%	Не доступны
Охват антиретровирусной терапией среди беременных женщин	97.8%	96.3%	97.9%	96.2%	94.5%	95.9%	98.0%

Данные в таблице приведены на основании отчетов НКВ или РКВ за последний доступный год.

* Указано как "половой".

** Указано как распространенность парентеральной передачи ВИЧ.

***97,9% в частных клиниках.

Ранняя диагностика и оперативное лечение ВИЧ-инфекции у всех ВИЧ-позитивных женщин детородного возраста имеют важнейшее значение для ЭПМР, и страны ВЕЦА демонстрируют впечатляющие достижения в этой области. В Республике Молдова быстро развивается бесплатное современное тестирование на ВИЧ на уровне первичной медико-санитарной помощи и в форме экспресс-тестирования. В то же время в большинстве центров ДУ и семейной медицины дополнительное тестирование на ВИЧ проводится одновременно с экспресс-тестированием на сифилис. Повторное тестирование во время беременности проводится только примерно в 10% случаев, поскольку приказ Министерства здравоохранения предписывает тестировать беременных женщин только при поступле-

нии на ДУ. Тест Вестерн-блот уже не применяется для подтверждения диагноза ВИЧ, вместо него в пунктах оказания медицинской помощи используется технология определения вирусной нагрузки GenXpert HIV-1.

Страны с самым высоким числом протестированных беременных женщин – Казахстан, Украина и Узбекистан. В Украине во время беременности женщины тестируются до трех раз: при первом посещении ДУ и до 12-ой недели беременности, в период с 20 по 24 или с 32 по 36 неделю беременности и в 32 неделю или во время родов, если женщина входит в группу риска или состоит в серодискордантной паре. В 2020 году в Украине тестирование на ВИЧ прошли 282 539 беременных женщин, в то время как в целом по стране за тот же год было проведено 1,9 миллиона тестов (коэффициент позитивности составил 1,08% среди населения в целом и 0,2% среди беременных женщин)¹⁸. В Казахстане в 2021 году на ВИЧ протестировали 461 753 беременные женщины, из них 264 338 повторно на 30 гестационной неделе¹³. Повторное тестирование представляется особенно важным, поскольку заболеваемость ВИЧ среди мужчин в два раза выше, чем среди женщин. Наибольшее количество тестов проводится в Узбекистане: в 2021 году на ВИЧ протестировано 909 276 беременных женщин, хотя информация о доле положительных результатов отсутствует¹⁹. Согласно приказу Министерства здравоохранения Кыргызстана, женщины, посещающие службы ДУ, тестируются дважды, и в 2022 году общее количество беременных женщин, протестированных на ВИЧ, составило 181 640 (с долей положительных результатов 0,03%)¹⁶. В Грузии в 2021 году на ВИЧ было протестировано 40 366 беременных женщин, с долей положительных результатов в 0,1%. Последние доступные данные по Беларуси относятся к 2015 году, когда на ВИЧ были протестированы 741 133 женщины репродуктивного возраста и 211 634 беременные женщины, а коэффициент позитивности составил 0,1%¹⁰.

Однако во всех рассмотренных странах партнеры беременных женщин по-прежнему тестируются недостаточно, а работа по самостоятельному тестированию на ВИЧ проводится нерегулярно. В Украине, где настоятельно поощряется тестирование партнеров, в 2020 году было проведено 30 671 тестирование партнеров беременных женщин с показателем позитивности 0,63%. В большинстве стран информация о тестировании партнеров отдельно не регистрируется.

Несмотря на впечатляющий охват тестированием беременных женщин с ВИЧ, в изученных странах показатели позднего проявления инфекции остаются очень высокими, что свидетельствует о недостаточности тестирования на ВИЧ как в целом, так и среди ключевых групп населения (таблица 4). Одной из наиболее серьезных проблем в регионе ВЕЦА остается тестирование на ВИЧ. Проявление болезни на поздних стадиях является важным показателем многочисленных барьеров для тестирования на ВИЧ на социальном, правовом и практическом уровнях²³.

Стигматизация ВИЧ-инфицированных и криминализация передачи ВИЧ остаются высокими во всем мире, что также относится и к региону ВЕЦА²⁴. Согласно "Скану криминализации ВИЧ в странах Восточной Европы и Центральной Азии за 2018-2022 годы" (Евразийская женская сеть по СПИДу, 2023 г.), в подавляющем большинстве стран ВЕЦА подвергание людей риску заражения ВИЧ влечет уголовное наказание (рисунок 4). Однако эти законы не выполняют защитную функцию, а скорее используются для запугивания людей, живущих с ВИЧ, подпитывая дискриминационное поведение, которое приводит к сильной стигматизации^{25, 26}.

Таблица 4. Позднее проявление инфекции по странам в 2019-2022 годах (отчеты ГМЭС)

	CD4+ < 200 клеток/мм ³			CD4+ < 350 клеток/мм ³	
	Все	Женщины	Дети*	Все	Женщины
Беларусь					
2022	233/2110 (11%)	Нет данных	Нет данных	357/2110 (16.9%)	Нет данных
2021	208/1496 (13.9%)	Нет данных	Нет данных	Нет данных	Нет данных
2020	169/1479 (11.4%)	53/544 (9.7%)	0/5 (0%)	Нет данных	Нет данных
2019	Нет данных	Нет данных	Нет данных	Нет данных	Нет данных
Грузия					
2022	156/517 (30.2%)	32/133 (24.1%)	1/3 (33.3%)	268 (52.1%)	65/133 (48.9%)
2021	151/458 (33%)	42/103 (40.8%)	0/3 (0%)	247/455 (54.3%)	69/103 (67%)
2020	129/445 (29%)	35/101 (34.7%)	1/3 (33.3%)	224/445 (50.3%)	35/101 (34.7%)
2019	200/598 (33.4%)	48/137 (35%)	0/3 (0%)	338/598 (56.5%)	74/137 (54%)
Кыргызстан					
2022	Нет данных	Нет данных	Нет данных	Нет данных	Нет данных
2021	217/715 (30.3%)	99/282 (35.1%)	5/25 (20%)	393/690 (57%)	162/282 (57.4%)
2020	204/629 (32.4%)	86/255 (33.7%)	8/18 (44.4%)	348/611 (57%)	147/255 (57.6%)
2019	204/696 (29.3%)	75/280 (26.8%)	8/25 (32%)	372/696 (53.4%)	143/280 (51.1%)
Казахстан					
2022	867/3592 (24.1%)	286/1188 (24.1%)	3/23 (13%)	1834/3592 (51.1%)	603/1188 (50.8)
2021	715/3162 (22.6%)	241/1075 (22.4%)	9/33 (27.3%)	1567/3161 (49.6)	531/1075 (49.4%)
2020	600/2908 (20.6%)	209/1003 (20.8%)	7/21 (33.3%)	1279/2908 (44%)	433/1003 (43.2%)
2019	589/2751 (21.4%)	202/931 (21.7%)	4/27 (14.8%)	1288/2751 (46.8%)	440/931 (47.3%)
Молдова					
2022	296/836 (35.4%)	115/339 (33.9%)	12/33 (36.4%)	447/836 (53.5%)	189/339 (55.8%)
2021	221/700 (31.6%)	82/294 (27.9%)	1/12 (8.3%)	359/700 (51.3%)	142/294 (48.3%)
2020	202/602 (33.6%)	70/251 (27.9%)	0/7 (0.0%)	302/602 (50.2%)	114/251 (45.4%)
2019	229/808 (28.3%)	81/329 (24.6%)	1/22 (4.5%)	381/808 (47.2%)	150/329 (45.6%)
Украина					
2022	3384/9083 (37.3%)	Нет данных	Нет данных	5432/9083 (59.8%)	Нет данных
2021	4680/13245 (35.3%)	Нет данных	Нет данных	7588/13245 (57.3%)	Нет данных
2020	4479/13791 (32.5%)	Нет данных	Нет данных	7513/13791 (54.5%)	Нет данных
2019	5251/14941(35.1%)	Нет данных	Нет данных	8817/14941 (59%)	Нет данных

	CD4+ < 200 клеток/мм ³			CD4+ < 350 клеток/мм ³	
	Все	Женщины	Дети*	Все	Женщины
Узбекистан					
2022	Нет отчета ГМЭС			Нет отчета ГМЭС	
2021	Нет данных	Нет данных	Нет данных	Нет данных	Нет данных
2020	Нет данных	Нет данных	Нет данных	Нет данных	Нет данных
2019	Нет данных	Нет данных	Нет данных	Нет данных	Нет данных

* CD4+ < 200 клеток/мм³ или <15%.

Рисунок 4. Законы и политики в ВЕЦА (источник: аналитическая база данных ЮНЭЙДС по законам и политикам)²⁷

Сводный региональный отчет (Дата: 19/11/2023)							
Страна	Криминализация трансгендерных лиц	Криминализация секс-бизнеса	Криминализация частных однополых сексуальных контактов	Криминализация хранения небольших количеств наркотиков	Законы, криминализирующие передачу ВИЧ, сокрытие информации о заражении ВИЧ или подвержение риску заражения ВИЧ	Законы, требующие согласия родителей для доступа подростков к тестированию на ВИЧ	Обязательное тестирование на ВИЧ для заключения брака, получения разрешения на работу или проживание или для определенных групп населения
Беларусь	Нет	Да	Нет	Да	Да	Да	Да
Грузия	Нет	Да	Нет	Нет	Да	Да	Нет
Казахстан	Нет	Да ***	Нет	Да	Да	Да*	Да
Кыргызстан	Нет	Да	Нет	Да	Да	Да	Да
Молдова	Нет	Да	Нет	Нет	Да	Да	Нет
Украина	Нет	Да	Нет	Да	Да	Да	Да
Узбекистан	Нет	Да **	Да, тюремное заключение (до 14 лет)	Да	Да	Да	Да

Национальные обязательства и политика ЮНЭЙДС на 2021 и/или 2022 годы

* Глава 2, статьи 9.1 и 9.2, приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20.12.2020 г.

** Уголовный кодекс Узбекистана, статья 131 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/-protrav/).

*** Казахстан. Уголовный кодекс, статья 271 (https://adilet.zan.kz/eng/docs/K970000167_).

Женщины непропорционально больше страдают от криминализации ВИЧ, например в Беларуси на женщин приходится 65 из 106 (61%) уголовных дел, связанных с ВИЧ, за период 2019-2022 гг., а в целом по миру на женщин приходится 84% таких приговоров. Узбекистан является страной с наибольшим количеством уголовных дел, связанных с передачей ВИЧ.

Нежелательная беременность по-прежнему является одним из основных факторов неблагоприятного исхода беременности, включая преждевременные роды и низкий вес ребенка при рождении. У женщин, живущих с ВИЧ, чаще наступают преждевременные роды или дети рождаются с малым весом для своего гестационного возраста. Доступ к эффективным средствам контрацепции остается ключевым фактором предотвращения неблагоприятных исходов беременности.

В Казахстане из 4 562 870 женщин детородного возраста 27,9% получали бесплатные противозачаточные средства. Этот пример демонстрирует, что эффективные меры контрацепции можно применять в национальном масштабе. Страна стремится обеспечить эффективной контрацепцией 70% женщин из групп риска, в том числе женщин, живущих с ВИЧ. В 2021 году 86,3% (7 370/8 543) ВИЧ-положительных женщин получили хотя бы одно средство контрацепции: 4 892 (57,3%) – презерватив, 1 705 (34,8%) – внутриматочную спираль, 470 (5,5%) – гормональную терапию и 303 (3,5%) – прошли хирургическую стерилизацию¹³. В Республике Молдова была принята Национальная программа по сексуальному и репродуктивному здоровью и правам на 2018-2022 годы, которая предусматривает проведение централизованных закупок, бесплатные консультации у семейных врачей и в центрах первичного здравоохранения, а также доступ к мужским презервативам, инъекционному медроксипрогестерону, комбинированным оральным контрацептивам, препаратам экстренной контрацепции и внутриматочной спирали с медью¹⁷. В Беларуси и Грузии распространение бесплатной контрацепции не проводилось.

Однако даже при общей доступности в некоторых странах, службы охраны репродуктивного здоровья не представлены в центрах помощи при заражении ВИЧ или в услугах по лечению инфекций, передающихся половым путем. В большинстве стран ВЕЦА менее половины опрошенных подростков и молодых людей в возрасте от 15 до 24 лет обладали достоверными знаниями о профилактике ВИЧ².

Выбор способа родоразрешения и прекращение грудного вскармливания – важнейшие решения для ППМР. На этих этапах ВИЧ-инфицированные женщины уязвимы перед лицом множества факторов, таких как социальные и семейные ожидания, самостигматизация и гендерное неравенство. Только глубокий анализ каждого случая передачи инфекции может дать представление о цепочке факторов, приводящих к ПМР, и тем самым обозначить возможные решения или запланированные целевые мероприятия. Извлечение уроков из такого анализа нельзя переоценить. Информация, полученная из отчетов НКВ, РКВ и отдельных консультантов или из документов, полученных по запросу (Беларусь, Кыргызстан и Молдова), позволяет лучше понять, насколько существенно могут отличаться проблемы стран, даже если они граничат друг с другом.

В странах ВЕЦА охват ДУ находится на высоком уровне и распространено плановое тестирование на ВИЧ и сифилис. Таким образом, большинство случаев ПМР происходит среди женщин, которые не посещали службы ДУ или не находились под наблюдением во время беременности и грудного вскармливания. Анализ каждого конкретного случая показал,

что большинство этих женщин не проявляли рискованного поведения и не относились к ключевым группам населения. Данные позволяют сделать вывод, что раннее плановое тестирование и повторное тестирование во время беременности для групп риска, тестирование партнеров и усиленное наблюдение за теми, кто не прошел тестирование, являются общими стратегиями для устранения этих пробелов. Кроме того, для женщин, которым диагноз был поставлен во время родов, или для женщин с высокой вирусной нагрузкой во время родов, внутривенное введение азидотимидина во время родов может дополнительно помочь в предотвращении передачи инфекции, а также в профилактике высокого риска для ребенка после контакта^{28,29}. Хотя в Беларуси высок процент беременных женщин, у которых ВИЧ выявляется до родов, это не отражается на показателях ПМР. Причиной этого может быть несколько факторов, включая случаи преходящей вiremии, высокую долю родов путем кесарева сечения (62,4% в 2022 году) и внутривенное введение азидотимидина матери с определяемой вирусной нагрузкой в родах.

Грудное вскармливание по-прежнему является ключевым фактором в определении согласованных показателей воздействия в отношении ЭПМР, а именно: уровень ПМР ВИЧ <2% среди женщин, не проводящих грудное вскармливание, и <5% среди женщин, проводящих грудное вскармливание⁵. В странах региона ВЕЦА этот показатель значительно варьируется в зависимости от практики грудного вскармливания. Согласно отчету ГМЭС за 2022 г. (описательная часть), 99,1% детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей в Украине, находились на искусственном вскармливании. Для сравнения, оценка 764 детей ВИЧ-инфицированных матерей в Кыргызстане за 2018-2022 гг. показала, что 71,4 % (546) находились на искусственном вскармливании, 27,6 % (211) – на грудном вскармливании и 1%⁷ – на смешанном (обзор доступных медицинских документов)¹⁶. Это свидетельствует о необходимости дальнейшей оценки преобладания грудного вскармливания, а также переоценки согласованных показателей воздействия.

Согласно рекомендациям ВОЗ, национальные или субнациональные органы здравоохранения должны принимать решение – в основном рекомендовать матерям, живущим с ВИЧ, грудное вскармливание, сопровождающееся прохождением антиретровирусной терапии, либо воздержание от грудного вскармливания³⁰.

Согласно национальным программам всех стран, в которых проводилась оценка, дети, рожденные у ВИЧ-инфицированных матерей, обеспечиваются молочными смесями; однако остается неясным, сколько именно детей получают молочные смеси. Информация о качестве искусственных молочных смесей, закупаемых национальными программами/дающих право на возмещение их стоимости, не включена в регулярную отчетность, как и данные об их использовании получателями программ. Беседы с ВИЧ-инфицированными женщинами в Казахстане, показали, что качество молочных смесей, предоставляемых бесплатно, неудовлетворительно и матери вынуждены покупать качественные смеси самостоятельно.

Хотя ВИЧ-инфицированные женщины могут проводить грудное вскармливание при условии регулярного наблюдения и полноценной эффективной комбинированной антиретровирусной терапии, этот процесс требует систематического подхода, включающего обучение и наличие мультидисциплинарной команды для ухода за матерями и их детьми. По всей видимости, этот вопрос выходит за рамки национальных программ, и странам не хватает информации о предпочтениях в области грудного вскармливания и потребностях ВИЧ-инфицированных женщин.

КАЧЕСТВО ДАННЫХ

Сравнительный анализ по-прежнему сопряжен с методологическими трудностями, так как отчеты не выложены в открытый доступ, и не всегда в них указана версия, дата и автор. Часто не обозначено, был ли документ утвержден или принят министерством здравоохранения или другими соответствующими правительственными органами. Кроме того, отчеты выпускаются за разные периоды времени, а источники данных, на которые ссылаются в этих документах, также не представлены в общем доступе. Чаще всего причиной этого является действующее законодательство, поскольку в некоторых странах, например в Узбекистане, даже агрегированные данные являются конфиденциальными.

Первичные источники данных, проверенные консультантами или комитетами по валидации, доступны в основном в виде бумажных документов (за исключением Казахстана и Украины), и получить доступ к ним можно только лично и на месте. Сбор электронных данных и цифровизация в сфере здравоохранения находятся в процессе реализации, а системы, получающие конкретные данные для формирования показателей, разрознены. Хотя ДУ и первичная медико-санитарная помощь постепенно переводятся в цифровой формат, данные по показателям, связанным с ВИЧ, по-прежнему поступают в отдельные базы данных и вводятся вручную. Триангуляция и перекрестные проверки для подтверждения согласованности данных проводятся редко.

Еще одним препятствием является различное толкование порядка расчета показателей. Отсутствие возможности наблюдения за детьми, контактировавшими с ВИЧ и инфицированными во время беременности и/или родов, может привести к тому, что диагноз ВИЧ будет поставлен только в более позднем детстве, и такие дети не будут включены в отчетность как случаи позднего проявления ПМР. То же самое относится и к миграции, которая по-прежнему активна в регионе ВЕЦА как из-за экономической ситуации, так и из-за конфликтов. Население, подверженное риску заражения ВИЧ, отличается высокой мобильностью и трудно поддается отслеживанию.

ВЫВОДЫ

ЭПМР является важнейшей целью в борьбе с эпидемией ВИЧ/СПИДа. Несмотря на значительный прогресс, достигнутый во всем мире в снижении числа новых случаев ВИЧ-инфицирования среди детей, страны ВЕЦА сталкиваются с уникальными проблемами в достижении целей ЭПМР и выполнении показателей воздействия и показателей процесса/программы. В то же время этот регион демонстрирует значительный прогресс и уникальные успехи, которые заслуживают подробного освещения и распространения.

Важно упомянуть, что информация, представленная в настоящем Кратком отчете, актуальна по состоянию на последние доступные отчеты и данные ГМЭС до 2022 года. Следует отметить, что с тех пор ситуация могла измениться.

Ниже перечислены основные успехи и препятствия ЭПМР, выявленные на основе анализа отчетов НКВ и РКВ, проведенных в семи странах.

УСПЕХИ

- 1. Доступ к дородовому уходу.** Все рассмотренные страны ВЕЦА демонстрируют устойчивый прогресс в отношении охвата беременных женщин услугами дородового ухода.
- 2. Повышение эффективности тестирования на ВИЧ.** Во всех странах ВЕЦА улучшился доступ к тестированию на ВИЧ во время беременности, благодаря чему все больше беременных женщин знают о своем ВИЧ-статусе. Раннее выявление имеет решающее значение для своевременного вмешательства.
- 3. Расширенный доступ к антиретровирусной терапии.** Все рассмотренные страны расширили доступ к антиретровирусной терапии для ВИЧ-инфицированных беременных женщин. Согласно обзору, проведенному НКВ или РКВ, от 94,7% до 98% женщин получали пожизненную терапию на момент беременности.
- 4. Ранняя диагностика новорожденных.** Большинство стран ВЕЦА внедрили тесты на амплификацию нуклеиновой кислоты для новорожденных и младенцев, инфицированных ВИЧ (первое тестирование в течение 48 часов, второе – в течение 4-6 недель после рождения).
- 5. Глубокий анализ всех зарегистрированных случаев ПМР.** Многие страны проводят детальный анализ каждого случая передачи ВИЧ. Эта работа часто включает личное посещение центра, из которого поступили данные, и беседы с персоналом. Помимо тщательного эпиднадзора, такой анализ обеспечивает глубокое понимание отдельных сценариев и позволяет найти приемлемые решения.
- 6. Улучшение доступа к контрацепции.** Большинство стран ВЕЦА ввели законодательство о предоставлении бесплатного доступа к методам контрацепции для ВИЧ-

инфицированных женщин и женщин из определенных групп риска, например, работниц секс-индустрии или злоупотребляющих психоактивными веществами.

7. **Программный подход к ППМР.** Все страны ВЕЦА создали или усилили ППМР благодаря контролю со стороны министерств здравоохранения, реализующих национальные программы, принятию необходимого законодательства и созданию национальных или региональных координационных центров. В рамках этих программ предоставляется доступ к антиретровирусным препаратам и их составам, необходимым для ППМР.
8. **Повышение потенциала систем здравоохранения.** Были предприняты значительные усилия по укреплению систем здравоохранения и повышению их потенциала для расширенного охвата услугами дородового ухода. В результате был достигнут высокий уровень охвата ДУ и стабильное выделение финансовых средств на ДУ со стороны правительств.
9. **Децентрализация здравоохранения.** Все рассмотренные страны находятся на пути к децентрализации сферы здравоохранения. Были значительно усилены первичная медицинская помощь, ДУ и планирование семьи. Во всех странах организовано регулярное обучение медицинского персонала по вопросам ППМР.
10. **Готовность правительств вносить финансовый вклад в создание комплексных программ по борьбе с ВИЧ/СПИДом.** Многие страны ВЕЦА в настоящее время увеличивают финансирование программ профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа.

ПРЕПЯТСТВИЯ

1. Права человека

- ◆ **Стигматизация и дискриминация.** Стигматизация ВИЧ/СПИДа остается серьезной проблемой в странах ВЕЦА. Беременность и раннее материнство - особенно уязвимый период в жизни женщины. Многие женщины, живущие с ВИЧ, не решаются обратиться за тестированием и лечением из-за страха дискриминации и социальной изоляции. Отвержение и исключение из семьи или социальных групп после раскрытия ВИЧ-статуса все еще практикуется во многих странах ВЕЦА.
- ◆ **Криминализация ВИЧ.** В ряде стран ВЕЦА по-прежнему действуют законы, криминализирующие передачу или неразглашение информации о ВИЧ и ограничивающие выбор профессии для ВИЧ-инфицированных. Кроме того, законы криминализируют хранение небольших количеств наркотиков для личного употребления и коммерческий секс или секс-работу. Эти законы никогда не приводили к снижению числа новых случаев диагностирования ВИЧ или снижению преступного поведения. Напротив, документально подтверждено, что они препятствуют людям из групп риска проходить тестирование на ВИЧ и обращаться за медицинской помощью из-за страха перед правовыми последствиями³¹. Это касается женщин во время беременности и в послеродовой период.
- ◆ **ВИЧ как показание к аборту.** В некоторых странах национальными протоколами по тестированию на ВИЧ предписывается предложение прервать беременность

в случае положительного результата теста на ВИЧ. Хотя предоставление выбора и доступа к возможностям прерывания беременности является одним из основных прав человека, ВИЧ не должен быть среди показаний к этому. Решения должны приниматься на основе тех же показателей, что и для не ВИЧ-инфицированных женщин, с учетом социальных, медицинских и психологических факторов.

- ◆ **Криминализация сексуальной ориентации.** В некоторых странах ВЕЦА до сих пор действуют законы, предусматривающие наказание за сексуальные контакты между мужчинами.
 - ◆ **Гендерное неравенство.** Гендерное насилие и неравенство значительно повышают уязвимость женщин и девочек с ВИЧ в странах ВЕЦА. Эти явления ставят под угрозу доступ к контрацепции и услугам по планированию семьи.
 - ◆ **Ограниченный доступ к информации и образованию.** Образование, особенно в области сексуального и репродуктивного здоровья, строго связано с культурными и религиозными убеждениями, и поэтому не раскрывает людям возможности избегать рисков и/или обратиться за помощью.
2. **Культурные обычаи, верования и традиции.** Во многих странах ВЕЦА семейная иерархия, традиционная культура, верования и религия ставятся выше, чем потребности женщин и обуславливают вероятность обращения ими за медицинской помощью. В странах/сообществах с доминирующими религиозными традициями и/или патриархальными социальными структурами женщины часто не могут свободно обратиться за необходимой медицинской помощью или принять решение о медицинских обследованиях, анализах, вакцинации и кормлении ребенка.
 3. **Грудное вскармливание.** Хотя национальные протоколы рассмотренных стран не рекомендуют грудное вскармливание для ВИЧ-положительных матерей, практика грудного вскармливания значительно отличается в разных странах региона ВЕЦА. Бедность, социально-культурные и географические ограничения по-прежнему играют важную роль в принятии решений о грудном вскармливании. Отказ от грудного вскармливания может привести к социальному разоблачению или стигматизации в некоторых странах или социальных/этнических группах. Необходимо более глубокое изучение данного вопроса, поскольку этот фактор может существенно повлиять на показатели воздействия ЭПМР.
 4. **Миграция.** В странах ВЕЦА проживает значительное число мигрантов и беженцев. Внутренняя миграция населения из групп риска, с более высоким уровнем бедности и злоупотребления психоактивными веществами, является существенным препятствием для последующего наблюдения за детьми, рожденными ВИЧ-инфицированными матерями или подверженными риску заражения ВИЧ.
 5. **Поздняя диагностика.** Поздняя диагностика ВИЧ, как среди населения в целом, так и среди беременных женщин, является распространенной проблемой в странах ВЕЦА. Это ведет к позднему началу антиретровирусного лечения и повышает риск передачи ВИЧ от матери ребенку.
 6. **Доступ к тестированию на ВИЧ вне ДУ.** Доступ к тестированию на ВИЧ для небеременных женщин в ВЕЦА очень низок. Женщины, не являющиеся работницами секс-

индустрии или не употребляющие инъекционные наркотики, часто не считаются ключевой группой населения или группой риска по ВИЧ, и поэтому они не охвачены такими мероприятиями, как тестирование или доконтактная профилактика.

- 7. Инфраструктура здравоохранения.** Инфраструктура здравоохранения в некоторых странах ВЕЦА недостаточно развита для предоставления комплексных услуг по ППМР. Специализированная медицинская помощь все еще опирается на исторически сложившуюся вертикальную модель с плохо взаимосвязанными службами (например инфекции, передающиеся половым путем, ВИЧ и ДУ). В силу географических особенностей стран и экономических дисбалансов доступ к медицинской помощи значительно различается. Большинство постсоветских стран по-прежнему сталкиваются с проблемой нехватки медицинского персонала на душу населения.
- 8. Доступ к медицинским услугам.** Барьеры, препятствующие доступу к медицинским услугам, включая транспортные расходы и географическую изоляцию, могут затруднять беременным женщинам получение надлежащего дородового и послеродового ухода.
- 9. Отсутствие осведомленности и политической воли.** В некоторых регионах ВЕЦА, в основном в регионах с низким уровнем распространенности ВИЧ и, соответственно, низким абсолютным числом случаев ППМР, наблюдается отсутствие заинтересованности со стороны правительства, что приводит к упущению возможностей для профилактики и лечения.
- 10. Экономические и социальные факторы.** Экономические и социальные факторы, такие как бедность и употребление наркотиков, способствуют распространению ВИЧ в странах ВЕЦА и затрудняют доступ беременных женщин к услугам ППМР. Предоставление социального ухода и социальных пособий зачастую недостаточно для удовлетворения потребностей уязвимых групп населения как в целом, так и людей, живущих с ВИЧ.
- 11. Сбор данных и отчетность.** Получение точных данных и отчетность о результатах ППМР в некоторых странах непоследовательны, что затрудняет отслеживание прогресса и выявление областей, требующих улучшения. В странах ВЕЦА отсутствуют интегрированные электронные системы, а цифровизация в медицинской сфере находится на низком уровне. Исключения составляют Казахстан и Украина.
- 12. Внутренняя валидация.** Информация о процессах внутренней оценки и валидации на национальном уровне отсутствует, поэтому невозможно сделать вывод об их эффективности и регулярности.
- 13. Запросы на внешние консультации и валидацию.** Исходя из того, что РКВ работал только в четырех странах и только три страны обратились за консультацией, можно сделать вывод, что большинство стран, по-видимому, не хотят обращаться за поддержкой к внешним партнерам, таким как ЮНЭЙДС, ЮНИСЕФ и ВОЗ. Техническая помощь, хотя и предоставляется и финансируется внешними партнерами, также запрашивается редко (только тремя странами). Факторы, обуславливающие это, не вошли в сферу охвата настоящего анализа и должны быть оценены путем вовлечения международных агентств в прямой диалог с заинтересованными сторонами, такими как национальные центры борьбы со СПИДом и министерства здравоохранения.

- 14. Подготовка медицинского персонала.** Программы, направленные на ЭПМР, могут быть успешными только при условии вовлечения медицинского персонала в процесс оказания интегрированной, ориентированной на пациента помощи людям, живущим с ВИЧ. Вовлечение и расширение прав и возможностей медицинского персонала также должно быть включено в программу ЭПМР и должно поддерживаться как государственным, так и внешним финансированием.
- 15. Индивидуальные медицинские мероприятия при диагностике ВИЧ во время родов.** Доступ к внутривенным инъекциям азидотимидина отсутствует в рассмотренных странах, за исключением Беларуси. При диагностике ВИЧ в акушерском отделении во время родов национальные протоколы рекомендуют проводить пероральную профилактику для матери и пероральную постконтактную профилактику для новорожденного. Только в Беларуси внутривенный азидотимидин доступен и включен в национальный протокол.
- 16. Публичная доступность результатов оценки.** Большинство отчетов, подготовленных как внутри НКВ/НСВ, так и за пределами РКВ/РСВ, не выложены в открытый доступ. Для более эффективного межнационального обмена опытом и прозрачности международных усилий по оказанию помощи странам на пути к ЭПМР, открытый доступ к такой информации должен являться стандартным компонентом работы миссий.

Устранение барьеров на пути к достижению ЭПМР в странах ВЕЦА требует комплексного подхода, включающего борьбу со стигматизацией, улучшение инфраструктуры здравоохранения, повышение осведомленности, а также укрепление систем сбора данных и отчетности. Однако страны уже реализовали множество успешных программ, и необходимо поощрять обмен этим опытом и взаимное обучение по программам борьбы с ВИЧ/СПИДом в восьми приоритетных странах.

Международные организации, правительства и группы гражданского общества играют важнейшую роль в поддержке усилий по ЭПМР в регионе. Практические и технические барьеры для подачи заявок на валидацию ЭПМР требуют дальнейшего исследования, поскольку странам может потребоваться дополнительная финансовая или техническая поддержка в таких процессах. Необходимо постоянно оценивать меняющуюся ситуацию и адаптировать стратегии для решения конкретных задач, стоящих перед странами ВЕЦА на пути к предотвращению передачи ВИЧ от матери ребенку и в борьбе с эпидемией ВИЧ.

ССЫЛКИ

- ¹ Оценки ВИЧ с границами неопределенности с 1990 по настоящее время. Загрузить таблицу. Обновлено 31 августа 2023 г. Доступно по адресу <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2023/HIV_estimates_with_uncertainty_bounds_1990-present>, доступ произведен 18 ноября 2023 г.
- ² ЮНИСЕФ, '2021 HIV and AIDS Eastern Europe and Central Asia Snapshot, Pregnant Women, Children and Adolescents', ЮНИСЕФ, ноябрь 2021 г. Available at <<https://www.childrenandaids.org/sites/default/files/2021-11/2021%20HIV%20and%20AIDS%20Eastern%20Europe%20and%20Central%20Asia%20Snapshot.pdf>>, доступ произведен 18 ноября 2023 г.
- ³ Saldanha VP and Buse K., 'AIDS in eastern Europe and central Asia: time to face the facts', *The Lancet*, 2016, 388 (10061):2737-8.
- ⁴ ЮНЭЙДС, 'The Path that ends AIDS – UNAIDS Global AIDS update', UNAIDS, 2023. Доступно по адресу <https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2023-unaids-global-aids-update_en.pdf>, доступ осуществлен 28 декабря 2023 г.
- ⁵ ВОЗ, 'Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV, syphilis and hepatitis B virus', ВОЗ, 2021 г. Доступно по адресу <<https://www.who.int/publications/i/item/9789240039360>>, доступ осуществлен 8 сентября 2023 г.
- ⁶ ВОЗ, 'Validation process & tools. Process for validation of EMTCT', ВОЗ. Доступно по адресу: <<https://www.who.int/initiatives/triple-elimination-initiative-of-mother-to-child-transmission-of-hiv-syphilis-and-hepatitis-b/validation/process-and-tools>>, доступ осуществлен 8 сентября 2023 г.
- ⁷ Страны, прошедшие валидацию ВОЗ. Доступно по адресу <https://www.who.int/images/default-source/departments/hiv/emtct-gvac-timeline.jpg?sfvrsn=5aa59351_22>, доступ осуществлен 18 ноября 2021 г.
- ⁸ Панамериканская организация здравоохранения, 'Greater Efforts Needed to Accelerate the Elimination of Syphilis and Congenital Syphilis in the Americas', ПАОЗ. Доступно по адресу <<https://www.paho.org/en/news/12-5-2023-greater-efforts-needed-accelerate-elimination-syphilis-and-congenital-syphilis>>, доступ осуществлен 10 сентября 2023 г.
- ⁹ ВОЗ, Путь к элиминации. Доступно по адресу <<https://www.who.int/initiatives/triple-elimination-initiative-of-mother-to-child-transmission-of-hiv-syphilis-and-hepatitis-b/validation/path>>, доступ осуществлен 18 ноября 2023 г.
- ¹⁰ Республика Беларусь, 'National Report On the Progress in Elimination of Mother-to-Child HIV-Transmission and Congenital Syphilis', 2014-2015 гг.
- ¹¹ Республика Беларусь, 'Elimination of mother-to-child transmission of HIV and Congenital Syphilis', отчет Региональной группы по валидации, май 2016 г.
- ¹² Национальный центр по контролю заболеваемости и общественного здоровья Грузии, 'Assessment of Country's Readiness to Eliminate Mother-to-Child Transmission of HIV, Syphilis and Hepatitis B Infections', первый проект, Тбилиси, декабрь 2022 г.
- ¹³ 'Report of WHO mission on elimination of mother-to-child transmission of HIV in Казахстан', 4-27 июля 2022 г.
- ¹⁴ ЮНИСЕФ, 'Strengthening Prevention of Mother-To-Child Transmission of HIV Services in the Kyrgyz Republic and Defining a Path Towards Elimination of Mother-To-Child Transmission of HIV and Syphilis 2021', ЮНИСЕФ Кыргызстан, 2021 г.
- ¹⁵ Киндякова О., Султанова А., Тостоков Е., Сропуева А., 'Отчет рабочей группы по проведению анализа учетно-отчетной документации и индикаторов, связанных с передачей ВИЧ и сифилиса от матери ребенку', отчет экспертной группы для РЦ по борьбе со СПИДом, декабрь 2021 г.

- 16 Отчеты по итогам мониторинговых визитов в отделения ПМСП по реализации тестирования на ВИЧ (беременные женщины и их партнеры), и данные по ВИЧ в контексте ЗМР (краткий анализ РЦ по борьбе со СПИДом). Кыргызстан, 2023 г.
- 17 Техническая помощь в проведении оценки препятствий для беременных женщин в доступе к услугам ППМР в Республике Молдова за 2019–2021 гг. Итоговый отчет по оценке. 20 октября 2022 г. – 19 января 2023 г.
- 18 Национальный отчет Украины по валидации элиминации ПМР по ВИЧ. Межведомственная рабочая группа Министерства здравоохранения Украины, Киев, 2021 г.
- 19 Валидация элиминации ПМР по ВИЧ в Узбекистане. Довалидационный отчет. Период отчета 2020 - 2021 гг.
- 20 Bernd Rechel, Erica Richardson, Martin McKee, 'Trends in health systems in the former Soviet countries', *European Observatory on Health Systems and Policies*, 2014. ISBN-13: 9789289050289, Copenhagen, Denmark. Доступно по адресу <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK458305/>>, доступ осуществлен 10 сентября 2023 г.
- 21 Goloborodko N.V., Statkevich I.E., Losev S.S., Lapitskaya G.V., Atamanchuk A.A., Fedchenko O.A., 'Access to treatment for HIV infection and hepatitis C in Belarus 2022-2023'. май 2023 г. Доступно по адресу : <https://pmlplus.by/upload/medialibrary/8cc/access_to_drugs_belarus_2023.pdf> доступ осуществлен 29 декабря 2023 г.
- 22 'Percentage of women aged 15-49 attended by any provider at least four times during pregnancy', (ANC4) (2015-2021). Доступно по адресу <<https://data.unicef.org/topic/maternal-health/antenatal-care/>>, доступ осуществлен 14 октября 2023 г.
- 23 Working Group on Estimation of HIVPiE, 'HIV in hiding: methods and data requirements for the estimation of the number of people living with undiagnosed HIV. AIDS', 2011; 25(8):1017-23.
- 24 People Living with HIV Stigma Index 2.0. Глобальный отчет за 2023 г. Доступно по адресу <<https://www.stigmaindex.org/wp-content/uploads/2023/11/PLHIV-Stigma-Index-Global-Report-2023.pdf>>, доступ осуществлен 18 ноября 2023 г.
- 25 Eurasian Women's Network on AIDS, 'HIV Criminalisation Scan in the countries of Eastern Europe and Central Asia for 2018-22', EWNA, 2023. Доступно по адресу <https://academy.hivjustice.net/wp-content/uploads/2023/04/EWNA-HIV-Criminalization-Scan-2023_eng.pdf>, доступ осуществлен 18 ноября 2023.
- 26 HIV Justice Network, 'Advancing HIV justice. Understanding commonalities, seizing opportunities', июль 2022 г. Доступно по адресу <https://www.hivjustice.net/wp-content/uploads/2022/07/AHJ4_EN.pdf>, доступ осуществлен 18 ноября 2023 г.
- 27 ЮНЭЙДС, 'Аналитика по законам и политике'. Доступно по адресу <<https://lawsandpolicies.unaids.org/>>, доступ осуществлен 18 ноября 2023 г.
- 28 Connor EM, Sperling RS, Gelber R, Kiselev P, Scott G, O'Sullivan MJ, et al., 'Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group', *The New England Journal of Medicine*, 1994, 331(18):1173-80.
- 29 Briand N, Warszawski J, Mandelbrot L, Dollfus C, Pannier E, Cravello L, et al., 'Is intrapartum intravenous zidovudine for prevention of mother-to-child HIV-1 transmission still useful in the combination antiretroviral therapy era?', *Clinical Infectious Diseases*, 2013, 57(6):903-14.
- 30 ВОЗ, 'Infant feeding for the prevention of mother-to-child transmission of HIV', e-Library of Evidence for Nutrition Actions (eLENA). ВОЗ 9 августа 2023 г. Доступно по адресу <<https://www.who.int/tools/elena/interventions/hiv-infant-feeding>>, доступ осуществлен 29 декабря 2023 г.
- 31 LaMonaca K, Dumchev K, Dvoriak S, Azbel L, Morozova O, Altice FL, 'HIV, Drug Injection, and Harm Reduction Trends in Eastern Europe and Central Asia: Implications for International and Domestic Policy', *Current Psychiatry Reports*, 2019, 21(7):47

Региональное отделение Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ) по странам Европы и Центральной Азии (РОЕЦА), январь 2024 г.

www.unicef.org/eca/

© 2023 ЮНИСЕФ. Все права защищены

Текст для цитирования: Региональное отделение ЮНИСЕФ по странам Европы и Центральной Азии, "Краткий отчет о передовом опыте и распространенных препятствиях в сфере элиминации передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку в семи признанных ЮНИСЕФ приоритетными странах в регионе Восточной Европы и Центральной Азии", ЮНИСЕФ, Женева, 2024 год.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и представление материала не подразумевают выражение со стороны ЮНИСЕФ какого-либо мнения относительно правового статуса той или иной страны или территории, ее властей или делимитации ее границ.

Все изображения в настоящем отчете включены в информационных и иллюстративных целях и должны использоваться только относительно настоящего отчета и его содержания.



юнисеф  | для каждого ребенка

Опубликовано Региональным отделением
ЮНИСЕФ по странам Европы и Центральной Азии.
Route des Morillons 4, CH-1211
Женева, Швейцария

Телефон: +41 22 909 5111
E-mail: ecaro@unicef.org
Веб-сайт: www.unicef.org/eca/

© Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ), январь 2024 г.