



© UNICEF/NYHQ2006-2921/Giacomo Pirozzi

На пути к ликвидации передачи ВИЧ от матери ребенку в условиях низкой распространенности и концентрированной эпидемии ВИЧ-инфекции в Восточной Европе и Центральной Азии

Доклад подготовили:

**Claire Thorne,¹ Ruslan Malyuta,² Nina Ferencic,² Jadranka Mimica,²
Irina Eramova³**

- 1 Совет по медицинским исследованиям (MRC) при Центре эпидемиологии по детским болезням, Институт детского здоровья UCL, Университетский колледж Лондона, 30 Guilford Street, London, United Kingdom.
- 2 Региональное бюро ЮНИСЕФ для стран Центральной и Восточной Европы и Содружества Независимых Государств (ЦВЕ/СНГ), Женева, Швейцария. Palais des Nations, CH-1211 Genève 10, Switzerland.
- 3 Европейское региональное бюро ВОЗ, ул. Шерфигсвей 8, Копенгаген, Дания. Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark.

Все разумные усилия были предприняты для проверки точности данных и всей информации, представленных в настоящем докладе. Мнения, выраженные в данной публикации, принадлежат авторам проекта и не обязательно отражают политику и взгляды ЮНИСЕФ и ВОЗ.

За дополнительной информацией, пожалуйста, обращайтесь: c.thorne@ich.ucl.ac.uk, rmalyuta@unicef.org

Перевод с английского – Европейское региональное бюро ВОЗ

Январь 2011

ISBN: 978-92-806-4576-7

Содержание

Сокращения и акронимы	5
Резюме	7
1. Введение	13
2. Глобальные и региональные обязательства, цели и задачи	13
3. Основные сведения о передаче ВИЧ от матери ребенку	15
4. Эпидемиология и распространенность ВИЧ-инфекции	17
4.1 Распространенность ВИЧ-инфекции в странах	17
4.2 Эпидемиологические данные	17
4.2.1 Потребление инъекционных наркотиков	18
4.2.2 Женщины – потребители инъекционных наркотиков	21
4.2.3 Работа в сфере коммерческих секс-услуг	22
4.2.4 Связующие популяции	24
4.3 ВИЧ-инфекция у беременных женщин	25
4.3.1 Распространенность	25
4.3.2 Характеристики ВИЧ-инфицированных беременных женщин	27
5. Тестирование на ВИЧ и консультирование	29
5.1 Введение	29
5.2 Доступность тестирования на ВИЧ для небеременных женщин	29
5.3 Дородовое тестирование на ВИЧ	32
5.3.1 Диагностика до беременности	32
5.3.2 Политика тестирования	32
5.3.3 Повторное тестирование на ВИЧ на поздних сроках беременности	36
5.3.4 Экспресс-тестирование на ВИЧ в родах	37
5.3.5 Сроки и качество дородового тестирования на ВИЧ и консультирования	38
6. Информированность о ВИЧ-инфекции и о возможностях ППМР среди женщин репродуктивного возраста	41
7. ППМР и тактика ведения ВИЧ-инфицированных беременных женщин	43
7.1 Использование АРВ-препаратов для профилактики и лечения	43
7.1.1 Уровни охвата	43
7.1.2 Оценка соответствия критериям назначения лечения ВИЧ-инфекции	46
7.2 Способ родоразрешения и акушерская тактика	47
7.2.1 Плановое кесарево сечение	47
7.2.2 Акушерская тактика	48
7.3 Вскармливание младенцев	48
7.4 Ранняя диагностика у младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями	49
7.5 Частота передачи ВИЧ от матери ребенку	51
7.6 Примеры некоторых стран	53

7.7	Недостатки и проблемы при осуществлении ППМР	58
7.8	Женщины - потребители инъекционных наркотиков и ППМР	58
7.8.1	Поддерживающая терапия агонистами опиоидов	61
8.	Планирование семьи и ВИЧ-инфицированные женщины	63
9.	Отказ от младенцев	65
9.1	Подходы к предупреждению отказов	68
10.	Прерывание беременности среди ВИЧ-инфицированных женщин	69
11.	Лечение ВИЧ-инфекции и прогноз у детей	70
11.1	Детская смертность от СПИДа в Европе	70
	Взгляды на будущее	72
	Библиография	74

Сокращения и акронимы

АРВ	антиретровирусные (-ая)
АРТ	антиретровирусная терапия
БЦЖ	бацилла Кальметта-Герена (вакцина против ТБ)
ВААРТ	высокоактивная антиретровирусная терапия
ВГВ	вирус гепатита В
ВГС	вирус гепатита С
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГКИС 076	Группа клинических испытаний по СПИДу 076
ГНВР	группы наиболее высокого риска
ГФСТМ	Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией
ДИ	доверительный интервал
ДНК	дезоксирибонуклеиновая кислота
ДРП	дородовая помощь
ЕС	Европейский союз
ЗДВ	зидовудин (также известен под названием АЗТ - азидотимидин)
ИППП	инфекция, передаваемая половым путем
кАРТ	комбинированная антиретровирусная терапия
КПК	корь, эпидемический паротит и краснуха (вакцина)
КС	кесарево сечение
ЛЖВ	люди, живущие с ВИЧ
МИКО	Многоиндикаторные кластерные обследования
МиО	мониторинг и оценка
МСМ	мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами
НА	несвязанное анонимное (тестирование)
НПО	неправительственная организация
ОДЗ	обследование в области демографии и здравоохранения
одНВП	однократная доза невирапина
ОЗТ	опиоидная заместительная терапия
ООН	Организация Объединенных Наций
ПИН	потребители инъекционных наркотиков
ПМР	Передача ВИЧ от матери ребенку

ППМР	профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку
ПРООН	Программа развития Организации Объединенных Наций
ПЦР	полимеразная цепная реакция
РЗ	работник здравоохранения
РНК	рибонуклеиновая кислота
СНГ	Содружество Независимых Государств
СПИД	синдром приобретенного иммунодефицита
СПК	сухое пятно крови
СР	секс-работницы
ССГАООН	Специальная сессия Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций
ТиК	тестирование на ВИЧ и консультирование
ЦРТ	Цели развития тысячелетия
ЮНИСЕФ	Детский фонд Организации Объединенных Наций
ЮНОДК	Управление по наркотикам и преступности Организации Объединенных Наций
ЮНФПА	Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения
ЮНЭЙДС	Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу
CD4	кластер дифференцировки антигена 4 (подгруппа Т-лимфоцитов)
HBsAg	поверхностный антиген вируса гепатита В

Резюме

Введение

В 2011 г. будет отмечена 30-летняя годовщина с начала эпидемии СПИДа. Мировые лидеры встретятся на Заседании высокого уровня в Организации Объединенных Наций, чтобы подвести итоги того, как далеко они продвинулись в реализации своих обещаний по борьбе со СПИДом. В 2015 г. страны сообщат о прогрессе в достижении Целей развития тысячелетия (ЦРТ). Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР) и лечение матерей и детей с ВИЧ-инфекцией связаны с прогрессом в достижении ЦРТ 4, 5 и 6.

Регион ЦВЕ/СНГ – единственный регион мира, где масштабы эпидемии ВИЧ-инфекции растут. В 2010 г., согласно оценкам, число людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ) в этом регионе,¹ составляло 1,4 миллиона, что более чем вдвое превышает число случаев, зарегистрированных в 2000 г. Распространенность ВИЧ-инфекции среди взрослых в регионе оценивалась в 2010 г. на уровне 0,8% - вдвое больше, чем десять лет назад. Уровень распространенности ВИЧ-инфекции выше 1% зарегистрирован в трех странах - в Российской Федерации, Украине и Эстонии - при более низком уровне распространенности в остальных частях региона. В 2010 г. в странах ЦВЕ/СНГ смертность среди ВИЧ-инфицированных людей продолжала расти. Доля случаев ВИЧ-инфекции среди взрослых женщин колеблется в странах региона от 17 до 47%; в основном это женщины в расцвете репродуктивного возраста. В целом, с момента начала эпидемии до 2010 г. почти 100 000 ВИЧ-инфицированных матерей в регионе ЦВЕ/СНГ родили детей, и большинство этих детей родились в последние пять лет.

В последнее десятилетие наблюдался значительный сдвиг в понимании научных данных и программных требований, касающихся профилактики ВИЧ-инфекции у детей грудного возраста. Страны с умеренными и концентрированными эпидемиями ВИЧ-инфекции могут столкнуться с проблемой проведения профилактики ВИЧ-инфекции у младенцев, поскольку считается, что ВИЧ-инфекции подвержено относительно небольшое число детей, а профилактика инфицирования среди детей иногда не рассматривается разработчиками политики в качестве приоритетной задачи. Во многом это объясняется недостаточной осведомленностью о проблеме ВИЧ/СПИДа, ограниченным пониманием масштаба, воздействия и долгосрочных последствий эпидемии, и тем фактом, что от ВИЧ-инфекции страдают главным образом группы населения, для которых характерны социальная изоляция и маргинализация. Серьезные усилия в области адвокации были предприняты международным сообществом и партнерами в странах для повышения информированности и обеспечения дополнительной поддержки и приверженности борьбе с эпидемией, в том числе в отношении профилактики ВИЧ-инфекции у младенцев. В 2004 г. страны ЦВЕ/СНГ обязались достичь цели, которая была одобрена на министерской конференции по СПИДу в Дублине, - добиться фактической ликвидации ВИЧ-инфекции у младенцев к 2010 г. В Базовой стратегии профилактики ВИЧ-инфекции у детей грудного возраста в Европе, опубликованной в 2004 г., были выделены области приоритетных действий, в том числе использование комплексного подхода, состоящего из четырех компонентов: первичная профилактика ВИЧ-инфекции среди будущих родителей; предупреждение нежелательной беременности среди женщин, живущих с ВИЧ; профилактика передачи ВИЧ от матерей, живущих с ВИЧ, их младенцам; и предоставление помощи, лечения и поддержки матерям, живущим с ВИЧ, их детям и семьям.

Программы ППМР в регионе ЦВЕ/СНГ разрабатывались на базе постсоветских систем здравоохранения с унаследованными иерархическими и разобщенными структурами и в соответствии с лечебным подходом, а не подходом общественного здравоохранения к решению

¹ В географическую зону Центральной и Восточной Европы и Содружества Независимых Государств (ЦВЕ/СНГ), в которой осуществляет свою деятельность ЮНИСЕФ, входят 22 страны: Азербайджан, Албания, Армения, Беларусь, Болгария, Босния и Герцеговина, бывшая югославская Республика Македония, Грузия, Казахстан, Косово (в соответствии с Резолюцией Совета Безопасности ООН 1244), Кыргызстан, Республика Молдова, Российская Федерация, Румыния, Сербия, Таджикистан, Туркменистан, Турция, Узбекистан, Украина, Хорватия, Черногория.

проблем, обусловленных бременем болезней. Интеграция мер по профилактике и помощи в отношении ВИЧ-инфекции (в том числе конкретных вмешательств по ППМР) в существующие службы охраны здоровья матери и ребенка и службы охраны репродуктивного здоровья, стала первоочередной задачей, направленной на расширение основных услуг по ППМР. Это сопровождалось усилиями по адвокации с целью обеспечения справедливого доступа к услугам для женщин, принадлежащих к социально изолированным группам населения, включая секс-работниц (СР) и женщин, употребляющих наркотики, с тем, чтобы они могли получить поддержку, необходимую им для сохранения собственного здоровья и здоровья их детей.

В этом докладе представлена информация о прогрессе в осуществлении программ по ППМР, достигнутом на сегодняшний день в странах ЦВЕ/СНГ, и обозначены некоторые области дальнейших действий. В нем отмечается, что, несмотря на значительный прогресс в большинстве стран, многие из женщин были «упущены» и не получили услуг по дородовой помощи (ДРП) или получили их поздно – в основном уже в процессе родов. Как правило, это именно те женщины, которые в большей степени подвержены риску ВИЧ-инфекции и наиболее уязвимы в отношении заражения. Это означает упущенную возможность использовать преимущества профилактических мероприятий, снижающих риск развития ВИЧ-инфекции у рожденных ими младенцев. Во всех странах региона предубеждение и стигма в отношении такого поведения, как употребление наркотиков, и являющийся результатом этого страх дискриминации, вынуждают женщин, употребляющих наркотики, скрывать этот факт от медицинских работников и/или обращаться за помощью на поздних сроках беременности. Некоторые исследования, проведенные в регионе, показывают, что у ВИЧ-инфицированных беременных женщин, употребляющих наркотики, более чем в два раза повышен риск передачи вируса их младенцам по сравнению с ВИЧ-инфицированными женщинами, которые никогда не употребляли наркотики. К другим группам, которые также труднодостижимы, относятся женщины, принадлежащие к этническим меньшинствам, мигрантам, беженцам, СР, жертвам торговли людьми и, в определенных ситуациях, к заключенным.

На пути к ликвидации передачи ВИЧ от матери ребенку в ЦВЕ/СНГ необходимо сделать все возможное для обеспечения по-настоящему всеобщего доступа к мероприятиям по профилактике, помощи и поддержке, включая тех женщин, которые принадлежат к особо уязвимым и социально изолированным группам. Только совместными усилиями, направленными на охват самых маргинализованных групп и предоставление им услуг и поддержки при уважении их прав и достоинства, можно достичь действительной ликвидации вертикальной передачи ВИЧ.

Эпидемия ВИЧ-инфекции в странах ЦВЕ/СНГ

Потребление инъекционных наркотиков является движущей силой эпидемии ВИЧ-инфекции в регионе ЦВЕ/СНГ, где регистрируется высокий уровень распространенности потребления наркотиков среди населения (например, 1-2% в Российской Федерации и Украине); в целом, расчетное число потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) в регионе составляет 3,7 миллиона человек. Расширение наркотрафика из Афганистана, а также такие социально-экономические факторы, как высокий уровень безработицы, ассоциируются с ростом эпидемии потребления инъекционных наркотиков. В некоторых городах Российской Федерации и Украины до 50% ПИН инфицированы ВИЧ, хотя в регионе этот показатель различается в пределах стран и между ними. Не так давно в Украине получены данные о снижении распространенности ВИЧ-инфекции среди ПИН с короткой историей потребления инъекционных наркотиков. Считается, что женщины составляют от 5 до 40% ПИН в регионе. В нескольких исследованиях выявлена более высокая распространенность ВИЧ-инфекции среди женщин-ПИН по сравнению с мужчинами-ПИН, что, скорее всего, является отражением рискованного сексуального поведения (включая обмен сексуальных услуг на наркотики и деньги) и рискованных практик введения наркотиков. Сообщалось, что распространенность ВИЧ-инфекции среди СР, которые также употребляли инъекционные наркотики, достигает 62%. Согласно оценкам, численность СР превышает 500 000 только в Российской Федерации и Украине. Данные эпиднадзора второго поколения показали разные уровни

распространенности ВИЧ среди СР в пределах стран: от 2 до 48% в Российской Федерации и от 4 до 31% в Украине. Крупномасштабная и все разрастающаяся эпидемия ВИЧ-инфекции среди ПИН является потенциальным «топливом» для гетеросексуальной передачи ВИЧ, особенно при наличии следующих факторов: начало потребления инъекционных наркотиков в молодом возрасте; высокий уровень сексуальной активности; высокая частота инфекций, передаваемых половым путем (ИППП); и низкий уровень использования презервативов. Все эти факторы широко регистрируются в регионе. Доля новых случаев ВИЧ-инфекции растет среди женщин, которые сами не употребляют наркотики, а заражаются при половых контактах с партнерами-ПИН.

ВИЧ-инфекция среди беременных женщин

Расчетная распространенность ВИЧ-инфекции среди беременных женщин достигала 0,23% в Республике Молдова, 0,46% в Российской Федерации и 0,52% в Украине, где в ряде районов она превышала 1,0%. В 2007 г. в регионе ЦВЕ/СНГ зарегистрировано 17 496 ВИЧ-инфицированных беременных женщин: 75% в Российской Федерации и 21% в Украине. Беременные женщины зачастую не сообщают о том, что они являются ПИН, но используя в качестве биомаркера положительный результат исследования на вирус гепатита С (ВГС), указывающего на высокую вероятность потребления инъекционных наркотиков в анамнезе, можно предположить, что до трех из пяти ВИЧ-инфицированных женщин в Российской Федерации имели подобный опыт. Значительная доля ВИЧ-инфицированных беременных женщин сообщает о половых партнерах из групп высокого риска, в том числе ПИН (до 60%), бывших заключенных (до 40%) и ВИЧ-инфицированных (до 30%). В Центральной Азии² у женщин появился новый фактор риска заражения ВИЧ-инфекцией – сексуальный партнер из группы работников-мигрантов. Высокие показатели ИППП у беременных женщин и у женщин в послеродовом периоде в странах ЦВЕ/СНГ свидетельствуют о высокой распространенности небезопасного сексуального поведения. В Российской Федерации распространенность сифилиса среди ВИЧ-инфицированных беременных женщин достигает 14%, хламидиоза – до 20%.

Тестирование на ВИЧ и консультирование

Раннее выявление ВИЧ-инфекции у беременных женщин позволяет своевременно использовать меры по ППМР и назначить лечение матери, если это необходимо. Хотя тестирование на ВИЧ по инициативе медицинского работника становится все более доступным в странах ЦВЕ/СНГ, прогресс в этой области неравномерен. В большинстве стран Европейского региона тестирование на ВИЧ в дородовом периоде носит всеобщий характер (то есть рекомендуется всем женщинам) и проводится, главным образом, по принципу «opt-out» (добровольного согласия). Такие страны, как Азербайджан, Беларусь, Грузия, Казахстан, Республика Молдова, Российская Федерация и Украина, сообщили о более чем 95%-ном охвате дородовым тестированием, а 10 стран ЦВЕ/СНГ в 2008 г. достигли целевого уровня охвата, превышающего 80%. Повторное тестирование в третьем триместре является частью стратегии тестирования на ВИЧ в некоторых странах, в том числе в Казахстане, Республике Молдова, Российской Федерации и Украине. Кроме того, для выявления женщин, у которых не было доступа к услугам по ДРП, многие страны используют подход, который заключается в предложении экспресс-тестирования на ВИЧ и консультирования во время родов. В регионе по-прежнему вызывает беспокойство качество тестирования и консультирования в дородовом периоде и необходимость адекватной подготовки работников здравоохранения (РЗ).

Информированность о ВИЧ-инфекции и о возможностях ППМР среди женщин репродуктивного возраста

В регионе достигнуты определенные успехи по улучшению качества знаний о передаче ВИЧ и стратегиях профилактики среди молодых женщин (15-24 года); например, в Республике Молдова

² В этом документе термин «Центральная Азия» относится к подгруппе стран региона ЦВЕ/СНГ, в которую входят Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан и Узбекистан.

процент молодых женщин, продемонстрировавших всесторонние и точные знания, увеличился более чем вдвое - с 19% в 2000-2003 гг. до 42% в 2005-2008 гг., а в Узбекистане - с 3 до 31%.

Прогресс в области ППМР и в тактике ведения ВИЧ-инфицированных беременных женщин

В течение последнего десятилетия страны ЦВЕ/СНГ продемонстрировали заметный прогресс в области ППМР. Политическая приверженность и разумное руководство службами охраны здоровья матери и ребенка помогли достичь значительного снижения частоты передачи ВИЧ младенцам. В странах ЦВЕ/СНГ наблюдается самый высокий из всех стран мира с низким и средним уровнем доходов охват ВИЧ-инфицированных беременных женщин и их младенцев антиретровирусной (АРВ) профилактикой; в 2009 г. доля ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получавших АРВ-препараты для ППМР, оценивалась в 53%. Некоторые страны достигли заметного прогресса в расширении охвата: в 2009 г. 85-100% беременных женщин с диагнозом ВИЧ-инфекции получали профилактику АРВ-препаратами в Беларуси, Грузии, Казахстане, Республике Молдова, Российской Федерации и Украине. Эти показатели охвата необходимо рассматривать с учетом рожаящих ВИЧ-инфицированных женщин, число которых существенно отличается по странам; например, почти 9000 родов в Российской Федерации по сравнению с менее чем 100 родами в Таджикистане. В конце 2006 г. большинство стран ЦВЕ/СНГ сообщили о том, что высокоактивная антиретровирусная терапия (ВААРТ) доступна для всех беременных женщин и детей, отвечающих клиническим критериям для начала лечения. Однако модели использования АРВ-препаратов во время беременности значительно отличаются между странами; хотя комбинация нескольких АРВ-препаратов для ППМР применяется все шире, в ряде мест по-прежнему используется монотерапия зидовудином и/или однократная доза невирапина. Прогресс в оценке соответствия **ВИЧ-инфицированных беременных женщин критериям назначения АРТ** остается неравномерным, достигая в одних странах 90%, а в других меньше 10%.

Показатели **планового кесарева сечения** среди ВИЧ-инфицированных женщин в регионе значительно отличаются между странами: самые высокие отмечаются в Беларуси и Грузии (>70%), а в некоторых странах, включая Республику Молдова и Российскую Федерацию, они составляют меньше 25%. Большинство ВИЧ-инфицированных женщин используют для своих младенцев **искусственное вскармливание**, которое приемлемо, осуществимо, финансово доступно, устойчиво и безопасно в большинстве, но не во всех странах региона ЦВЕ/СНГ. В ряде стран ВИЧ-инфицированных женщин обеспечивают бесплатными заменителями грудного молока, хотя есть сообщения о нерегулярном предоставлении подобных услуг.

В некоторых странах ЦВЕ/СНГ возможности проведения вирусологических исследований ограничены, и тестирование на антитела после 12-месячного возраста остается основным подходом, используемым для **диагностики ВИЧ-инфекции у младенцев, контактировавших с ВИЧ**. Однако некоторые страны достигли высокого уровня охвата младенцев, контактировавших с ВИЧ, вирусологическим тестированием, включая Казахстан, где охват тестированием этим методом младенцев в возрасте до двух месяцев составляет 95%. Исследование сухого пятна крови (СПК) в качестве стратегии для децентрализации диагностических служб в регионе пока не используется.

Страны Западной Европы³ уже достигли значительного прогресса в фактической ликвидации передачи ВИЧ от матери ребенку (ПМР): широко регистрировались показатели ПМР на уровне менее 1%. В регионе ЦВЕ/СНГ показатели ПМР оставались более высокими, частично отражая использование сокращенной схемы ППМР, хотя в некоторых странах наблюдалось заметное снижение частоты ПМР; о показателях ниже 2% сообщали Республика Молдова и на уровне 4-7% - Беларусь, Российская Федерация и Украина. По оценкам ЮНЭЙДС, 7000 случаев ВИЧ-

³ В этом документе термин «Западная Европа» относится к следующим странам: Австрия, Бельгия, Германия, Дания, Ирландия, Испания, Италия, Люксембург, Мальта, Нидерланды, Португалия, Соединенное Королевство, Финляндия, Франция, Швеция.

инфекции у детей удалось избежать благодаря программам ППМР в регионе ЦВЕ/СНГ с начала их внедрения. Однако, несмотря на увеличение охвата ППМР, число новых случаев ВИЧ-инфекции у детей увеличилось с 3000 случаев в 2001 г. до 3700 случаев в 2008 г., что, скорее всего, отражает увеличение числа рожающих ВИЧ-инфицированных женщин.

Беременные женщины-ПИН, инфицированные ВИЧ, являются особо важной для региона группой населения. У таких женщин существует высокий риск коинфекции ВГС и ИППП и часто ограничен доступ к мероприятиям по ППМС. Осуществлен ряд успешных инициатив по созданию связей между службами, предоставляющими ДРП, и другими программами, предназначенными для беременных женщин, употребляющих наркотики. Использование индивидуальной тактики ведения случаев помогло установлению связи между основными службами здравоохранения и аутрич-работой. В результате таких мероприятий значительно уменьшилось число ВИЧ-инфицированных женщин, не получивших ДРП, и случаев позднего обращения во время родов. Необходима осторожность в интерпретации некоторых национальных статистических данных, касающихся уменьшения доли ВИЧ-инфицированных женщин, не получивших ДРП, и обратившихся за помощью только в родах; эти данные могут быть искаженными, что обусловлено увеличением доли ВИЧ-инфицированных женщин в общей популяции. Абсолютное число женщин, поздно обращающихся за помощью, может быть более реальным индикатором, отражающим доступность ДРП. В Российской Федерации наблюдалось незначительное изменение абсолютного числа ВИЧ-инфицированных женщин, не получивших ДРП между 2003 и 2008 гг.: 1200 (20,5%) и 1297 (14,6%) соответственно. Хотя в большинстве стран ЦВЕ/СНГ проводятся программы предоставления заместительной поддерживающей терапии опиоидами, их связь со службами ППМР, как правило, остается слабой, а региональный опыт предоставления подобных услуг беременным женщинам ограничен. Прослушать

Планирование семьи и ВИЧ-инфицированные женщины

В большинстве странах ЦВЕ/СНГ существует политика и рекомендации по планированию семьи и бесплатному предоставлению контрацептивов ВИЧ-инфицированным женщинам, хотя уровень их реализации представляется низким. В 2008 г. В Российской Федерации показатель прерывания беременности среди ВИЧ-инфицированных женщин достигал 37,8%. О необходимости преодоления фрагментированного подхода к предупреждению нежелательной беременности у ВИЧ-инфицированных женщин свидетельствуют высокие показатели отказов ВИЧ-инфицированных матерей от своих младенцев в некоторых частях региона.

Лечение ВИЧ-инфекции и прогноз у детей

Ликвидация ПМР невозможна без предоставления помощи, лечения и поддержки ВИЧ-инфицированным детям. В декабре 2009 г. общее число детей, живущих с ВИЧ в регионе ЦВЕ/СНГ, по оценкам, составляло 18 000. Существует политическая приверженность обеспечению соответствующими услугами ВИЧ-инфицированных детей, и, согласно оценкам, в 2009 г. 49% детей с ВИЧ-инфекцией в возрасте до 15 лет получали ВААРТ. По сравнению с 2005 г. это 3-кратное увеличение, что является большим достижением. Наибольший прогресс наблюдался в Российской Федерации, Украине и Узбекистане.

Ожидается, что в последующие годы еще больше детей будут получать АРТ в соответствии с новыми рекомендациями. Следовательно, важно поддерживать бесперебойное снабжение АРВ-препаратами и приверженность соблюдению режима лечения у детей, уже получающих АРТ, а также гарантировать, что все нуждающиеся в подобных услугах дети будут получать своевременное и высококачественное лечение. Для достижения этого необходимо расширение комплекса услуг и укрепление потенциала учреждений первичной медико-санитарной помощи, что позволит предоставлять помощь и лечение ВИЧ-инфицированным детям по месту жительства в течение всей жизни.



1. Введение

По глобальным оценкам, к 2009 г. численность людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), составила 33,4 миллиона человек, в том числе 15,7 миллиона женщин и 2,1 миллиона детей (1). По сравнению с большинством других регионов мира, эпидемия ВИЧ-инфекции сформировалась в регионе ЦВЕ/СНГ относительно недавно, ограничиваясь в конце 1980-х и начале 1990-х гг. только отдельными случаями заражения, которое произошло, в основном, за границей. Однако эпидемия ВИЧ-инфекции развивалась в странах ЦВЕ/СНГ стремительными темпами, и в 2008 г. численность ЛЖВ в этом регионе составляла 1,5 миллиона, что на 600 000 превышало уровень 2001 г. (увеличение на 66%) (1). На данный момент приблизительно 90% случаев ВИЧ-инфекции в этом регионе приходилось на Российскую Федерацию и Украину. Произошедшее недавно резкое увеличение распространенности ВИЧ-инфекции зарегистрировано в некоторых частях Центральной Азии; например, между 2001 и 2006 гг. более чем в 11 раз увеличилось число впервые выявленных случаев в Узбекистане (2). По оценкам ЮНЭЙДС, в 2008 г. еще 110 000 человек были инфицированы ВИЧ, и распространенность на уровне региона составила 0,7% (0,6-0,8%). Сегодня в Российской Федерации и Украине примерно половина новых случаев инфекции приходится на женщин. Как и следовало ожидать, женщины заражались ВИЧ-инфекцией в основном при половых контактах и употреблении инъекционных наркотиков, и в большинстве случаев ВИЧ-инфицированные женщины были в детородном возрасте. ПМР является у детей основным путем заражения, и подавляющее большинство ВИЧ-инфицированных детей в Восточной Европе и Центральной Азии заразились от своих матерей, хотя во время вспышек в Казахстане, Кыргызстане, Российской Федерации и Узбекистане регистрировались случаи ВИЧ-инфекции у детей, связанные с переливанием контаминированной ВИЧ крови и использованием контаминированного оборудования для инъекций.

2. Глобальные и региональные обязательства, цели и задачи

На Специальной сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций (ССГАООН), состоявшейся в июне 2001 г. и посвященной проблеме ВИЧ/СПИДа, была принята Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, содержащая обязательство уменьшить к 2010 г. долю младенцев, инфицированных ВИЧ, на 50%, путем обеспечения доступа 80% женщин и их детей к

основным услугам по профилактике, лечению и уходу для снижения ПМР. Страны ЦВЕ/СНГ приняли дополнительное обязательство добиться фактической ликвидации ВИЧ-инфекции у младенцев к 2010 г., как это было заявлено на министерской конференции в Дублине в 2004 г. (см. вставку).

Дублинская декларация о партнерстве в борьбе с ВИЧ/СПИДом в Европе и Центральной Азии

Действие 11: Обеспечить, чтобы ВИЧ-позитивные женщины и беременные женщины имели доступ к высококачественным материалам и услугам по охране репродуктивного здоровья с целью предотвращения передачи инфекции от матери ребенку.

Действие 12: К 2010 году ликвидировать ВИЧ-инфекцию среди младенцев в Европе и Центральной Азии (ликвидация означает, что менее 2% всех новых случаев инфекции передается младенцу от его инфицированной матери);

Действие 14: К 2005 году разработать национальные и региональные стратегии и программы, направленные на повышение возможностей женщин и девочек-подростков для защиты от риска заражения ВИЧ-инфекцией и снижения их уязвимости к ВИЧ/СПИДу (3).

С подтверждением обязательств, принятых на ССГАООН, выступили в 2005 и 2007 гг. члены «Большой восьмерки» (G8); призыв к действиям, в соответствии с которыми правительства должны взять на себя обязательства по совместной работе для достижения цели «поколение, свободное от СПИДа», прозвучал в 2005 г. Абудже; и в 2006 г. на совещании высокого уровня по СПИДу была принята политическая декларация Генеральной Ассамблеи по совместной работе в направлении обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ-инфекцией. В мае 2009 г. ЮНЭЙДС выступила с призывом фактически ликвидировать ПМР к 2015 г. путем существенного улучшения предоставления услуг по ППМР во всем мире.

Базовая стратегия профилактики ВИЧ-инфекции у детей грудного возраста в Европе была разработана ЮНЭЙДС, ЮНИСЕФ, ЮНФПА и Европейским бюро ВОЗ и опубликована в 2005 г. В ней представлены стратегические направления и основные приоритетные действия по осуществлению профилактики ВИЧ-инфекции у детей грудного возраста на национальном уровне, направленные на достижение целей Дублинской декларации (4).

Базовая стратегия опирается на комплексный подход к профилактике ВИЧ-инфекции у детей грудного и раннего возраста, состоящий из четырех компонентов или направлений:

1. Первичная профилактика ВИЧ-инфекции среди будущих родителей;
2. Предупреждение нежелательной беременности среди женщин, живущих с ВИЧ;
3. Профилактика передачи ВИЧ от матерей, живущих с ВИЧ, их младенцам;
4. Предоставление помощи, лечения и поддержки матерям, живущим с ВИЧ, их детям и семьям.

Кроме того, базовая стратегия придерживается принципа, лежащего в основе подхода общественного здравоохранения к расширению доступа к услугам по ППМР в целях обеспечения доступности высококачественных услуг для всего населения с нахождением баланса между наилучшими стандартами помощи и тем, что, осуществимо в условиях ограниченных ресурсов. Это предполагает использование стандартных, основанных на доказательствах схем и упрощенных подходов к клиническому и лабораторному мониторингу.

Деятельность в области ППМР является прямым вкладом в достижение Цели развития тысячелетия (ЦРТ) 4 (снижение детской смертности), ЦРТ 5 (улучшение материнского здоровья) и ЦРТ 6 (победить ВИЧ/СПИД, малярию и другие болезни).



© UNICEF/NYHQ2005-1794/Giacomo Pirozzi

3

3. Основные сведения о передаче ВИЧ от матери ребенку

ПМР может происходить внутриутробно, во время схваток и в период изгнания, а также в послеродовом периоде при грудном вскармливании. До широкого внедрения вмешательств по ППМР частота передачи составляла от 15-20% в Западной Европе до 16-30% в Соединенных Штатах Америки, 25-40% в Африке и 13-48% в Южной и Юго-Восточной Азии (5). В целом, продолжительное грудное вскармливание (больше 12 месяцев) ассоциируется с увеличением риска ПМР примерно вдвое, и этот риск сохраняется до тех пор, пока продолжается грудное вскармливание (6). Вирусная нагрузка у матери [концентрация рибонуклеиновой кислоты (РНК) в плазме крови] является самым лучшим индивидуальным прогностическим фактором риска ПМР; к другим имеющимся факторам риска относится способ родоразрешения, продолжительность разрыва плодных оболочек, преждевременные роды, цервико-вагинальная вирусная нагрузка, низкий уровень клеток CD4, симптоматическая ВИЧ-инфекция/СПИД у матери, коинфекции, подтип вируса и генетические факторы организма хозяина (5).

Уменьшение числа ВИЧ-инфицированных женщин детородного возраста серьезно повлияет на число младенцев с риском инфицирования ВИЧ, поскольку возможность избежать заражения у женщины детородного возраста позволит предупредить инфицирование у каждого ребенка, который может у нее родиться. Оценки, полученные в процессе моделирования, показывают, что в результате снижения антенатальной распространенности ВИЧ-инфекции на 10% (например, с 30 до 20%) ежегодное число случаев ВИЧ-инфекции у младенцев уменьшится на 33% (7). Предоставление услуг по планированию семьи в рамках программ ППМР для предупреждения нежелательной беременности у ВИЧ-инфицированных женщин является не только экономически рентабельным подходом к предупреждению новых случаев инфекции у детей грудного и раннего возраста, но также дает возможность уменьшить число отказов от младенцев. Специальные вмешательства по предупреждению передачи ВИЧ от инфицированной матери ее младенцу включают профилактику или лечение АРВ-препаратами, более безопасные способы родоразрешения, а также консультирование и поддержка по вскармливанию младенцев (8;9).

Страны Западной Европы уже достигли значительного прогресса в фактической ликвидации ПМР. Например, в Швеции, начиная с 1999 г., не было случаев передачи ВИЧ родившемуся ребенку от ВИЧ-инфицированной матери (10). Данные эпиднадзора и когортных исследований свидетельствуют о том, что на популяционном уровне в Западной Европе достигнуты очень низкие уровни ПМР.

Например, в Соединенном Королевстве и Ирландии, по данным общенационального исследования распространенности ВИЧ-инфекции у беременных и детей (2001-2006 гг.), показатель ПМР в целом составил 1,2% (95% ДИ, 0,9-1,5), а среди женщин, получивших АРТ, как минимум 14 дней, 0,8% (11). По данным проведенного во Франции исследования перинатальной когорты, частота ПМР за период 1997-2004 гг. составила 1,3% (95% ДИ, 1,0-1,6) (12), а по данным совместного европейского исследования – 1,0% в 2005-2007 гг. (13). По недавно представленным данным реестра случаев ВИЧ-инфекции у детей в Италии, показатель ПМР у детей, родившихся в 2002-2004 гг., составил 1,3% (95% ДИ, 0,7-2,3) (14); в Дании у детей, родившихся в 2001-2008 гг. – 0,5% (15).

Хронологическая таблица: ППМР в Европе – основные этапы

До 1994 г.	АРВ-препараты для ППМР недоступны Частота ПМР в Западной Европе – около 15-20%
1994 г.	По результатам клинического испытания ГКИС 076, эффективность монотерапии зидовудином (до родов, в процессе родов и у новорожденных) для ППМР составила 68%
1994–1996 гг.	<u>Западная Европа</u> Быстрое распространение монотерапии зидовудином для ППМР Частота ПМР снизилась до 8-10% <u>ЦВЕ/СНГ</u> Вспышки ВИЧ-инфекции взрывного характера среди ПИН в некоторых городах Беларуси, Российской Федерации и Украины
1997 г.	Предоставление ВААРТ становится стандартом помощи взрослым, нуждающимся в лечении
1999 г.	Исследование способов родоразрешения и мета-анализ результатов показывают, что плановое кесарево сечение (КС) уменьшает риск ПМР вдвое <u>Западная Европа</u> Зарегистрированная частота ПМР при использовании монотерапии зидовудином и планового КС <3%
2000 г.	<u>ЦВЕ/СНГ</u> Начаты программы по ППМР
2002 г.	<u>Западная Европа</u> Использование ВААРТ в дородовом периоде снижает частоту ПМР до <2%
2002–2010 гг.	<u>Западная Европа</u> Частота ПМР <1-2% Использование ВААРТ в дородовом периоде примерно у 80% ВИЧ-инфицированных беременных женщин <u>ЦВЕ/СНГ</u> Частота ПМР - около 4–7%

(16–21)



© UNICEF/NYHQ2004-1022/Giacomo Pirozzi

4

4. Эпидемиология и распространённость ВИЧ-инфекции

4.1 Распространённость ВИЧ-инфекции в странах

По оценкам ЮНЭЙДС, в 2008 г. в странах Восточной Европы и Центральной Азии насчитывалось 1,5 миллиона людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ) (по низкой оценке: 1,4 миллиона; по высокой оценке: 1,7 миллиона) по сравнению с 650 000 в 2001 г. В 2008 г. распространённость ВИЧ-инфекции среди взрослых оценивалась на уровне 0,7% (0,6-0,8%), что указывало на удвоение их числа, начиная с 2001 г. (0,4%). В трех странах уровень распространённости составлял больше 1% (Российская Федерация, Украина и Эстония); Латвия находилась на втором месте после стран с самым высоким уровнем распространённости – 0,4%; в остальных странах Восточной Европы и Центральной Азии уровни распространённости были значительно ниже (табл. 1). Доля женщин среди всех случаев ВИЧ-инфекции у взрослых в разных странах составляла от 17 до 47%.

4.2 Эпидемиологические данные

Считается, что ВИЧ-инфекция распространилась в Восточной Европе после того как в начале 1990-х гг. она была завезена в гетеросексуальную популяцию через черноморские порты на юге Украины; подтип ВИЧ (подтип А) был связан с подтипом, циркулирующим в Центральной Африке (22), и занесён в популяцию мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ) в Восточной Европе через контакты с партнёрами-МСМ из Западной Европы и Соединённых Штатов Америки (23). В популяцию ПИН ВИЧ-инфекция была занесена на несколько лет позже и быстро распространилась в пределах и за пределами региона. Взрывное распространение ВИЧ-инфекции среди ПИН в некоторых городах Восточной Европы было впервые отмечено в конце 1990-х гг. (20); число случаев увеличивалось год от года, и ВИЧ-инфекция распространялась на все большую территорию Российской Федерации и Украины. К середине 2000-х гг. эпидемия ВИЧ-инфекции среди ПИН продолжала разрастаться, и увеличивалась доля вновь диагностированных случаев ВИЧ-инфекции у женщин (24). В 2008 г. в Российской Федерации наблюдалась новая волна передачи ВИЧ: за этот год было диагностировано 54 000 случаев, то есть рост по сравнению с 2006 г. составил 36%. В основном эта тенденция определялась вкладом пяти регионов Сибири, хотя ранее сообщалось, что ситуация с ВИЧ-инфекцией в этих регионах была «стабильной». В 2007-2008 гг. увеличение числа новых случаев ВИЧ-инфекции в этих регионах составило от 125% до почти 700%; доминирующая роль в этом принадлежала ПИН (25).

Таблица 1

Расчетное число ЛЖВ в ЦВЕ/СНГ и странах Балтии, 2007 г. (26)

Страна	Расчетная распространенность ВИЧ	Расчетное число взрослых	Расчетное число женщин	% женщин от всех случаев среди взрослых
Армения	0,1	2400	-	-
Азербайджан	0,2	7800	1300	17
Беларусь	0,2	13 000	3900	30
Босния и Герцеговина	<0,1	<500	-	-
Грузия	0,1	2700	<1000	
Казахстан	0,1	12 000	3300	28
Кыргызстан	0,1	4200	1100	26
Латвия	0,8	10 000	2700	27
Литва	0,1	2200	<1000	-
Молдова	0,4	8900	2600	29
Российская Федерация	1,1	940 000	240 000	26
Румыния	0,1	15 000	7000	47
Таджикистан	0,3	10 000	2100	21
Туркменистан	<0,1	<500	-	-
Узбекистан	0,1	16 000	4600	28
Украина	1,6	440 000	190 000	43
Хорватия	<0,1	<500	-	-
Эстония	1,3	9900	2400	24

(26)

Эпидемия ВИЧ-инфекции в регионе ЦВЕ/СНГ сформировалась в контексте сопутствующей эпидемии ИППП, продолжающейся с начала 1990-х гг. Между 1990 и 1997 гг. число сообщений о случаях сифилиса увеличилось в 175 раз, и хотя с этого времени происходило снижение показателей, ИППП остаются важной проблемой общественного здравоохранения, а частота случаев сифилиса по-прежнему выше, чем зарегистрированная в начале 1990-х гг. (27;28). В 2003 г. заболеваемость сифилисом составила 92,1 и 94,6 случаев на 100 000 человек населения в Казахстане и Российской Федерации соответственно, и снизилась в 2007 г. до 45,9 и 62,1 (29). Высокий уровень распространенности ИППП в регионе является фактором, способствующим распространению ВИЧ-инфекции половым путем, и непропорционально сильно затрагивает маргинализованные группы населения, включая СР и их клиентов, ПИН и мигрантов (28).

4.2.1 Потребление инъекционных наркотиков

Регион ЦВЕ/СНГ характеризуется чрезвычайно высоким числом ПИН среди населения: в Российской Федерации число ПИН на душу населения вдвое выше, чем в США, и в восемь раз выше, чем в Китае (25). Значительное увеличение числа ПИН стало очевидным в некоторых странах

ЦВЕ/СНГ после распада Советского Союза; на это указывали регистрация все большего числа потребителей наркотиков и результаты поведенческих исследований. Подобная тенденция могла быть спровоцирована неблагоприятными социально-экономическими условиями, в том числе ростом, безработицей, нищетой и миграцией. Кроме того, расположение на пути транспортировки наркотиков из Афганистана является основной движущей силой эпидемии наркомании в этом регионе (30). Данные дозорного эпиднадзора в странах Центральной Азии указывают на расширение использования героина среди ПИН в последние годы при одновременном снижении потребления самодельных опиатов («ханки»), что соответствует предположению о ключевой роли увеличения трафика героина. В Кыргызстане и Таджикистане 98% ПИН в 2009 г. сообщали о потреблении героина, в то время как использование ханки между 2006 и 2009 гг. уменьшилось вдвое в Казахстане - с 28 до 12% и на треть в Кыргызстане – с 19 до 12% (31).

По современным оценкам, число ПИН в регионе ЦВЕ/СНГ составляет 3,7 миллиона человек (32), а распространенность потребления инъекционных наркотиков - 1-3% среди взрослого населения в Российской Федерации (33), 1,6-3,0% в Казахстане, 1,5% в Таджикистане и 1-2% в Украине (34). Отмечается тенденция снижения возраста начала потребления наркотиков (20); например, в Санкт-Петербурге между 2000 и 2006 гг. число подростков-ПИН увеличилось в девять раз (35). До настоящего времени потребление инъекционных наркотиков являлось движущей силой эпидемии ВИЧ-инфекции и основным путем передачи ВИЧ. Например, в 2001 г. в Российской Федерации 93% зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции приходилось на ПИН (36). Не так давно доля впервые диагностированных случаев ВИЧ-инфекции, связанных с потреблением инъекционных наркотиков, снизилась и составила в 2007 г. приблизительно 57% в восточноевропейской части региона ЦВЕ/СНГ (37). Первые вспышки ВИЧ-инфекции взрывного характера среди ПИН в отдельных городах Российской Федерации, таких как Тольятти и Калининград, зарегистрированы в середине и конце 1990-х годов, и сейчас распространенность ВИЧ-инфекции здесь составляет 50% и выше (38). В других районах уровень распространенности ВИЧ-инфекции начал повышаться недавно; например, в Санкт-Петербурге распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН выросла с 4% в 1999 г. до 19% в 2000 г. (39;40).

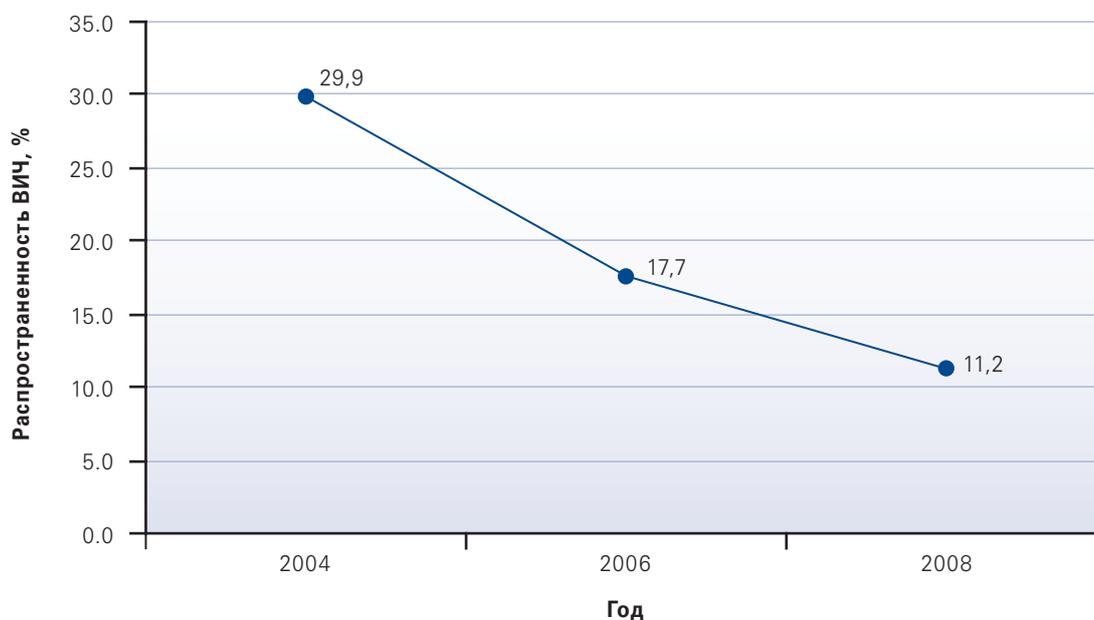
Расчетные оценки распространенности ВИЧ-инфекции среди ПИН в регионе ЦВЕ/СНГ отличаются в пределах стран и между ними (табл. 2). В Украине, по данным дозорного эпиднадзора, документально подтвержденная распространенность ВИЧ-инфекции составила среди ПИН в Полтаве 62,8%, хотя показатели значительно ниже в городе Сумы – 18% (1). В настоящее время эпидемия распространилась за пределы городских районов, где она начиналась, и в недавно обследованной выборке ПИН, проживающих в сельской местности, распространенность ВИЧ-инфекции составляла 14% (41). Однако дозорный эпиднадзор, проведенный среди ПИН в восьми городских районах Украины, показал резкое снижение медианного показателя распространенности ВИЧ-инфекции среди ПИН с короткой историей потребления инъекционных наркотиков (меньше двух лет): с 29,9% в 2004 г. до 17,7% в 2006 г. и до 11,2% в 2008 г. (рис. 1). По сообщениям Международного альянса по ВИЧ/СПИДу в Украине, уменьшение этого показателя было еще более выраженным в крупных городах, где программы снижения вреда достигли высокого уровня охвата (25). В Казахстане дозорный эпиднадзор показал небольшое снижение распространенности ВИЧ-инфекции среди ПИН – с 4% в 2007 г. и 2008 г. до 2,9% в 2009 г. В других районах Центральной Азии дозорный эпиднадзор выявил значительно более высокий уровень распространенности ВИЧ-инфекции среди ПИН: в Таджикистане он достигал 17,3% в 2009 г., а в Кыргызстане между 2008 и 2009 гг. уровень распространенности ВИЧ-инфекции среди ПИН удвоился – с 6,8% до 14,3% (31). Более того, в некоторых городах повторный эпиднадзор выявил очень быстрое распространение ВИЧ-инфекции среди ПИН; например, распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН в Душанбе (Таджикистан) увеличилась с 4% в 2001 г. до 24% в 2006 г. Различный уровень распространенности ВИЧ-инфекции среди ПИН между различными городами и районами показан на примере Кыргызстана, где в Бишкеке он составлял 2%, а в Ошской области – 13% (42). Очень высокий уровень распространенности ВИЧ-инфекции среди ПИН зарегистрирован в Эстонии (62% в 2005 г. в Таллинне), тогда как в Риге (Латвия) он составлял 22,5% в 2007 г.

Таблица 2
Распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН по результатам научных исследований

Особенности исследования	Место проведения	Распространенность ВИЧ	% женщин-ПИН	Ссылка
Поперечное исследование среди 423 ПИН, набранных полевыми работниками в местном сообществе	Тольятти, Российская Федерация	56%	37%	(38)
Остатки крови в шприцах 101 клиента (-ок) программ обмена шприцев (n=101)	Санкт-Петербург, Российская Федерация	10,9%	39%	(40)
Исследование среди 8055 пациентов (-ок) с алкогольной (n=5595) или наркотической (n=2460) зависимостью в медицинском центре	Ленинградская область, Российская Федерация	4,8%	11%	(43)
Когорта активных ПИН (80% недавно использовали общие иглы, что отражает критерии включения в обследование) (n=898)	Санкт-Петербург, Российская Федерация	30,1%	29%	(35)
Поперечное исследование среди активных ПИН (n=1473)	Москва, Волгоград и Барнаул, Российская Федерация	14%, 3% и 9% соответственно	30%	(44)
Выборка, управляемая респондентами, и аудио-компьютерное самоинтервьюирование с НА-тестированием на антитела (n=761)	Белград, Сербия	3%	18%	(45)
	Подгорица, Черногория	0%	7%	
Быстрорастущая (по типу «снежного кома») выборка из 315 ПИН	Винницкая область, Украина	14% в целом, 14% среди женщин	18%	(41)
Выборка из 778 ПИН с неизвестным ВИЧ-статусом из местного сообщества	Киев, Одесса и Макеевка/ Донецк, Украина	34%, 51% и 17% соответственно	22%	(46)
Выборка, управляемая респондентами, из 350 ПИН, получавших шприцы через аптеки и программы обмена шприцев	Таллинн, Эстония	56%	15%	(47)
Поперечное обследование 701 ПИН из местного сообщества	Ташкент, Узбекистан	29,8%	5%	(48)

Рисунок 1

Снижение уровня распространенности ВИЧ-инфекции среди ПИН, начавших употреблять инъекционные наркотики недавно (<2 лет потребления инъекционных наркотиков в анамнезе), в восьми городах Украины с высоким уровнем охвата программами снижения вреда (25)



4.2.2 Женщины – потребители инъекционных наркотиков

Женщины составляют меньшую часть (до 30%) популяции ПИН в восточно-европейской части региона ЦВЕ/СНГ, причем более низкие показатели обычно регистрируются в странах Центральной Европы и Центральной Азии (около 20%) (45;49;50). Недавно в рамках исследования, проведенного в нескольких городах Российской Федерации, среди новых ПИН (длительность инъекций наркотиков <2 лет) зарегистрирована неожиданно высокая доля женщин (78%) (51). Эти данные вызывают обеспокоенность, так как могут указывать на рост доли ПИН среди женщин. «Начинающие» женщины-ПИН могут быть особенно уязвимы в отношении заражения ВИЧ-инфекцией, поскольку обычно нуждаются в помощи при проведении инъекций, что строго ассоциируется с использованием общих шприцев (52). Немного исследований было специально посвящено женщинам-ПИН или их сравнению с мужчинами-ПИН, в основном по причине того, что доступ к этим женщинам особенно затруднен, поскольку они, как правило, меньше имеют дело с наркологическими службами, чем мужчины. В исследованиях среди ПИН в Канаде выявлен повышенный риск заболеваемости ВИЧ-инфекцией среди женщин-ПИН по сравнению с их партнерами-мужчинами; совокупный показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией через 48 месяцев наблюдения составил 16,6% и 11,7% соответственно. Также зарегистрировано двукратное повышение риска сероконверсии ВИЧ среди женщин, которые сообщили о незащищенных сексуальных контактах, и среди тех, кто нуждался в помощи для введения наркотика (52). В Украине в ходе одного исследования, проведенного среди ПИН в нескольких городах, обнаружено, что распространенность ВИЧ-инфекции среди женщин значительно выше, чем среди мужчин (17% по сравнению с 12%) (53), что соответствует данным, полученным в Канаде, хотя исследование в Казахстане показало, что у женщин вероятность ВИЧ-инфекции в 2,5 раза выше, чем у мужчин (54). При проведении дозорного эпиднадзора в Центральной Азии женщины составляли 25% опрошенных ПИН; в 2009 г. показатель распространенности ВИЧ-инфекции был несколько выше у женщин-ПИН по сравнению с мужчинами-ПИН в Казахстане (3,6% по сравнению с 2,8%), тогда как в Кыргызстане и Таджикистане у женщин распространенность ВИЧ-инфекции была ниже (6,2% по сравнению с 16,1% и 13,9% по сравнению с 17,7%) (31).

Хотя героин является самым распространенным инъекционным наркотиком в ЦВЕ/СНГ, в некоторых районах повысилось инъекционное использование психостимуляторов: 27-37% ПИН в Санкт-Петербурге и 35-40% в Киеве и Донецке используют эти препараты для инъекций (49;53;55). Сообщалось о более высокой частоте использования психостимуляторов среди женщин по сравнению с мужчинами. В исследовании, проведенном в России, у лиц, использующих для инъекций психостимуляторы, риск сероконверсии ВИЧ был повышен в три раза по сравнению и теми, кто вводил героин (49), что соответствовало связи между использованием психостимуляторов, с одной стороны, и молодым возрастом, более частыми инъекциями и высоким уровнем сексуальной активности, с другой (53;55;56). Результатом этой тенденции может стать увеличение доли женщин-ПИН с повышенным риском заражения ВИЧ-инфекцией.

В популяции ПИН зарегистрирован высокий уровень сопутствующих ИППП, повышающих риск как заражения, так и передачи ВИЧ половым путем. Распространенность сифилиса оценивалась на уровне 7-11% среди российских ПИН (40;57), а в нерепрезентативной выборке из 159 ПИН Санкт-Петербурга у 42% ВИЧ-отрицательных и у 56% ВИЧ-инфицированных ПИН диагностирована сопутствующая ИППП (55). В исследовании среди ВИЧ-инфицированных беременных женщин в Украине серологический тест на сифилис был положительным у 5,7% ПИН по сравнению с 3,5% у тех, кто не употреблял инъекционные наркотики (58). В исследовании, проведенном в Душанбе (Таджикистан), у 28% женщин-ПИН был сифилис (75% из них сообщали о сексе в обмен на деньги, наркотики и т. д.) по сравнению с 13% мужчин (59), а по данным дозорного эпиднадзора в Центральной Азии за 2009 г., распространенность сифилиса среди ПИН составляла 9-12% (31).

Высокий уровень распространенности ИППП среди ПИН указывает на высокую частоту незащищенного секса и также может указывать на проблемы с доступом к лечению ИППП. В исследовании, проведенном в Санкт-Петербурге, 81% ПИН сообщили, по крайней мере, об одном сексуальном контакте без презерватива в предыдущие три месяца, причем уровень использования презервативов был особенно низким среди лиц, имеющих постоянных партнеров (55). В Виннице (Украина) в недавно проведенном обследовании 53% ПИН сообщили, что они не использовали презервативы или использовали их нерегулярно (41). Исследование, проведенное среди потребителей наркотиков в Германии, показало, что риск сифилиса среди женщин в 4,5 раза выше, чем среди мужчин; при этом он был особенно высоким среди женщин, обменивающих сексуальные услуги на наркотики или деньги, что подчеркивает важность этих пересекающихся факторов риска (60).

4.2.3 Работа в сфере коммерческих секс-услуг

Начиная с момента распада Советского Союза, в регионе ЦВЕ/СНГ наблюдается значительный рост секс-бизнеса подобно торговле наркотиками (28;61;62). Увеличение объема коммерческих секс-услуг происходило одновременно с расширением их географического распространения. Размер популяции женщин-работниц секс-бизнеса (СР) точно оценить трудно из-за особенностей предоставления этих услуг (на улице, в публичных домах, не на постоянной основе и т. д.), а также незаконности этой деятельности во многих странах (28;62). Численность СР в Российской Федерации оценивается от 150 000 до 300 000, что составляет 1-3 на 1000 населения в большинстве российских городов, где подобные услуги предоставляются (63); однако в Москве численность тех, кто предоставляет коммерческие секс-услуги, оценивается на уровне 1% от всего населения города, а популяция СР составляет от 30 000 до 150 000 (62). В одном исследовании, проведенном в Санкт-Петербурге, 4% школьников в возрасте 15-17 лет сообщили о том, что получали деньги в обмен на секс (64), а в исследовании, проведенном в Саратовской области среди 15-25-летних женщин, доля предоставляющих секс-услуги за плату, составляла 2%. В Украине численность тех, кто предоставляет коммерческие секс-услуги, оценивалась между 110 000 и 250 000 человек (65), а в Киеве и Одессе 2-4 женщины на 1000 жителей предоставляли секс-услуги за плату (62). В Центральной Азии объем предоставления коммерческих секс-услуг увеличивается и ассоциируется с высокими уровнями безработицы и бедности, особенно среди женщин (48;66). Иллюстрацией к

этому является 40%-ный рост числа СР в Ташкенте между 1997 и 2003 гг. (66;67). В Казахстане численность СР отличается в разных городах, составляя (на 1000 населения) 1 в Павлодаре, 2 в Алма-Ате и 4 в Чимкенте (62).

Эпиднадзор второго поколения в Российской Федерации показал разные уровни распространенности ВИЧ-инфекции среди СР: высокие уровни зарегистрированы в Санкт-Петербурге (48%), Москве и Екатеринбурге (по 15%), Нижнем Новгороде, Челябинске и Красноярске (6-8%), и более низкие – в Сибири (2% в Томске) (24;63). По данным дозорного эпиднадзора, в Украине уровень распространенности ВИЧ-инфекции среди СР в Киеве составил 4%, достигая 31% в Полтаве, при общенациональных оценках в пределах 8-30% (65). В 2007 г. в Центральной Азии распространенность ВИЧ-инфекции среди СР составляла около 2% в Казахстане, Кыргызстане и Таджикистане (68); по данным дозорного эпиднадзора, в 2009 г. распространенность ВИЧ-инфекции составляла 1,3% в Казахстане, 1,6% в Кыргызстане и 2,7% в Таджикистане (69). В таблице 3 представлены данные о распространенности ВИЧ-инфекции, полученные в некоторых обследованиях СР в регионе ЦВЕ/СНГ, в Литве и Эстонии.

ПИН и работа в сфере коммерческого секса - пересекающиеся поведенческие факторы риска, причем ПИН вступают в сексуальные отношения с СР (около 20% мужчин-ПИН в Центральной Азии) (42) и многие женщины-ПИН обменивают секс на наркотики, деньги или товары. СР, являющиеся одновременно ПИН, обычно принадлежат к самой социально уязвимой подгруппе СР, то есть «работающих» на улице. Доля популяции женщин-ПИН, которые вовлечены в сферу коммерческого секса, отличается в разных местах: например, в Российской Федерации она колеблется от 28% в Санкт-Петербурге (40) до 43% в Тольятти (70), тогда как в Калининграде 82% ВИЧ-инфицированных женщин-ПИН сообщали о предоставлении коммерческих секс-услуг (71). В Украине, в исследовании, проведенном в Винницкой области, 10% ПИН сообщили об обмене секса на наркотики или наркотиков на секс. Подобно этому, доля СР-ПИН отличается в пределах стран и между странами. Считается, что в Центральной Азии как минимум 10-30% СР употребляют инъекционные наркотики (42), а в Таллинне и Мадриде эти доли составляют 7% и 9% соответственно (72;73).

Таблица 3
Распространенность ВИЧ-инфекции среди СР в регионе ЦВЕ/СНГ, Литве и Эстонии по данным некоторых исследований

Особенности исследования/ выборки	Место проведения	% ПИН	Распространенность ВИЧ-инфекции	Ссылка
Несвязанное анонимное поперечное исследование, 2005-2006 гг. (n=227)	Таллинн, Эстония	7%	7,6%	(72)
Уличные секс-работницы, обратившиеся в учреждения здравоохранения, 2000 г. (n=96)	Вильнюс, Литва	34%	3,8%	(74)
Секс-работницы-ПИН, набранные в местных сообществах полевыми работниками, 2001 г. (n=66)	Тольятти, Российская Федерация	100%	62%	(75)
Поперечное исследование; женщины, находящиеся в СИЗО (79% СР), 2001-2002 гг. (n=202)	Москва, Российская Федерация	4%	3,7%	(76)
Поперечное исследование; участницы набраны аутрич-работниками, 2003-2004 гг. (n=448)	Ташкент, Узбекистан	9%	10,0%	(66)

Распространенность ВИЧ-инфекции среди женщин-ПИН, занимающихся коммерческим сексом, обычно значительно выше, чем в общей популяции СР. Например, согласно оценкам, в Казахстане инфицированы ВИЧ 14% СР, одновременно являющихся ПИН, по сравнению с 2% СР, не употребляющими наркотики (68); по данным крупного исследования СР, проведенного в Испании, распространенность ВИЧ-инфекции составила 15,9% среди тех, кто употреблял инъекционные наркотики, и 0,7% в целом, а в Тольятти (Российская Федерация) две трети женщин, которые были одновременно СР и ПИН, были инфицированы ВИЧ (табл. 3). Данные дозорного эпиднадзора в Центральной Азии показали значительно более высокую распространенность ВИЧ-инфекции среди ВГС-положительных, чем среди ВГС-отрицательных СР: 7,2% по сравнению с 0,6% в Казахстане, 7,4% по сравнению с 1,4% в Кыргызстане и 15,7% по сравнению с 1,8% в Таджикистане (69).

Показатели распространенности ВИЧ среди СР в Западной Европе, как правило, более низкие и более стабильные, чем в регионе ЦВЕ/СНГ, что может являться отражением более низкой доли СР, употребляющих инъекционные наркотики, на Западе. Например, сообщалось о том, что распространенность ВИЧ-инфекции среди СР в Барселоне (78), составляет 1%, среди иммигрантов-СР в Каталонии (73) – 1,8% и <2% в Лондоне (79).

4.2.4 Связующие популяции

Масштабная и все увеличивающаяся эпидемия в популяции ПИН – потенциальная «подпитка» гетеросексуальной передачи, особенно учитывая молодой возраст начала употребления инъекционных наркотиков, высокий уровень сексуальной активности, высокую частоту сопутствующих ИППП и низкий уровень использования презервативов. Имеющиеся доступные данные свидетельствуют о том, что в регионе ЦВЕ/СНГ у женщин, заразившихся половым путем, основной фактор риска – контакт с ВИЧ-инфицированным партнером-ПИН. В исследованиях, проведенных в Российской Федерации и Украине, зарегистрирован высокий уровень сексуальной активности среди ПИН – около 80-95% (40;53;55) и, как правило, меньшинство (~30%) ПИН сообщают о долговременных половых партнерах (то есть о супругах или сожителях) (53). Многочисленные одновременные половые партнеры – достаточно частое явление: в одном исследовании 25% ПИН сообщали о наличии как постоянного, так и случайных партнеров, и, кроме того, вызывает беспокойство, что частота использования презервативов в этой группе ниже, чем среди тех, кто имеет половые контакты только со случайными партнерами (55). Высокая доля (40-60%) ПИН в регионе ЦВЕ/СНГ имеют половых партнеров, которые не употребляют инъекционные наркотики (40;53;55;75), причем мужчины-ПИН со значительной большей вероятностью, чем женщины-ПИН, имеют партнеров-женщин, не употребляющих инъекционные наркотики (53). Женщины, у которых половые партнеры употребляют инъекционные наркотики и практикуют сексуальное и инъекционное рискованное поведение, подвержены высокому риску ВИЧ-инфекции не только потому, что у их партнеров существует повышенный риск заражения ВИЧ, но и из-за большей вероятности одновременного заражения ИППП, которые облегчают передачу ВИЧ половым путем.

В регионе ЦВЕ/СНГ растет объем данных об увеличении доли новых случаев ВИЧ-инфекции среди женщин, которые сами не потребляют инъекционные наркотики, а заражаются ВИЧ-инфекцией от сексуальных партнеров-ПИН. Например, в Грузии, среди женщин, которым диагноз ВИЧ-инфекции был поставлен в 2006 г., менее 20% сообщили об употреблении инъекционных наркотиков (или были также инфицированы ВГС – биомаркер, указывающий на вероятность употребления инъекционных наркотиков, но редко передающийся половым путем) и 83% сообщили о половом партнере-ПИН (80). В Таджикистане на момент проведения исследования 56% ВИЧ-инфицированных беременных женщин имели партнеров-ПИН (81), а в Казахстане 31% ВИЧ-инфицированных беременных женщин, родивших в 2009 г., сообщили о половом партнере-ПИН (82).

Однако бывает трудно описать конкретный путь инфицирования для многих новых случаев ВИЧ-инфекции, в частности из-за того, что о потреблении наркотиков не всегда сообщается. В 2008 г. в Российской Федерации в 62% новых случаев ВИЧ-инфекции у женщин зарегистрирован

гетеросексуальный путь заражения. Однако исследования показали, что в Санкт-Петербурге у значительной доли ВИЧ-инфицированных женщин, отрицавших свою принадлежность к ПИН, результаты исследования на ВГС были положительные; хотя в Санкт-Петербурге, начиная с 2004 г., процент женщин, сообщивших о потреблении инъекционных наркотиков, снижался (с 62% в 2004-2005 гг. до 40% в 2008-2009 гг.), в 2008-2009 гг. 25% женщин, отрицавших потребление инъекционных наркотиков, были ВГС-положительными. В Оренбурге, где только о 4% ВИЧ-инфицированных женщин известно, что они являются ПИН, еще 20% были ВГС-положительными. Основываясь на этих данных, представляется вероятным, что на национальном уровне в Российской Федерации в половине, а не в 38% случаев ВИЧ-инфекции, зарегистрированных у женщин, путем заражения является потребление инъекционных наркотиков (25).

4.3 ВИЧ-инфекция у беременных женщин

4.3.1 Распространенность

Самый надежный способ получения данных о серораспространенности в дородовом периоде – это несвязанное анонимное (НА) тестирование остатка образца крови, использующегося для обычных анализов в дородовом периоде или у новорожденных (поскольку младенцы ВИЧ-инфицированных матерей приобретают материнские антитела к ВИЧ внутриутробно). Преимуществом исследования сухого пятна крови (СПК) у новорожденного является возможность охвата всех женщин, то есть тех, кому диагноз поставлен до обращения в службы ДРП или в период получения ДРП, а также тех, кому диагноз не поставлен во время беременности, позволяя таким образом получить точную оценку, независимо от доступности служб (83). Этот метод был использован в ряде стран Западной Европы для мониторинга уровней и тенденций распространенности ВИЧ-инфекции среди беременных женщин.

В Соединенном Королевстве серологическое НА-тестирование у новорожденных охватывает примерно 70% живорожденных в стране (84). В 2008 г. расчетная распространенность ВИЧ среди беременных женщин в Англии и Шотландии в целом составляла 2,8 на 1000 или 1 на 486 родивших женщин. Уровень распространенности был самым высоким в Лондоне (3,7 на 1000), где этот показатель оставался стабильным, начиная с 2004 г. В остальной части Англии уровень распространенности существенно увеличился за последние 10 лет (в 5 раз), но оставался низким – 1,5 на 1000 (83). Эта тенденция частично отражает политику расселения за пределы Лондона людей, ищущих убежища, и эмигрантов (84).

При отсутствии НА-тестирования результаты теста на ВИЧ в дородовом периоде можно использовать для оценки распространенности ВИЧ в популяции беременных женщин. Однако это будет хорошей приближенной оценкой только в контексте очень высокого уровня охвата тестированием и обращения за этой услугой; например, при низком охвате и/или при условии, что женщины с наибольшим риском ВИЧ-инфекции относятся к тем, кто вряд ли пройдет тестирование на ВИЧ, результатом такого подхода будет недооценка истинной антенатальной распространенности ВИЧ. В таких странах с высоким уровнем охвата антенатальным тестированием при одновременном проведении политики экспресс-тестирования во время родов, как Казахстан, Российская Федерация и Украина, показатели антенатальной распространенности ВИЧ, основанные на результатах этих тестов, скорее всего, будут хорошим приближением к реальному показателю распространенности среди женщин, которые решили не прерывать беременность. В таблице 4 представлены национальные и региональные оценки распространенности ВИЧ в некоторых странах ЦВЕ/СНГ, по которым имеются данные. В Российской Федерации и Украине значительное повышение уровня серораспространенности ВИЧ среди беременных женщин между 2000 и 2007 гг. является очевидным. Эта тенденция должна рассматриваться в контексте расширения охвата тестированием беременных женщин; например, в Украине охват тестированием беременных женщин в 2000 г. составлял 85% и превысил 95%, начиная с 2003 г., (85). По сообщениям из Российской Федерации, число новых случаев ВИЧ-инфекции среди беременных женщин (из расчета на 100 000 протестированных) увеличилось в 190 раз между 1996 и 2003 гг. (24).

Таблица 4
Аntenатальная распространенность ВИЧ-инфекции в некоторых странах по результатам антенатального тестирования на ВИЧ

Страна	Распространенность (%)	Год	Дополнительная информация	Ссылка
Беларусь	0,44	2000 г.	Несвязанное анонимное тестирование в трех городах (Светлогорск, Октябрьский и Жлобин)	(86)
Республика Молдова	0,1 0,21 0,23	2005 2006 2007	Национальные оценки основаны на результатах дородового тестирования на ВИЧ	(87)
Румыния Округ Констанца	0,18	2000–2002	Оценки основаны на данных тестирования на ВИЧ в дородовом периоде и в родах	(88)
Российская Федерация	0,03 0,46	2000 2006–2007	Национальные оценки основаны на результатах дородового тестирования на ВИЧ	(63;86)
Калининградская область	0,14 0,10	2004 2005	Национальные оценки основаны на данных дородового тестирования на ВИЧ (код 109)	(24)
Екатеринбургская область	0,86 0,79	2004 2005		
Иркутская область	1,02 0,77	2000 2005		
Тверская область	0,2	2006		
Санкт-Петербург	2,3	2004-2005	Женщины, рожавшие в двух специальных роддомах для женщин из групп высокого риска	(89)
Украина	0,52	2007	Национальная оценка основана на результатах дородового тестирования на ВИЧ	(86) (90)
Николаевская область	1,25	2007	Региональные оценки	
Киевская область	0,20 1,14	2000 2007		
Одесская область	0,35 1,03	2000 2007		
Западные области	0,05–0,09	2007		

В Санкт-Петербурге в контексте проведения экспресс-тестирования на ВИЧ и предоставления ППМР в двух роддомах для женщин из групп высокого риска распространенность ВИЧ составляла в целом 2,3% (2004-2007 гг.). Среди женщин, соответствующих критериям проведения

экспресс-теста, распространенность ВИЧ составила 6,5% у 30% тех, кто вообще не проходил тестирования во время беременности, и 0,4% среди оставшейся части женщин, у которых последнее тестирование было проведено на ранних сроках беременности и его результаты были отрицательными. Частота случаев ВИЧ-инфекции в этой последней группе женщин с отрицательными результатами тестирования до 34-й недели оценивалась в диапазоне от 0,8 до 2,3 на 100 человеко-лет (89).

Данные о распространенности ВИЧ среди субпопуляций беременных женщин ограничены. В Соединенном Королевстве результаты НА-тестирования у новорожденных в одном из районов (район Северной Темзы, включающий часть Лондона и прилегающие к столице районы) позволили изучить распространенность ВИЧ-инфекции в зависимости от того, выходцами из каких стран являются их матери. Уровень распространенности ВИЧ был самым высоким среди женщин-выходцев из Африки к югу от Сахары (2,09% в 2002 г.), при уровне распространенности в том же году 0,03% среди женщин, родившихся в Великобритании, 0,09% среди родившихся в странах ЦВЕ/СНГ, и 0,3% среди женщин, родившихся в Западной Европе (исключая Великобританию) (84). На национальном уровне распространенность ВИЧ-инфекции среди беременных женщин, родившихся в Великобритании и родивших детей в 2008 г., составляла 0,53 на 1000 человек, что указывает на постепенное повышение, начиная с 2000 г., когда этот показатель равнялся 0,16 на 1000 человек (83). В исследовании, проведенном в Румынии, у женщин рома и мигрантов из Центральной Азии вероятность ВИЧ-инфекции была, соответственно, в пять и семь раз выше, чем у других женщин, обследованных в рамках пилотной программы по ППМР в 2000-2002 гг. (88).

Данные отчетности ВОЗ/ЮНИСЕФ – 2007 г.

- 17 496 ВИЧ-инфицированных беременных женщин зарегистрировано в регионе ЦВЕ/СНГ.
- Не зарегистрировано ВИЧ-инфицированных беременных женщин в бывшей югославской Республике Македония и Боснии и Герцеговине.
- На Российскую Федерацию и Украину приходится самая большая доля ВИЧ-инфицированных беременных женщин в регионе ЦВЕ/СНГ: 75% (n=13 110) и 21% (n=3633) соответственно.

4.3.2 Характеристики ВИЧ-инфицированных беременных женщин

Не вызывают удивления данные исследований, проведенных среди ВИЧ-инфицированных беременных женщин, результаты которых показали, что подавляющее большинство из них либо состояли в браке, либо в сожительстве с партнером. ВИЧ-инфицированные женщины в регионе ЦВЕ/СНГ, как правило, моложе женщин Западной Европы, принадлежащих к аналогичной группе, что, скорее всего, отражает тенденцию рождения детей в более молодом возрасте или, возможно, более молодой возраст на момент заражения ВИЧ-инфекцией (91). По данным проведенного в 2004-2006 гг. крупного исследования с участием более 750 ВИЧ-инфицированных беременных женщин из пяти регионов Российской Федерации, большинство из них были замужем (от 26 до 35% в зависимости от региона) или имели сожителя (от 29 до 37%); от четверти до трети женщин сообщили, что вероятнее всего заразились при употреблении инъекционных наркотиков, но эти данные считались заниженными, так как до 63% женщин были инфицированы ВГС, являющимся биомаркером, указывающим на высокую вероятность потребления инъекционных наркотиков в прошлом или в настоящее время. Значительная доля женщин сообщила о наличии половых партнеров, принадлежащих к группе высокого риска: бывшие заключенные у 37-43%, ПИН у 31-61% и ВИЧ-инфицированные у 8-29%. Доля женщин, сообщивших о половом контакте на коммерческой основе, была самой низкой в Екатеринбурге (5%) и самой высокой в Санкт-Петербурге (22%). Больше половины беременных женщин-ПИН в Санкт-Петербурге

употребляли наркотики в течение ≥ 3 лет; среди ПИН две трети сообщили об использовании общего инъекционного инструментария и 60-80% - общей емкости для забора наркотика (24). В другом российском исследовании (2005 г.) среди 458 ВИЧ-инфицированных беременных и женщин в послеродовом периоде получены весьма сходные результаты: 30% женщин сообщили, что, скорее всего, они заразились при употреблении инъекционных наркотиков и 58% - половым путем (92).

В Украине, в когортном исследовании с участием ВИЧ-инфицированных беременных женщин выявлено значительное снижение доли женщин, сообщивших об инъекционном употреблении наркотиков, как о наиболее вероятном пути заражения – с 36% в 2000-2001 гг. до 14% в 2006-2007 гг.; всего 33% сообщили о факторах риска заражения при гетеросексуальных контактах (у большинства из них были сексуальные партнеры-ПИН), но около половины не смогли указать каких-либо специфических факторов риска заражения ВИЧ-инфекцией (21). У женщин этой последней группы было больше сходства с теми, кто сообщал о факторах риска гетеросексуального заражения, чем с теми, кто сообщал об истории инъекционного потребления наркотиков, и вполне вероятно, что они заразились ВИЧ-инфекцией при половых контактах с постоянным или случайным партнером. Следует отметить, что в это исследование были набраны женщины из городов с самыми высокими уровнями распространенности ВИЧ-инфекции, в том числе из Одессы, Киева и Николаева, где распространенность среди беременных женщин оценивалась на уровне 1,03%, 1,14% и 1,25% соответственно (1).

В Казахстане одна из пяти ВИЧ-инфицированных беременных женщин, родивших в 2009 г., сообщила об инъекционном потреблении наркотиков, а одна треть – о сексуальном партнере-ПИН (82). В Центральной Азии у женщин с диагностированной ВИЧ-инфекцией обнаружился новый фактор риска – половой партнер из числа рабочих-мигрантов. Наблюдается растущая зависимость от миграции в поисках работы в таких странах, как Таджикистан, где численность работающих за границей оценивается в пределах от 600 тысяч до 1 миллиона человек, и Кыргызстан, где насчитывается до 500 тысяч мигрантов (93;95). Рискованное поведение в среде мигрантов находящих вдали от дома, - общеизвестный факт (96), нашедший подтверждение в недавно проведенном исследовании среди таджиков-мигрантов, работающих в Москве. Было обнаружено, что они вступают в незащищенные половые контакты с СР (97), подвергая тем самым риску своих половых партнеров после возвращения домой. Дозорный эпиднадзор показал, что среди мигрантов распространенность ВИЧ-инфекции составляла 0,9% в Узбекистане (98) и 0,5% в Таджикистане (99); в Узбекистане 93% мужчин-мигрантов сообщили о сексуальных контактах с СР во время последней поездки на заработки хотя этот показатель был существенно ниже в Таджикистане (24%) (98;99).

Женщины, забеременевшие естественным путем, должны были для этого иметь незащищенный половой контакт. В ходе недавно проведенного в Украине исследования было выявлено, что меньше половины ВИЧ-инфицированных беременных женщин постоянно или в большинстве случаев использовали презервативы во время беременности (100). Этим данным и ВИЧ-статусу этих женщин соответствует высокая частота ИППП среди ВИЧ-инфицированных беременных женщин и женщин в послеродовом периоде. Распространенность сифилиса на уровне 3-14% зарегистрирована у ВИЧ-инфицированных беременных женщин в исследованиях, проведенных в России, и 2% - в Украине; при этом распространенность хламидиоза была несколько выше – 6-20% (24;92;100).



5

© UNICEF/NYHQ2004-0691/Giacomo Pirozzi

5. Тестирование на ВИЧ и консультирование

5.1 Введение

Тестирование на ВИЧ и консультирование (ТиК) открывают дорогу к службам по профилактике ВИЧ-инфекции, лечению и уходу. ТиК также дает возможность расширить знания о ВИЧ-инфекции и может в определенных случаях способствовать изменению поведения. Знание ВИЧ-статуса важно, так как позволяет вовремя получить соответствующее медикаментозное лечение и необходимую психологическую поддержку, а также предупредить дальнейшую передачу инфекции. Своевременная диагностика остается одной из важнейших проблем в области контроля и управления пандемией ВИЧ-инфекции. Например, уровень горизонтальной передачи инфекции оценивается в 3,5 раза выше у ВИЧ-инфицированных лиц, не знающих о своем ВИЧ-статусе, по сравнению с теми, кто знает, что инфицирован ВИЧ (101). В случае ПМР этот показатель еще выше, и риск можно уменьшить с примерно 25 до 1%. Своевременная диагностика ВИЧ-инфекции позволяет вести наблюдение за состоянием здоровья и вовремя начать лечение. Однако значительная доля ВИЧ-инфицированных лиц не знает о своем ВИЧ-статусе, и диагноз им ставится поздно на стадии тяжелого иммунодефицита и/или СПИДа. Недавно проведенный обзор показал, что 29-38% новых случаев в Западной Европе диагностируются поздно, о чем свидетельствует исходное число CD4 в момент диагностики меньше 200 клеток/мм³ (102); поздняя диагностика повышает риск связанной с ВИЧ-инфекцией заболеваемости и смертности из-за не начатой вовремя АРТ. Согласно оценкам, в 2008 г. в Соединенном Королевстве 27% ЛЖВ не знали своего ВИЧ-статуса; из всех людей с ВИЧ-инфекцией, умерших в этом же году, у 57% уже в течение трех месяцев после постановки диагноза число CD4 было меньше 200 клеток/мм³, что указывает на необходимость раннего тестирования на ВИЧ (83).

5.2 Доступность тестирования на ВИЧ для небеременных женщин

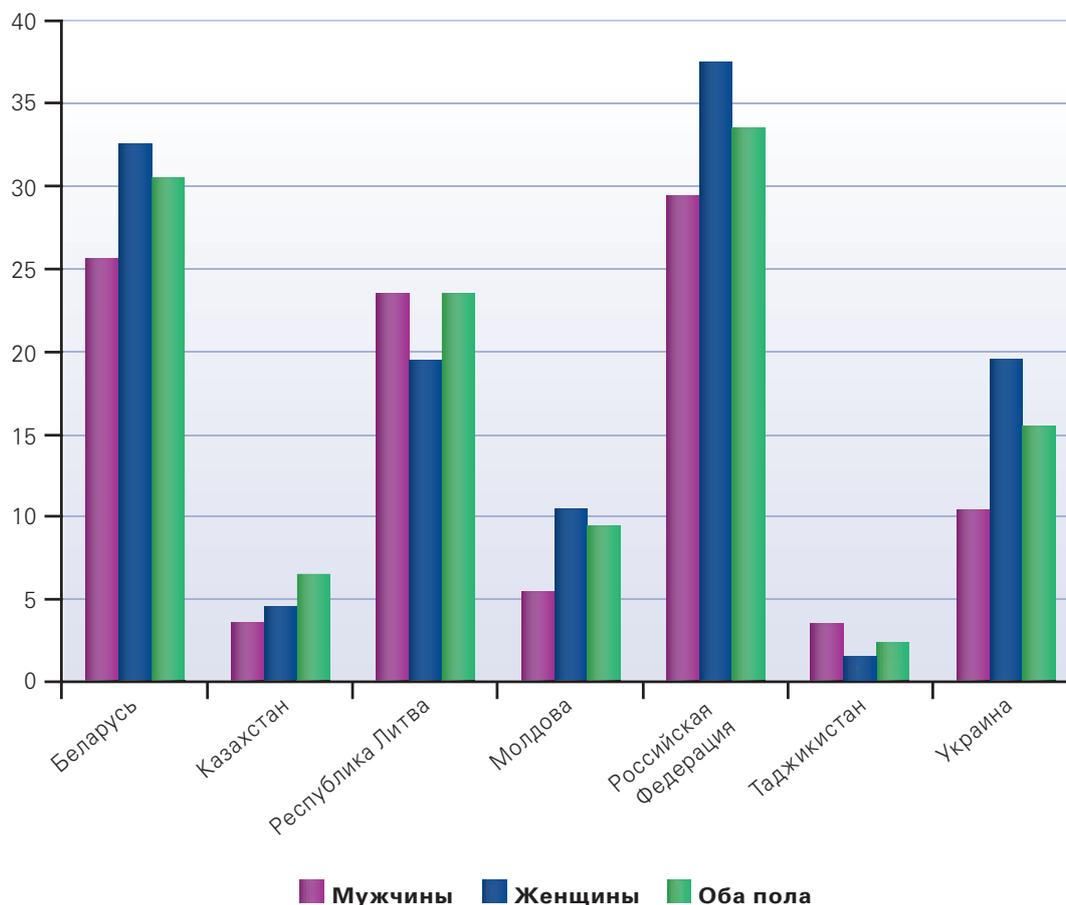
В большинстве стран региона ЦВЕ/СНГ существует национальная политика в области ТиК, поддерживающая тестирование по инициативе медицинского работника в определенных учреждениях, таких как службы, предоставляющие ДРП, противотуберкулезные службы, службы охраны сексуального здоровья и службы снижения вреда для ПИН. Приоритетной задачей является увеличение объема и доступности ТиК для групп наибольшего риска (103). Хотя ТиК становится в

регионе все более доступным, прогресс был неравномерным (103). Страны, достигшие в недавнее время высокого уровня охвата взрослого населения тестированием на ВИЧ, включают Беларусь, Российскую Федерацию и соседнюю Литву; в этих странах более 25% взрослых, участвовавших в опросном обследовании в 2007 г., прошли тестирование на ВИЧ в предыдущие 12 месяцев (рис. 2).

По данным украинского обследования в области демографии и здравоохранения 2007 г., больше 80% мужчин и женщин знали, где они могут пройти тестирование на ВИЧ, хотя у сельских жителей вероятность этого была меньше, чем у проживающих в городских районах; по данным этого обследования, половина (52%) женщин прошли тестирование на ВИЧ, что значительно превышало число мужчин (28%), главным образом за счет проведенного ранее антенатального тестирования. В Республике Молдова проводится добрачное ТИК для пар, хотя качество предлагаемого консультирования требует оценки (87).

Рисунок 2

Процент мужчин и женщин в возрасте 15-49 лет, прошедших тестирование на ВИЧ в последние 12 месяцев и получивших результаты [индикатор ССГАОН 7] (данные 2007 г.)

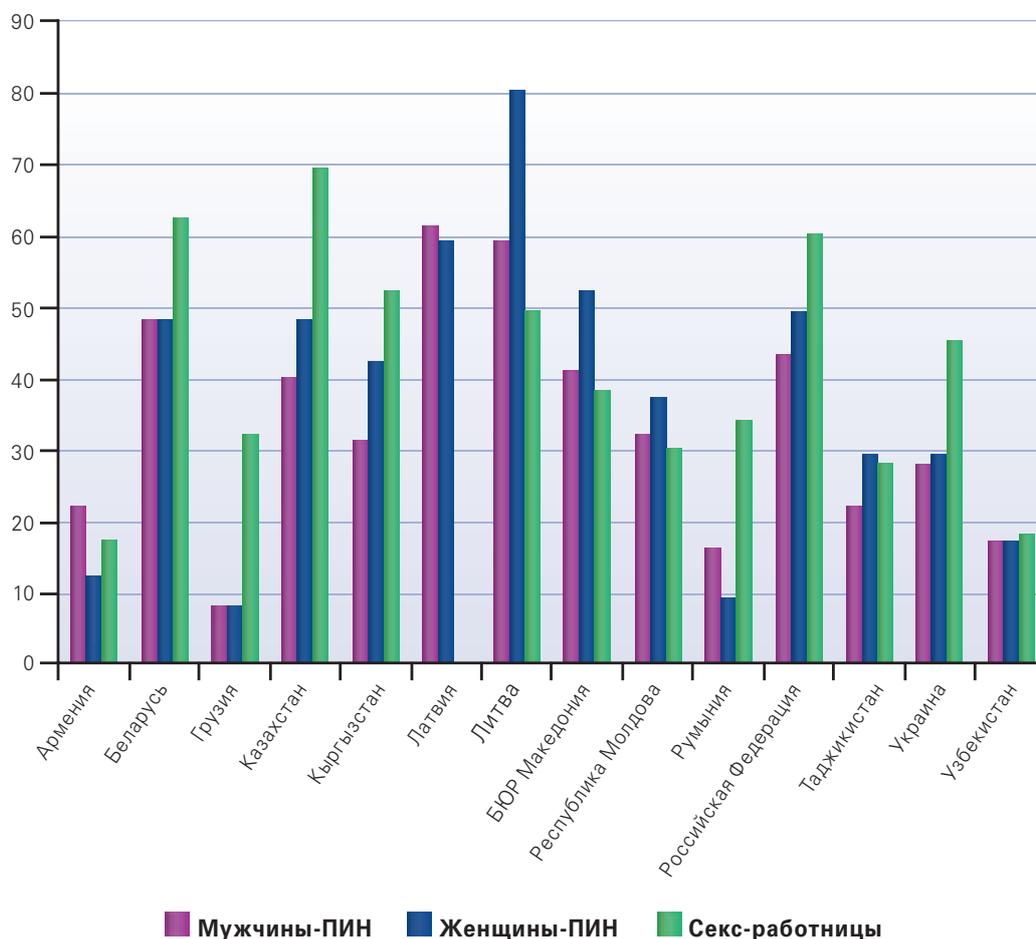


Некоторые специфические группы могут сталкиваться с проблемами доступа к тестированию на ВИЧ даже там, где в целом оно доступно. К ним относятся ПИН, лица, предоставляющие коммерческие секс-услуги, и другие социально уязвимые группы. На рисунке 3 показан процент мужчин и женщин ПИН, а также СР, прошедших тестирование на ВИЧ в предыдущие 12 месяцев и получивших результаты, свидетельствующий о том, что в большинстве стран женщины-ПИН имели одинаковый с мужчинами-ПИН доступ к тестированию на ВИЧ; фактически, в некоторых странах охват женщин тестированием и консультированием выше, что, вероятно, отражает дополнительную

возможность тестирования во время беременности. Данные из Центральной Азии показывают, что хотя ежегодно проводится большое количество тестов на ВИЧ (например, около 2 миллионов в Казахстане в 2009 г.), только небольшая часть из них приходится на ПИН – 1% в Казахстане и 0,6% в Кыргызстане (31). В недавнем исследовании, проведенном среди СР в Таллинне, 34% из них сообщили, что никогда ранее не проходили тестирование на ВИЧ, и 81% ВИЧ-инфицированных не знали о своем ВИЧ-статусе (72). Качественные исследования в Российской Федерации и Сербии выявили нежелание ПИН использовать доступное тестирование на ВИЧ из-за опасений нарушения конфиденциальности, отсутствия доверия к сфере услуг и предыдущего опыта стигматизации при контакте с медицинскими службами (104). Эти данные подчеркивают необходимость использования метода аутич с экспресс-тестированием в месте предоставления услуг (или обеспечение низкого порога доступа к тестированию), что может помочь преодолеть социальные и структурные барьеры к ТиК среди ПИН. К примерам инновационных методов предоставления услуг относятся, например, передвижные пункты оказания гинекологической помощи в Украине, предлагающие тестирование на ВИЧ и ИППП женщинам из социально уязвимых групп, включая СР и ПИН (105). Оценки, проведенные в Украине, показали, что основными барьерами для доступа были правовые ограничения в отношении поставщиков услуг, особенно касающиеся использования экспресс-тестов (разрешение на проведение таких тестов ограничивается учреждениями общественного здравоохранения и исключает НПО) и недостаток финансирования государственной системы тестирования на ВИЧ (106).

Рисунок 3

Процент лиц из групп наибольшего риска, прошедших тестирование на ВИЧ в последние 12 месяцев и получивших результаты [индикатор ССГАООН 8] (данные 2007 г.)



5.3 Дородовое тестирование на ВИЧ

Необходимым условием проведения вмешательств по ППМР является своевременное выявление ВИЧ-инфицированных беременных женщин. Следовательно, дородовое тестирование на ВИЧ имеет решающее значение для успеха программ ППМР и должно быть приоритетом общественного здравоохранения. Цель дородового тестирования на ВИЧ у беременных заключается в выявлении ВИЧ-инфицированных женщин для обеспечения возможности получения ими оптимального лечения и ухода, использования вмешательства по ППМР и как можно более раннего выявления ВИЧ-инфицированных младенцев в случае ПМР. Кроме того, дородовое тестирование на ВИЧ (как и любое тестирование и консультирование по инициативе медицинского работника) необходимо рассматривать как возможность предоставления информации о способах предупреждения дальнейшей передачи ВИЧ (для ВИЧ-инфицированных женщин) и о том, как женщинам, не инфицированным ВИЧ, избежать заражения в будущем, включая оставшийся период беременности и период после родов.

В большинстве стран ЦВЕ/СНГ наблюдается хороший охват услугами ДРП (больше 98%), что дает возможность провести ТИК для большинства беременных женщин во время предоставления стандартных услуг по ДРП.

5.3.1 Диагностика до беременности

В настоящее время в большинстве стран ЦВЕ/СНГ основная часть ВИЧ-инфицированных женщин не знают свой ВИЧ-статус до беременности и, следовательно, их выявление является результатом тестирования на ВИЧ в антенатальный период или в родах. Например, в 2009 г. 70-75% ВИЧ-инфицированных беременных женщин в Казахстане и Узбекистане диагноз был впервые поставлен во время беременности. Однако отчеты стран по ППМР, представленные ЮНИСЕФ, показывают, что в 2007 г. в Беларуси, Грузии и в Российской Федерации более чем у половины беременных женщин диагноз уже был поставлен до наступления последней беременности. С этим совпадают данные исследования, проведенного в нескольких регионах Российской Федерации, в которых половина ВИЧ-инфицированных беременных женщин, родивших детей, уже до беременности знали о том, что они инфицированы ВИЧ, (92).

В Западной Европе все больше ВИЧ-инфицированных беременных женщин знают свой ВИЧ-статус до наступления беременности; это означает, что они имели доступ к ТИК за рамками ДРП или во время предыдущей беременности. В Соединенном Королевстве примерно половине ВИЧ-инфицированных беременных женщин, зарегистрированных в 2005 г., диагноз был поставлен до беременности, и эта цифра увеличилась до 70% в 2008 г.; в основном эта тенденция может объясняться последующими беременностями у женщин, у которых диагноз был поставлен ранее (107).

В регионе ЦВЕ/СНГ определенные группы инфицированных женщин с большей вероятностью могут знать свой ВИЧ-статус до беременности по сравнению с другими, в том числе те, у кого диагноз был поставлен во время предыдущей беременности, и у женщин из групп наибольшего риска. В Украине, по результатам одного исследования с участием ВИЧ-инфицированных женщин, вероятность знания своего статуса до беременности у женщин-ПИН была втрое выше, а у женщин с партнерами-ПИН на 50% выше, чем у других женщин (21); доля женщин, узнавших в какой-либо период времени до наступления беременности, что они инфицированы ВИЧ, выросла значительно - примерно с четверти в 2000-2001 гг. до трети в 2006-2007 гг., что соответствует расширению масштаба ТИК в Украине после утверждения национального протокола по тестированию на ВИЧ в декабре 2005 г.

5.3.2 Политика тестирования

При генерализованной эпидемии ВИЧ-инфекции международные руководства рекомендуют предлагать ТИК всем женщинам во время беременности, родов и в послеродовом периоде. Хотя имеются доказательства, что в условиях низкой распространенности ВИЧ-инфекции скрининг на ВИЧ по инициативе медицинского работника в службах ДРП является экономически выгодным (108),

на сегодняшний день руководства рекомендуют в этих условиях и в условиях концентрированной эпидемии принимать решение о включении ТИК в стандартный комплекс услуг по ДРП с учетом местного эпидемиологического, экономического и социального контекста. В клиническом протоколе Европейского бюро ВОЗ по ППМР (2006 г.) указано, что тестирование на ВИЧ должно проводиться на добровольной основе, поэтому женщины должны знать, какая система тестирования принята на местах, и как отказаться от теста (109). Стратегия «opt-out» предусматривает предоставление женщине информации о тестах, которые обычно проводятся во время беременности (обычно проводятся у всех женщин, но могут проводиться у женщин, относящихся к определенным группам), и о возможности отказаться от такой системы тестирования. Стратегия «opt-in» предполагает получение специального информированного согласия на прохождение тестирования на ВИЧ, которое предлагается отдельно от других антенатальных тестов.

Руководство «Европейский консенсус по ведению ВИЧ-инфекции и беременности» одобрило в 2001 г. рекомендацию (а не просто предложение) по проведению ТИК у всех беременных женщин в качестве стандарта помощи (110). В обзоре политики дородового тестирования в государствах-членах Европейского союза (ЕС), проведенном в 2005 г., выявлено, что в пяти странах не было национальной политики тестирования на ВИЧ; из остальных стран, ответивших на вопросы, в 18 была принята политика добровольного антенатального тестирования на ВИЧ, в двух (Дания и Мальта) проводилось выборочное тестирование только в группах высокого риска и 16 стран придерживались политики предложения тестирования всем беременным женщинам с использованием смешанной стратегии («opt-in» и «opt-out») (111). Начиная с момента проведения этого обследования, наблюдалась активизация стратегий скрининга, и не так давно (в 2007 г.) проведено исследование, в котором в ЕС выявлен сдвиг в сторону стратегии тестирования «opt-out»; в частности, такие страны, как Португалия, Словакия и Испания, перешли от стратегии «opt-in» к стратегии «opt-out» (112) (табл. 5). В Украине политика тестирования на ВИЧ всех беременных женщин («opt-out») была принята в 2000 г. (113), а Российская Федерация включила тестирование на ВИЧ в стандартную помощь для всех беременных женщин с начала 1990-х годов. Политика антенатального тестирования на ВИЧ отличается в странах Центральной Азии – от тестирования всех беременных женщин на основе «opt-out» в Казахстане и Кыргызстане (политика принята в 2006 г. и 2007 г. соответственно) до обязательного тестирования всех беременных женщин в Туркменистане. Всеобщее тестирование по принципу «opt-out» проводится в областях Таджикистана, особенно пострадавших от ВИЧ. В Узбекистане политика выборочного тестирования на основе «opt-out» использовалась с 2005 по 2008 гг.; тестирование предлагалось всем женщинам в таких областях, как Янгиюль, тогда как в других тестирование проводилось только женщинам, предположительно подвергавшимся высокому риску заражения, в том числе ПИН, СР и женам бывших заключенных; универсальная политика тестирования на ВИЧ по принципу «opt-out» была принята в 2009 г.

В странах, в которых политика дородового тестирования на ВИЧ является неотъемлемой частью услуг по ДРП для всех женщин и используется стратегия «opt-out», доля охваченных тестированием женщин обычно выше. Использование стратегий выборочного тестирования на ВИЧ, как правило, приводит к тому, что ВИЧ-инфекция у беременных женщин остается недиагностированной и таким образом упускается возможность профилактики ВИЧ-инфекции у младенцев. Швеция была одной из первых стран, которые в 1987 г. начали проводить политику добровольного тестирования для всех женщин с использованием стратегии «opt-out» и добился охвата 90-99%, что, как считается, отчасти является отражением того факта, что тестирование на ВИЧ входило в комплекс стандартных услуг для всех женщин в течение такого долгого времени (114). Опыт Соединенного Королевства показывает, как охват тестированием на ВИЧ беременных женщин может быть увеличен с низкого уровня до очень высокого путем перехода от стратегии «opt-in» к стратегии «opt-out» с предложением тестирования всем женщинам; стратегия «opt-out» была внедрена в 1999 г. и определялась целями правительства в связи с недопустимо низким уровнем выявления ВИЧ-инфекции во время беременности (более 70% ВИЧ-инфицированных беременных женщин, родивших в 1999 г., не знали о своем ВИЧ-статусе); наблюдалось быстрое расширение охвата и обращаемости за услугами по сравнению с наблюдавшимся ранее уровнем при использовании выборочного подхода, достигшее к 2003 г. 88% (115) и больше 90% к настоящему времени (83).

Таблица 5
Политика дородового тестирования в некоторых странах

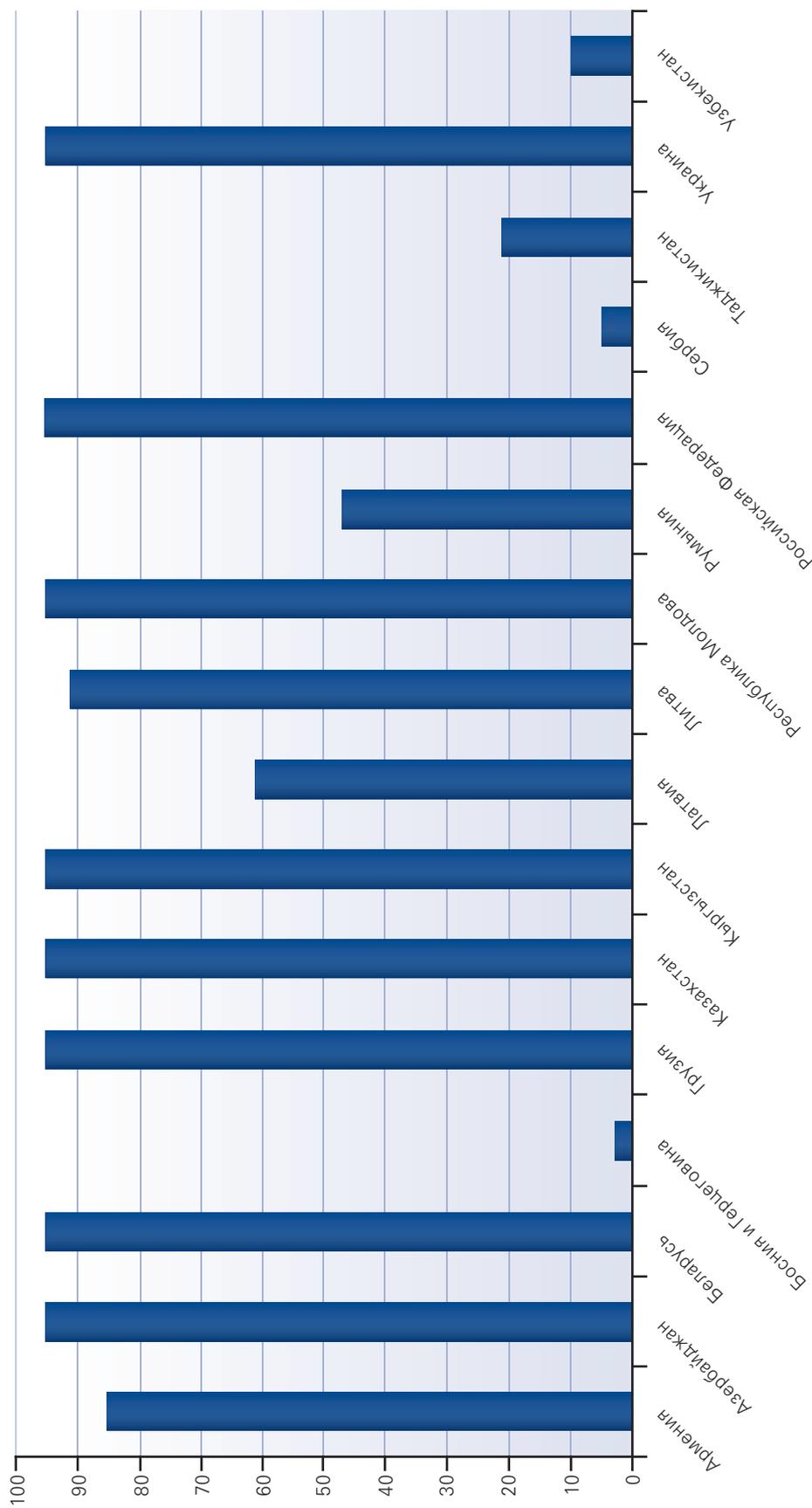
Отсутствие политики дородового скрининга на ВИЧ	Универсальный скрининг с использованием стратегии «opt-out»	Универсальный скрининг с использованием стратегии «opt-in»	Выборочный скрининг с использованием стратегии «opt-in»
Бельгия Венгрия Греция Италия Словения	Азербайджан Армения Беларусь Болгария Грузия Казахстан Кыргызстан Мальта Нидерланды Норвегия Республика Молдова Российская Федерация Соединенное Королевство Украина Чешская Республика Швеция Эстония	Австрия Германия Ирландия Испания («opt-out») Латвия Литва Польша Португалия («opt-out») Словакия («opt-out») Узбекистан Финляндия Франция Швейцария	Дания Мальта Таджикистан

Данные из Mounier-Jack S, Nielsen S, Coker RJ. HIV testing strategies across European countries. HIV Med 2008 July; 9 Suppl 2:13-9 и из других источников.

В ряде стран региона ЦВЕ/СНГ с низким и средним уровнем доходов в последние несколько лет продемонстрировано впечатляющее расширение охвата услугами по ДРП с ТИК. Например, в Казахстане число учреждений, предоставляющих услуги по ДРП с ТИК, увеличилось с 48 в 2005 г. до 3471 в 2007 г., а в Республике Молдова число таких учреждений между 2006 и 2007 г. увеличилось в три раза (с 43 до 144); в обоих случаях это стало результатом интеграции тестирования на ВИЧ в стандартный набор услуг по ДРП для всех женщин и использования стратегии «opt-out» (по данным отчетности ВОЗ/ЮНИСЕФ). В 2008 г. 10 стран с низким и средним уровнем доходов достигли целевого показателя охвата ТИК беременных женщин, превышающего 80%: Азербайджан, Армения, Беларусь, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Литва, Республика Молдова, Российская Федерация и Украина (103) (рис. 4). Эти достижения в расширении тестирования на ВИЧ среди беременных женщин в значительной степени отражают принятие и использование в качестве стандарта стратегии тестирования «opt-out» у всех женщин.

В Украине, где эта стратегия была принята в 2000 г., процент женщин, прошедших тестирование на ВИЧ, увеличился очень быстро – с 54% в 1999 г. до 84% в 2000 г. и до 97% в 2003 г. (113). В Таджикистане, где стратегия ТИК по инициативе медицинского работника для женщин из групп высокого риска использовалась в сочетании с всеобщим тестированием в наиболее пострадавших районах, планируется расширение масштабов тестирования на ВИЧ с включением всех беременных женщин, обратившихся в региональные центры охраны репродуктивного здоровья (116).

Рисунок 4
Расчетные показатели охвата беременными женщинами тестированием на ВИЧ, 2008 г. (%)



Примечание: Все страны, для которых указан охват 95%, фактически имеют охват >95%.

Учитывая добровольность прохождения теста, женщины должны знать, что они могут отказаться от него и как они могут это сделать. Высказывались опасения, что расширение тестирования по принципу «opt-out» в сочетании с далеко идущими целями охвата беременных женщин тестированием на ВИЧ может привести к нарушению автономии женщин и их права на информированное согласие, особенно в ситуации, когда женщина не имеет адекватной информации о стратегии скрининга. В ходе недавно проведенного обзора политики дородового тестирования на ВИЧ в странах с низким и средним уровнем доходов (в том числе в Республике Молдова, Российской Федерации, Украине и Узбекистане) было выявлено, что, хотя национальная стратегия устанавливает необходимость получения согласия на тестирование, определения понятия «согласие» отличались значительно (117). В ряде исследований (включая исследования, проведенные в Испании и Соединенном Королевстве) выявлены женщины, которые не были информированы о том, что они прошли тестирование на ВИЧ до момента получения положительного результата теста (118;119), а в Российской Федерации в одном исследовании 11% ВИЧ-инфицированных женщин не знали о проведенном тестировании (92). Национальные данные, которые представила Российская Федерация, показывают, что в 2008 г. дотестовое консультирование проводилось только у 50% беременных женщин, а послетестовое – у 87% ВИЧ-инфицированных женщин (отчетные данные ВОЗ/ЮНИСЕФ).

В учреждениях, использующих стратегию тестирования «opt-in», где женщины должны сделать активный выбор в пользу прохождения тестирования, исследования показали, что мнение женщин об их низком уровне риска заражения ВИЧ-инфекцией, боязнь негативной реакции партнеров, страх перед стигмой и дискриминацией, а также религиозные и культурные традиции являются основными причинами отказа от тестирования (117;119;120). В одном исследовании, проведенном в Соединенном Королевстве, обнаружено, что у женщин, отказавшихся от дородового скрининга на ВИЧ, уровень распространенности другого передающегося с кровью вируса (ВГВ) был выше, что может также указывать на наличие ВИЧ-инфекции (121). Этот вывод был впоследствии подкреплен результатами оценки частоты перинатальной передачи ВИЧ в 2002-2005 гг., проведенной в Соединенном Королевстве: 54 из 87 ВИЧ-инфицированных младенцев родились от матерей, которым диагноз ВИЧ-инфекции не был поставлен, и 35% из них отказались от тестирования (122).

Стратегии по расширению охвата беременных женщин тестированием на ВИЧ включают тренинг медико-санитарного персонала служб ДРП, направленный на более глубокое понимание преимуществ раннего тестирования на ВИЧ (особенно в учреждениях, использующих тестирование по принципу «opt-in») и повторного предложения пройти тестирование на поздних сроках беременности тем женщинам, которые сначала отказались от него, давая им шанс обсудить вопрос тестирования со своим партнером и осмыслить полученную информацию (123). Охват тестированием будет также зависеть от доступности необходимых ресурсов, а обеспечение постоянного и бесперебойного снабжения является ключевой стратегией для достижения высокого уровня охвата.

5.3.3 Повторное тестирование на ВИЧ на поздних сроках беременности

Повторное тестирование на ВИЧ в третьем триместре у женщин с отрицательными результатами тестирования на ранних сроках беременности позволяет выявить женщин с недавно приобретенной ВИЧ-инфекцией (то есть тех, у кого сероконверсия произошла во время беременности, или тех, которые находились в периоде окна в момент первого тестирования во время беременности) и рекомендуется для использования в качестве стратегии в конкретных условиях (например, в областях с высоким уровнем распространенности) или ситуациях (например, у беременных женщин с высоким и постоянным риском заражения) (4). Повторное тестирование в третьем триместре беременности в некоторых странах, в том числе в Казахстане, Республике Молдова, Российской Федерации и Украине, является частью политики тестирования на ВИЧ. В Санкт-Петербурге в программах экспресс-тестирования в родах частота случаев ВИЧ-инфекции в группе женщин, у которых результаты теста были отрицательными до 34-й

недели беременности, оценивалась в диапазоне от 0,8 до 2,3 на 100 человеко-лет (89), показывая, что повторное тестирование может выявить новые случаи у женщин, у которых сероконверсия произошла во время беременности.

5.3.4 Экспресс-тестирование на ВИЧ в родах

Предложение по проведению экспресс-теста на ВИЧ и консультирования во время родов (если ВИЧ-статус женщин неизвестен) рекомендуется ВОЗ как компонент комплексных услуг по ППМР, и эта рекомендация включена в национальные рекомендации многих европейских стран, включая Казахстан, Кыргызстан, Республику Молдова, Российскую Федерацию, Соединенное Королевство, Украину и Швецию. Этот подход особенно важен для выявления женщин, не обращавшихся за ДРП или не получивших надлежащую ДРП. Хотя в целом уровень охвата ДРП в Европе высокий, ПИН, СР и женщины из других социально уязвимых групп (например, мигранты) часто сталкиваются с проблемами получения ДРП, хотя, как правило, именно эти группы подвержены наибольшему риску ВИЧ-инфекции (89;124).

В Санкт-Петербурге экспресс-тестирование на ВИЧ и программы ППМР используются с 2004 г. в двух городских роддомах, куда направляют женщин из групп «высокого риска», то есть они не получали ДРП, во время беременности не проходили тестирование на ВИЧ или тестирование не соответствовало требованиям (89). Во время недавней проверки было выявлено, что у трети женщин, соответствующих критериям тестирования на ВИЧ, тест не был проведен, а у остальных женщин с отрицательными результатами теста на ранних сроках беременности не проводился повторный тест после 34-й недели. Результаты экспресс-теста были доступны к моменту родов у 90% женщин; однократную дозу невирапина получили 76% ВИЧ-инфицированных женщин и 98% их младенцев (89), по сравнению с уровнем охвата 42% до внедрения программ экспресс-тестирования (124). У четверти ВИЧ-инфицированных женщин, не получивших какой-либо ППМР, самой распространенной причиной этого было позднее обращение в роддом уже в период родов и получение результатов экспресс-теста после родов. Частота ПМР составила 8,6%, но более трети младенцев были потеряны для последующего наблюдения до установления их ВИЧ-статуса.

Фактические данные, полученные в когортном исследовании, проведенном в нескольких городах Украины, подтвердили, что женщины-ПИН принадлежат к группе, у которой особенно велика вероятность выявления ВИЧ-инфекции при экспресс-тестировании во время родов, и что у этой группы вероятность выявления ВИЧ-инфекции во время родов в три раза выше, чем у ВИЧ-инфицированных беременных женщин, не употреблявших инъекционные наркотики или не имевших сексуального партнера-ПИН; большинство женщин с положительными результатами экспресс-теста на ВИЧ получили однократную дозу невирапина (69%) (21).

Быстрое тестирование на ВИЧ во время родов следует рассматривать как специфическую стратегию, предназначенную главным образом для труднодостижимых групп женщин, не получивших ДРП или получивших ДРП в ограниченном объеме. Хотя преимущества выявления ВИЧ-инфицированных женщин даже на этой поздней стадии очевидны, поскольку это дает возможность снизить риск ПМР путем использования АРВ-профилактики во время родов и у новорожденных, а также избежать грудного вскармливания (как показали представленные выше данные из Российской Федерации и Украины), зачастую бывает слишком поздно, чтобы обеспечить профилактику в период родов у этих женщин. Следовательно, в этом случае риск ПМР обычно значительно выше, чем при условии доступности ДРП и тестирования на ВИЧ для этих женщин на ранних сроках беременности, поэтому внимание должно быть сосредоточено на улучшении доступа к ДРП для этих групп социально незащищенных женщин.

5.3.5 Сроки и качество дородового тестирования на ВИЧ и консультирования

Сроки проведения тестирования на ВИЧ во время беременности особенно важны для женщин, нуждающихся в лечении по состоянию их собственного здоровья, а также для ППМР. В определенной степени это зависит от сроков предоставления ДРП. В общей популяции доля женщин, обратившихся в службы ДРП «поздно» (после 16-й недели беременности), отличается по странам Европы – от примерно 4% во Франции и Италии до 18% в Португалии и до 29% в Ирландии (125). Вновь пересмотренное в 2009 г. руководство ВОЗ по использованию АРВ-препаратов для ППМР содержит рекомендацию по более раннему началу профилактики (с 14-й недели беременности); это обосновано тем, что более раннее начало профилактики ограничит возможность потери женщин для последующего наблюдения, что может произойти при отсрочке профилактики до третьего триместра беременности; это также подтверждается данными обсервационных исследований, показавших преимущества более продолжительной ППМР (126). Новая цель состоит в том, чтобы начать профилактику во втором триместре, а не в середине третьего. В обновленном руководстве подчеркивается важность своевременного предоставления беременным женщинам, ТиК.

В одном крупном российском исследовании, проведенном среди женщин, поступивших в медицинское учреждение для родов, обнаружено, что, хотя примерно половина из них уже знала о своем ВИЧ-статусе до беременности, 32% беременных женщин с неизвестным до беременности ВИЧ-статусом диагноз еще не был поставлен после 28-й недели беременности (92). В этом же исследовании 25% женщин не обращались в службы ДРП по причинам, связанным с транспортными проблемами, удаленностью службы от дома, предыдущим негативным опытом и нежеланием использовать такую помощь.

Когортное исследование среди ВИЧ-инфицированных беременных женщин в Украине выявило определенные обнадеживающие тенденции в отношении поздней диагностики ВИЧ-инфекции во время беременности: доля женщин, которым диагноз не был поставлен до родов (из-за отсутствия ДРП), уменьшилась вдвое между 2004-2005 и 2006-2007 гг. – с 12% до 6%; более того, среди женщин с неизвестным ВИЧ-статусом в начале беременности доля тех, кому диагноз был поставлен в первом или втором триместре, увеличилась с 47% в 2000-2001 гг. до 73% в 2006-2007 гг. (21).

В ряде обзоров подчеркивались проблемы, связанные с качеством дородового ТиК в регионе ЦВЕ/СНГ. В одном обзоре политики дородового тестирования на ВИЧ авторы подчеркнули, что в рекомендациях некоторых стран (в том числе в Республике Молдова, Российской Федерации и Украине) отсутствует указание о том, что женщин необходимо информировать о потенциальных рисках тестирования на ВИЧ до получения согласия на проведение теста; кроме того, они указали, что в стратегическом документе Узбекистана отсутствуют какие-либо стандарты, касающиеся требований к дотестовому консультированию (117). В нескольких недавно проведенных исследованиях и при проведении страновых оценок ППМР выявлены различия в охвате и качестве послетестового консультирования, а также отсутствие в некоторых странах надлежащей подготовки у РЗ, которые его проводят, в том числе в Кыргызстане (127), Республике Молдова (87), Российской Федерации (24) и Украине (90). Недавно проведенный в Республике Молдова ситуационный анализ показал, что только 20% беременных женщин прошли дотестовое консультирование, а среди тех, у кого результаты тестирования были положительными, 40% не получили послетестового консультирования (87). В крупном российском исследовании было выявлено, что в 2005-2006 гг. 52% ВИЧ-инфицированных женщин, проживающих в Санкт-Петербурге, и 55% женщин, проживающих в Калининграде, не проходили дотестового или послетестового консультирования (24).

Во многих странах ЦВЕ/СНГ (например, в Российской Федерации и Украине) вертикальная система предоставления услуг в области ВИЧ-инфекции, означает, что женщины с положительными результатами теста направляются в СПИД-центры для подтверждения результатов тестирования и проведения послетестового консультирования. Это может приводить к задержке начала соответствующего лечения и предоставления помощи, или к потере женщин для последующего наблюдения, поскольку они могут столкнуться с рядом препятствий на пути доступа к получению помощи в СПИД-центрах, включая географические барьеры и, возможно, недопонимание необходимости в незамедлительном обращении; последнее обстоятельство является проблемой в ситуации, когда женщина не получила или получила неадекватное дотестовое консультирование или ограниченную информацию. Однако не существует общей для всего региона системы, и в Грузии, например, послетестовое консультирование проводится там же, где дотестовое консультирование и тестирование – в центрах охраны женского здоровья и больницах (128).

Там, где используется стратегия тестирования «opt-out», дотестовое консультирование часто проводится в ограниченном объеме или вообще не проводится, а послетестовое консультирование не предоставляется женщинам с отрицательными результатами теста. Это означает упущенную возможность для проведения первичной профилактики, так как существует вероятность, что в этой ситуации даже те женщины, которые подвержены повышенному риску заражения ВИЧ-инфекцией (например, женщины с партнерами-ПИН), не будут выявлены медицинскими работниками. В системе оказания помощи, где больше внимания уделялось проведению консультированию у всех женщин, этой группе ВИЧ-отрицательных женщин можно было бы предоставить информацию по первичной профилактике, что позволило бы им защитить себя от заражения в будущем. Известно, что, по сравнению с другими женщинами, у беременных женщин повышен биологический риск инфицирования ВИЧ, и он может сочетаться с их собственным рискованным поведением или рискованным поведением их партнеров (129). Высокая частота сероконверсии, которая наблюдалась у беременных женщин в Санкт-Петербурге, указывает на необходимость первичной профилактики среди ВИЧ-отрицательных беременных женщин из групп повышенного риска (89). Как показал проведенный в Соединенном Королевстве анализ данных по перинатальной передаче ВИЧ (2002-2005 гг.) среди ВИЧ-инфицированных детей, рожденных матерями с невыявленной ВИЧ-инфекцией, как минимум 20% детей родились от женщин, у которых сероконверсия произошла во время беременности (122).

В целом, в регионе ЦВЕ/СНГ тестирование партнера в рамках дородового тестирования на ВИЧ не проводится. Таджикистан – единственная страна, в которой намечен прогресс в уровне охвата тестированием половых партнеров; в 2007 г. 32% мужчин-партнеров беременных женщин прошли тестирование на ВИЧ (данные отчетности ВОЗ/ЮНИСЕФ).



© UNICEF/NYHQ2004-0974/Giacomo Pirozzi

6

6. Информированность о ВИЧ-инфекции и о возможностях ППМР среди женщин репродуктивного возраста

Одной из важнейших предпосылок успешной профилактики ВИЧ-инфекции являются точные знания о том, как передается ВИЧ и какие существуют стратегии для предотвращения передачи. Результаты оценки знаний населения по вопросам ВИЧ/СПИДа будут отражать уровень успешности программ в области информации, образования и коммуникации, а также других мероприятий по расширению знаний о надлежащих методах профилактики ВИЧ-инфекции.

Хотя в опросных обследованиях выявлен относительно высокий уровень недостаточной информированности о ВИЧ/СПИДе, некоторые страны региона ЦВЕ/СНГ достигли значительного успеха в расширении знаний у молодых женщин: процент таких женщин (возраст 15-24 года), имеющих всесторонние и правильные знания, увеличился между 2000-2003 и 2005-2008 гг. с 7 до 23% в Армении, с 19 до 42% в Республике Молдова и с 3 до 31% в Узбекистане. Однако в некоторых странах, включая Армению и бывшую югославскую Республику Македонию, по-прежнему наблюдается тенденция к наличию более высокого уровня знаний о СПИДе в зависимости от более высокого социального статуса и уровня образования. Медико-демографическое обследование, проведенное в Украине в 2007 г., показало хороший уровень знаний о способах предупреждения ВИЧ-инфекции среди женщин; при этом примерно девять из десяти женщин признавали важность использования презервативов (92%), половых отношений с одним партнером, не инфицированным ВИЧ (89%), и сочетания этих мер (85%) как способа избежать заражения ВИЧ-инфекцией. Однако у женщин из определенных групп уровень знаний оставался низким: например, больше 25% женщин рома никогда не слышали о СПИДе, и только 14% из тех, кто слышал о СПИДе, знали, как передается ВИЧ-инфекция (130).

Что касается специальных знаний о ПМР, то в Многоиндикаторном кластерном обследовании (МИКО), проведенном в Казахстане в 2006 г. (131), 55% женщин в возрасте 15-49 лет знали о возможности ПМР. МИКО, проведенное в 2006 г. в Узбекистане, показало, что 92% женщин в возрасте 15-49 лет также знали о возможности ПМР, и 73% знали о том, что передача ВИЧ может произойти во время беременности, родов и грудного вскармливания; аналогичные данные были получены в Таджикистане в 2005 г. – 37% и 27% соответственно (131). В других странах ЦВЕ/СНГ, где проводились опросные обследования, доля женщин, обладающих соответствующими знаниями о ПМР (они могли правильно указать три вышеуказанных пути передачи), составляла 40-50%.



© UNICEF Ukraine/2009/Mila Teshaeva

7

7. ППМР и тактика ведения ВИЧ-инфицированных беременных женщин

7.1 Использование АРВ-препаратов для профилактики и лечения

7.1.1 Уровни охвата

В странах ЦВЕ/СНГ наблюдается самый высокий среди стран мира с низким и средним уровнем доходов уровень охвата АРВ-профилактикой ВИЧ-инфицированных беременных женщин и их младенцев. Согласно оценкам, в целом по региону ЦВЕ/СНГ в 2008 г. 45% ВИЧ-инфицированных беременных женщин получали АРВ-препараты для ППМР (при низкой оценке охват 37%, при высокой – 57%). Некоторые страны достигли значительного прогресса в расширении охвата ВИЧ-инфицированных беременных женщин АРВ-профилактикой: в 2008 г. 85-100% беременных женщин с диагнозом ВИЧ-инфекции получали такую профилактику в Беларуси, Грузии, Казахстане, Республике Молдова, Российской Федерации и Украине (табл. 6).

Эти показатели охвата должны рассматриваться с учетом числа родивших ВИЧ-инфицированных женщин, которое существенно отличается в разных странах и отражает разнообразие факторов, в том числе распространенность ВИЧ-инфекции в дородовом периоде, охват дородовым тестированием на ВИЧ, численность женщин, у которых беременность закончилась родами, и число прерванных беременностей за год. Например, в 2008 г. Российская Федерация сообщила о почти 9000, а Украина о более 4000 родов у женщин с диагнозом ВИЧ-инфекция за год, в то время как в Беларуси, Казахстане и Республике Молдова в настоящее время регистрируется от 100 до 300 родов, а в Грузии, Кыргызстане и Таджикистане менее 30 родов в год. Также отмечена вызывающая беспокойство тенденция быстрого роста распространенности ВИЧ-инфекции, выявленного в службах ДРП в Узбекистане.

Таблица 6
Расчетный процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получивших АРВ-препараты для ППМР в 2008 г.

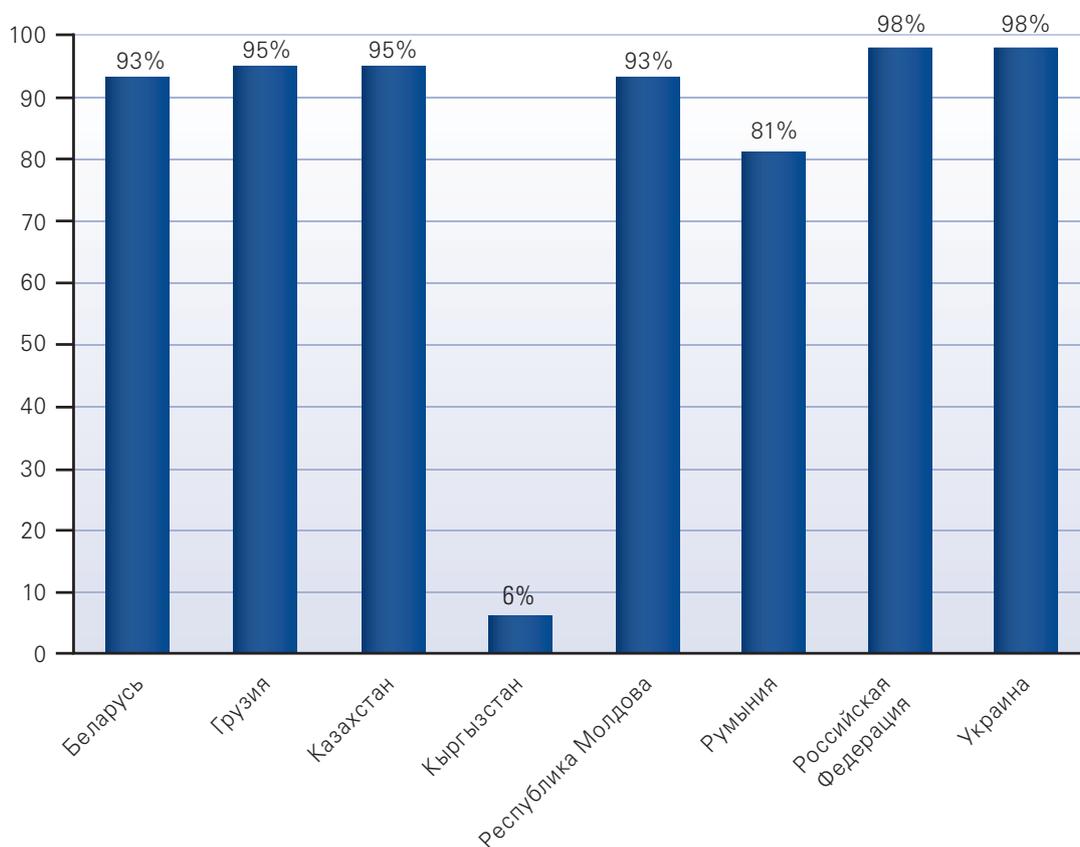
Страна	Зарегистрированный охват женщин, %	Расчетный показатель охвата беременных женщин		Зарегистрированный охват младенцев (%)
		Низкая оценка	Высокая оценка	
Армения		9%	40%	
Беларусь	89%			93%
Болгария		3%	9%	
Грузия	100%	78%	>95%	95%
Казахстан	88%		>95%	95%
Кыргызстан	5%	5%	19%	6%
Республика Молдова	95%			93%
Румыния	55%	32%	>95%	81%
Российская Федерация	92%			98%
Сербия		3%	12%	
Украина	89%	82%	>95%	98%
Узбекистан		17%	74%	

(132)

Уровень охвата младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, АРВ-профилактикой в целом такой же высокий, как и охват профилактикой в антенатальном периоде, или даже выше (рис. 5). Более высокий уровень охвата профилактикой младенцев по сравнению с их матерями указывает на ряд факторов, в том числе на позднюю диагностику ВИЧ-инфекции у женщин и принятую систему направления женщин в СПИД-центры для профилактики или лечения АРВ-препаратами, которая дает женщинам возможность не обращаться в эти службы.

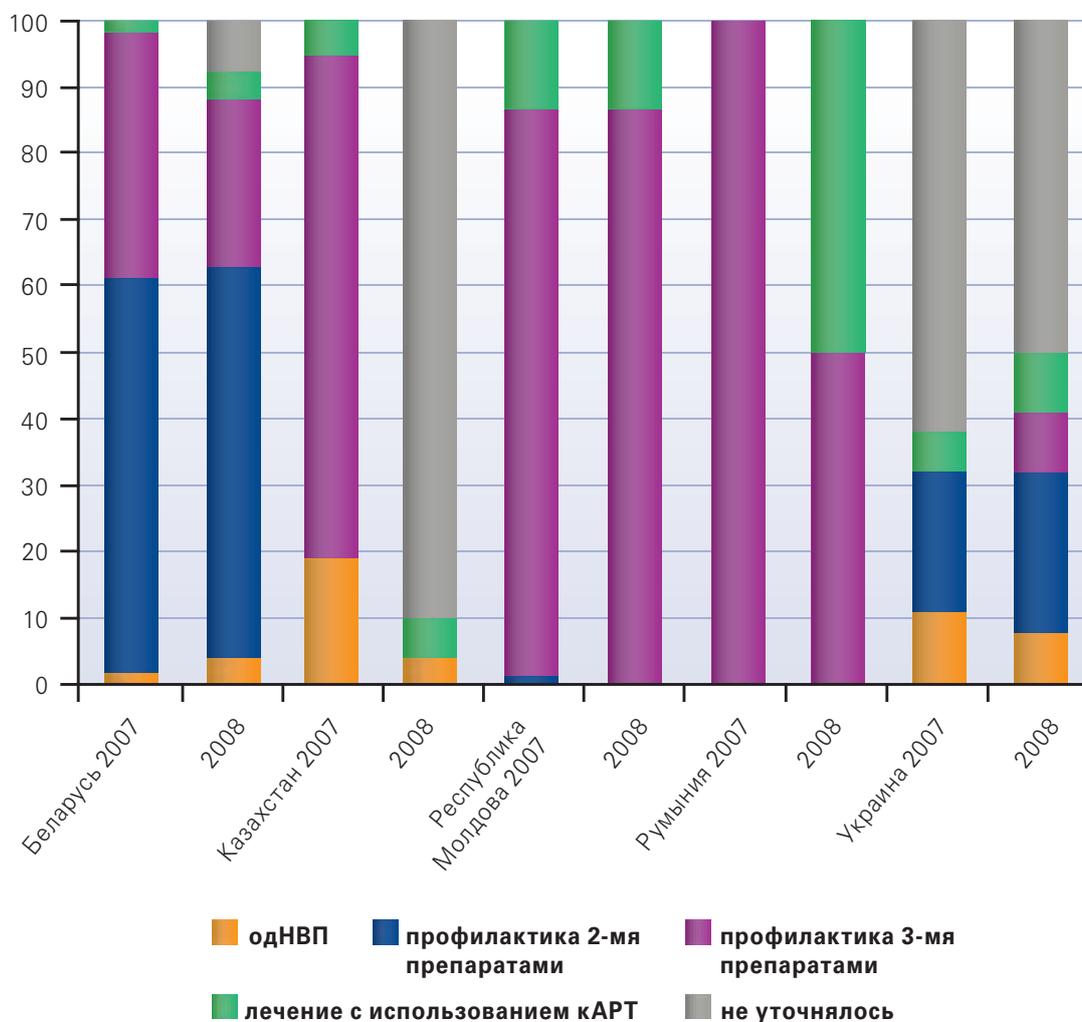
Рисунок 5

Охват младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, АРВ-профилактикой, некоторые страны, 2008 г.



Схемы использования АРВ-препаратов во время беременности существенно отличаются в разных странах. Например, в Грузии и Республике Молдова все ВИЧ-инфицированные беременные женщины, не нуждающиеся в лечении по состоянию собственного здоровья, получают комбинированную АРТ (кАРТ), то есть комбинацию из трех препаратов, тогда как в Беларуси только 25% женщин получают профилактику тремя препаратами, а в основном для профилактики используются два препарата (рис. 6). В Российской Федерации проект по профилактике ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, а также диагностике и лечению ВИЧ-инфекции (осуществлялся в 2006 и 2007 гг.) включал оценку доступности полного курса АРВ-препаратов с целью ППМР для всех ВИЧ-инфицированных беременных женщин. В Украине программа по ППМР была пересмотрена в 2008 г. с внесением рекомендации использовать для профилактики три АРВ-препарата; в 2007 г. у ВИЧ-инфицированных женщин три препарата для ППМР не использовались, а в 2008 г. доля женщин, получавших три препарата для ППМР, составляла 9% (и еще 9% женщин получали во время беременности лечение с использованием кАРТ).

Рисунок 6
Различные схемы АРВ-препаратов, которые получают ВИЧ-инфицированные женщины для профилактики или лечения во время беременности, некоторые страны, 2007-2008 гг.



7.1.2 Оценка соответствия критериям назначения лечения ВИЧ-инфекции

В регионе ЦВЕ/СНГ достигнут неравномерный прогресс в оценке соответствия ВИЧ-инфицированных беременных женщин критериям назначения лечения (на основе клинического статуса и/или числа CD4). Например, хотя около 90% (или больше) всех ВИЧ-инфицированных беременных женщин проходят оценку соответствия в Грузии, Казахстане, Республике Молдова и Украине, менее 5% проходят аналогичную оценку в Кыргызстане. В большинстве стран ВИЧ-инфицированных женщин направляют в СПИД-центры для проведения клинической и иммунологической оценки, хотя в некоторых странах, таких как Кыргызстан, для подсчета клеток CD4 образцы крови собирают и затем переправляют в СПИД-центры (116). В некоторых странах, например, в Кыргызстане и Таджикистане, только один или два центра имеют мощности для проведения таких лабораторных исследований (116).

В странах, достигнувших высоких показателей в области оценки соответствия критериям назначения лечения среди ВИЧ-инфицированных беременных женщин, 3-13% женщин получают

АРТ по состоянию собственного здоровья. Это согласуется с результатами исследований среди ВИЧ-инфицированных беременных женщин в этих же странах, которые показали, что меньшая доля этих женщин имела продвинутую стадию ВИЧ-инфекции (от умеренной до тяжелой) и/или выраженный иммунодефицит (21), а в Грузии СПИД зарегистрирован у 10% ВИЧ-инфицированных беременных женщин (128). Доля ВИЧ-инфицированных беременных женщин в Румынии, соответствовавших критериям назначения АРТ (27%), была выше, чем в других странах региона, что отчасти объясняется растущим числом беременностей в когорте молодых женщин, инфицированных парентерально в 1980-х гг. (133).

7.2 Способ родоразрешения и акушерская тактика

7.2.1 Плановое кесарево сечение

В популяции женщин, которые не кормят грудью, в большинстве случаев ПМР происходит во время родов. Эффективность планового кесарева сечения (КС) для снижения ПМР впервые подтверждена в обсервационных исследованиях, проведенных в начале 1990-х годов (снижение риска примерно на 50%). В 1999 г. результаты одного рандомизированного контролируемого исследования вагинальных родов по сравнению с КС показали эффективность планового КС в 80% случаев (17), а при мета-анализе большого числа индивидуальных данных пациенток из разных стран выявлено 50%-ное снижение риска ПМР при плановом КС (18). Сегодня в Западной Европе отсутствует консенсус относительно дополнительных преимуществ планового КС для женщин, получающих кАРТ. Это находит отражение в разнообразии стратегий родоразрешения у ВИЧ-инфицированных женщин, причем, в отличие от большинства других стран, в некоторых национальных руководствах (например, в Австрии, Германии и Швеции) по-прежнему рекомендуется плановое КС для женщин с неопределяемой вирусной нагрузкой, получающих кАРТ. Однако достигнуто согласие, что в ситуации, когда у женщин вирусная нагрузка находится на определяемом уровне к концу беременности или когда женщина получила профилактику только зидовудином, проведение планового КС обычно рекомендуется. Действующие клинические протоколы, выпущенные Европейским бюро ВОЗ, содержат рекомендации относительно способа родоразрешения при различных клинических сценариях. Например, плановое КС рекомендуется, если уровень вирусной нагрузки у женщины к концу третьего триместра выше 1000 копий/мл, или если при невозможности определения вирусной нагрузки приверженность ВААРТ у женщины составляла <95% (109).

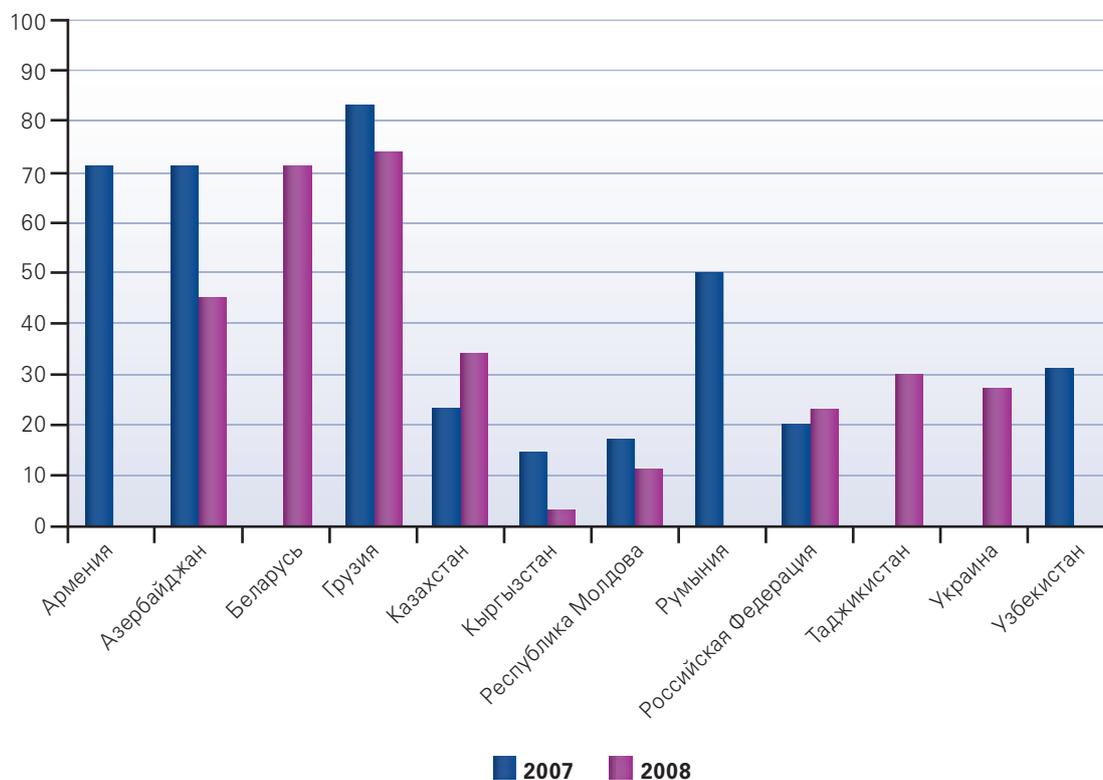
Зарегистрированные показатели частоты планового КС у ВИЧ-инфицированных женщин значительно отличаются в странах ЦВЕ/СНГ при самой высокой частоте в Беларуси и Грузии (>70%) и при частоте ниже 25% в некоторых странах, включая Республику Молдова и Российскую Федерацию (рис. 7). В Центральной Азии данные о способе родоразрешения за 2009 г. показывают расширение охвата плановым КС в Казахстане, Таджикистане и Узбекистане, где частота планового КС достигала 43%, 34% и 58% соответственно (отчетные данные министерства здравоохранения).

Что касается эффективности КС для ППМР в ЦВЕ/СНГ, то в исследовании, проведенном в Украине, зарегистрировано снижение риска ПМР при плановом КС почти вдвое, что соответствует более ранним данным, полученным в условиях эпидемии в Западной Европе (17;21;134). Однако в этом исследовании отмечались выраженные различия в использовании планового КС в качестве вмешательства для ППМР между городами, при самой высокой частоте, зарегистрированной в Симферополе (60%), и самой низкой – в Киеве (10%).

Исследование в Российской Федерации показало, что, хотя значительная доля ВИЧ-инфицированных женщин, опрошенных в послеродовом периоде, была хорошо осведомлена об использовании АРВ-профилактики для ППМР (80%), только треть из них знала, что плановое КС является вмешательством, направленным на ППМР (92). Эти данные соответствуют низким общим показателям применения планового КС у ВИЧ-инфицированных женщин в этой стране.

Рисунок 7

Частота родов с помощью планового КС среди ВИЧ-инфицированных женщин, некоторые страны, 2007 и 2008 гг.



7.2.2 Акушерская тактика

В ходе наблюдательных исследований был выявлен ряд факторов, связанных с акушерской тактикой, которая может повышать риск ПМР. К ним относятся инвазивные акушерские процедуры, например, мониторинг с наложением электродов на головку плода и эпизиотомия в дополнение к продолжительному разрыву плодных оболочек. Доступная информация об особенностях проведения родов у ВИЧ-инфицированных женщин в регионе ЦВЕ/СНГ ограничена. В одном российском исследовании около половины вагинальных родов сопровождалась одним или несколькими осложнениями: акушерскими травмами, преждевременным разрывом плодных оболочек и отсутствием родовой деятельности. В целом, искусственный разрыв плодных оболочек был проведен у 12% женщин, эпизиотомия – у 12% и стимуляция родов – у 12% (92).

7.3 Вскармливание младенцев

При грудном вскармливании риск ПМР увеличивается приблизительно вдвое, и риск остается, пока грудное вскармливание продолжается (6). Полный отказ от грудного вскармливания исключает риск передачи ВИЧ в послеродовой период, в то время как при исключительно грудном вскармливании и прекращении грудного вскармливания, когда ребенку исполняется шесть месяцев, риск постнатальной передачи снижается по сравнению с продолжительным «смешанным» вскармливанием. К другим механизмам снижения постнатальной передачи ВИЧ относится проведение АРВ-профилактики или АРТ для матери в период грудного вскармливания с целью снижения вирусной нагрузки и АРВ-профилактики для младенца, получающего грудное вскармливание (постконтактная профилактика).

В Западной Европе большинство ВИЧ-инфицированных женщин используют для кормления своих младенцев заменители грудного молока. В условиях ограниченных ресурсов риск передачи ВИЧ при грудном вскармливании должен быть взвешен относительно опасности отказа от грудного вскармливания на индивидуальной основе. Искусственное вскармливание приемлемо, осуществимо, финансово доступно, устойчиво и безопасно в большинстве, но не во всех странах региона ЦВЕ/СНГ. Однако в некоторых районах, например, в определенных частях Центральной Азии, отказ от кормления грудью может привести к стигматизации. Хотя в ряде стран региона бесплатное предоставление заменителей грудного молока ВИЧ-инфицированным женщинам является компонентом политики ППМР, оценка реального положения свидетельствует о том, что иногда наблюдаются перерывы в предоставлении этой услуги, связанные, в частности, с проблемами закупок (116;135).

В ходе исследования, недавно проведенного в Центральной Азии, было обнаружено, что в Казахстане, где молочная смесь предоставляется бесплатно, 97% матерей, среди которых в 2008 г. проводилась оценка способа вскармливания младенцев через три месяца после родов, использовали молочную смесь. В Кыргызстане проблемы со снабжением были причиной того, что в 2008 г. только 20% детей ВИЧ-инфицированных матерей получали молочную смесь, а 80% находились на смешанном вскармливании (116). В Таджикистане оценка услуг по ППМР в 2007 г. выявила низкий уровень внедрения стратегии по использованию заменителей грудного молока и бесплатного предоставления молочной смеси (81). Отчетные данные из Российской Федерации показывают, что 2,2% детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, получали грудное вскармливание на протяжении от нескольких дней до нескольких месяцев.

В Республике Молдова оценка навыков проведения консультирования по вопросам вскармливания младенцев среди РЗ показала, что большинство из них имеют адекватные навыки и знания, однако число РЗ, оказывающих практическую поддержку, например, демонстрируя, как правильно приготовить молочную смесь, значительно меньше, и лишь чуть больше 25% показывают женщинам, как это делается.

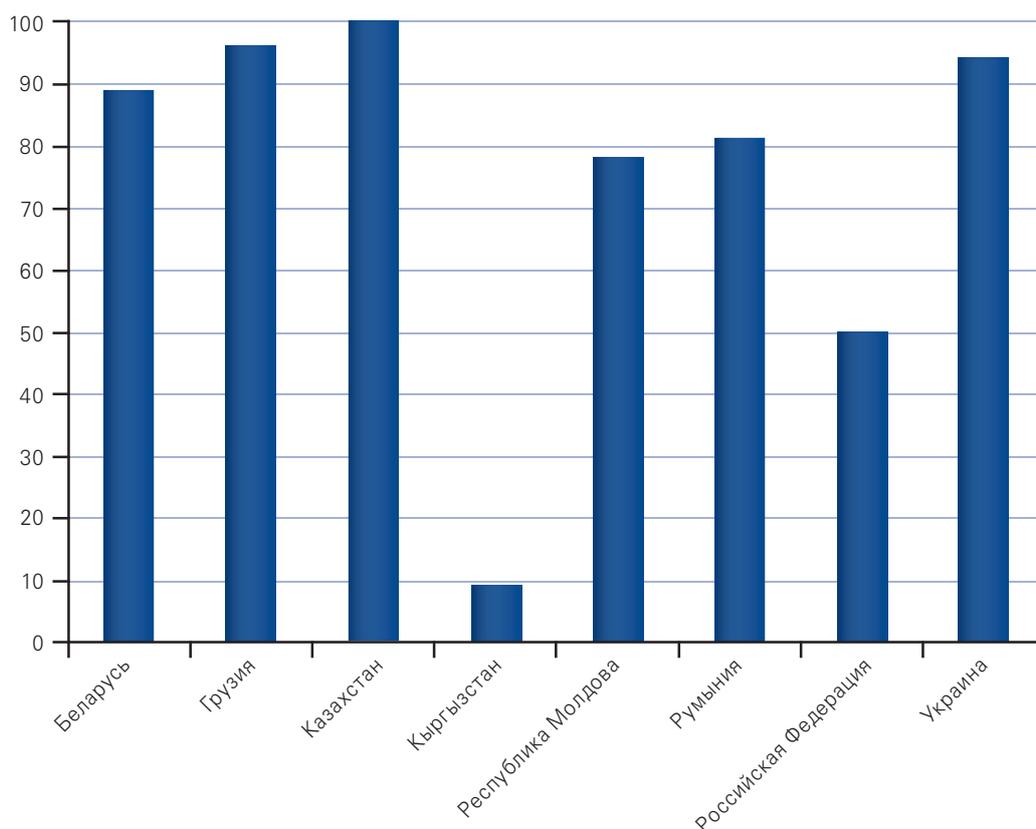
7.4 Ранняя диагностика у младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями

Ранняя диагностика ВИЧ-инфекции у младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, осложняется пассивным переносом материнских антител к ВИЧ внутриутробно и их нахождением в крови ребенка до 18-месячного возраста. Следовательно, тест на антитела к ВИЧ, являющийся «золотым стандартом» диагностики ВИЧ-инфекции у детей более старшего возраста и взрослых, не позволяет поставить окончательный диагноз ВИЧ-инфекции у младенцев до достижения ими возраста 15-18 месяцев, то есть до момента, когда материнские антитела уже не определяются в их крови (в большинстве случаев это происходит примерно в возрасте 12 месяцев). Для ранней диагностики у младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, используется метод полимеразной цепной реакции (ПЦР) с дезоксирибонуклеиновыми (ДНК) или рибонуклеиновыми (РНК) зондами. К преимуществам ранней диагностики относятся более раннее начало АРТ у инфицированных ВИЧ младенцев и более короткая продолжительность профилактики котримоксазолом, а также своевременное проведение вакцинации против туберкулеза (БЦЖ) и против кори, эпидемического паротита и краснухи (КПК) у младенцев, у которых ВИЧ-инфекция не обнаружена. При использовании для диагностики этого метода выявления вируса продолжительность наблюдения за младенцами короче; это помогает уменьшить период неопределенности и стресса у родителей и снижает потери для последующего наблюдения (что может являться основной проблемой, если диагностика основывается на результатах теста на антитела). Кроме того, ранняя диагностика ВИЧ-инфекции у младенцев позволяет точнее оценивать эффективность вмешательств по ППМР и частоту ПМР.

На рис. 8 показана доля младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, у которых проведено либо вирусологическое исследование, либо исследование на антитела к возрасту 12 месяцев (некоторые страны региона). Что касается конкретно вирусологического тестирования,

то в Украине у 41% младенцев, которые были протестированы к возрасту 12 месяцев, ранний диагноз был поставлен с помощью вирусологического теста, а в Грузии этот показатель достигал 100%. В Казахстане в 2008 г. охват младенцев, контактировавших с ВИЧ, охват вирусологическим тестированием к двухмесячному возрасту достигал 95%.

Рисунок 8
Процент младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, которым проведено тестирование на ВИЧ (вирусологическое исследование или тест на антитела) к возрасту 12 месяцев, 2008 г.



Вирусологическое тестирование требует специальных лабораторных мощностей. В некоторых странах региона ЦВЕ/СНГ число учреждений, которые имеют возможность проводить подобные исследования, ограничено. В Украине в трех межобластных лабораториях ПЦР стали использовать для ранней диагностики у контактировавших с ВИЧ младенцев с ноября 2005 г.; планируется проведение такого тестирования еще в четырех межобластных лабораториях. В Казахстане действует та же система, и вирусологическое тестирование проводится в сети из пяти лабораторий, в то время как в Кыргызстане и Таджикистане только одна лаборатория имеет такую возможность. Недавняя оценка, проведенная в Украине, выявила существенные колебания в охвате по областям: в некоторых областях охват младенцев вирусологическим тестированием составляет <20%; кроме того, результаты оценки подчеркнули необходимость подготовки РЗ для повышения уровня знаний о значении и важности ранней диагностики и создания более эффективной системы обратной связи с семьями для сообщения результатов (90). В Грузии внедрена политика тестирования младенцев, контактировавших с ВИЧ, с использованием ПЦР с ДНК-зондами через 48 часов после рождения и в возрасте четырех месяцев (128).

Потеря для последующего наблюдения младенцев, у которых не был определен ВИЧ-статус, является проблемой, в основном связанной с использованием для диагностики ВИЧ-инфекции

теста на антитела. Другие факторы, ассоциирующие с увеличением потерь для последующего наблюдения, включают диагностику ВИЧ-инфекции во время родов, неадекватные консультирование и предоставление информации в службах ДРП и в послеродовом периоде, а также направление матерей для диагностики в СПИД-центры. Низкие показатели последующего наблюдения за ВИЧ-инфицированными женщинами и их детьми в программе по ППМР и экспресс-тестированию в родах, которая проводится в Санкт-Петербурге, указывает, что это является важной областью, требующей улучшения; из-за потерь для последующего наблюдения у 38% младенцев, контактировавших с ВИЧ, ВИЧ-статус был неизвестен через 12-24 месяцев после рождения (89).

Исследование сухого пятна крови (СПК) - удобная методика для стран с низким уровнем доходов; преимущества этого подхода включают простоту сбора образца (венепункция не требуется, так как СПК можно получить путем укола в пятку), а также хранение и транспортировку, не требующих пониженной температуры. В настоящее время для диагностики ВИЧ-инфекции у младенцев образцы крови либо отсылают в референс-лабораторию, либо матерей с детьми направляют в службы, имеющие соответствующее лабораторное оборудование. В регионе существует потенциал для использования метода СПК в программах по ППМР, поскольку этот подход был эффективно использован при дозорном эпиднадзоре и в исследовательских проектах. Его можно использовать для децентрализации диагностических услуг, поскольку образцы СПК у контактировавших с ВИЧ младенцев могут получать РЗ, предоставляющие первичную медико-санитарную помощь. Однако пока эта возможность, позволяющая обеспечить своевременность диагностики ВИЧ-инфекции у детей и расширить охват, остается в регионе неиспользованной.

7.5 Частота передачи ВИЧ от матери ребенку

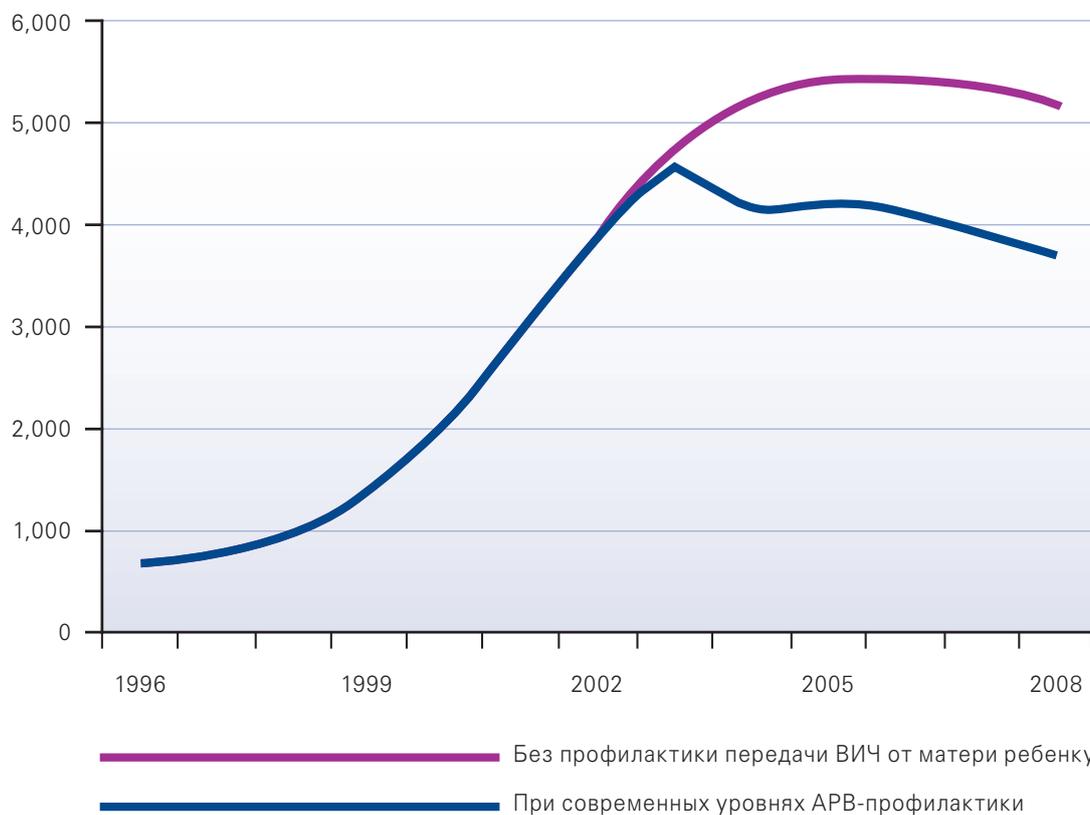
У женщин, которые не кормят грудью, предполагаемая частота ПМР (процент инфицированных младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями) при отсутствии каких-либо вмешательств будет составлять от 20% до 30%. Фактическая ликвидация ПМР означает снижение этого показателя до уровня менее 2%.

Согласно национальным данным, в Украине частота ПМР снизилась с 27,8% в 2001 г. до 6,2% в 2007 г. В проведенном здесь когортном исследовании, включавшем около одной трети всех родивших ВИЧ-инфицированных женщин в стране, частота ПМР снизилась с 15,2% в 2001 г. (95% ДИ, 10,2-21,4) до 6,8% в 2007 г. (95% ДИ, 5,3-8,4); после стратификации по получению АРВ-профилактики или АРТ частота ПМР составила от 26,7% среди женщин, не получавших лечения, до 3,9% среди тех, кто получал схему лечения из трех АРВ-препаратов (все те, кому было показано лечение по состоянию собственного здоровья) (21). В Российской Федерации, по данным Московского центра СПИДа, частота ПМР составляла 7,3% среди ВИЧ-инфицированных беременных женщин и 11,0% среди тех, кто также был инфицирован ВГС. В Санкт-Петербурге, по данным углубленного эпиднадзора в перинатальном периоде, охватывающем 90% ВИЧ-инфицированных женщин, родивших в городе в 2004-2006 гг., частота ПМР составляла 3,9% среди пар мать-младенец, получавших зидовудин на трех этапах (в дородовом периоде, в родах и в неонатальном периоде); 8,6%, когда мать и младенец получали однократную дозу невирапина; и 12,4%, когда только мать или только младенец получали однократную дозу невирапина; следует отметить, что только у 62% младенцев был известен ВИЧ-статус (124). В Республике Молдова национальный показатель частоты ПМР снизился с 10,0% в 2002 г. до 1,7% в 2007 г., что означает фактическую ликвидацию вертикальной передачи ВИЧ (87); в Беларуси частота ПМР снизилась до 4,7% в 2007 г.

Недавние оценки ЮНЭЙДС показывают, что благодаря программам АРВ-профилактики с момента их внедрения в регионе ЦВЕ/СНГ удалось избежать 7000 случаев ВИЧ-инфекции у младенцев (рис. 9). Несмотря на расширение охвата программами по ППМР в Украине, Российской Федерации и в других частях региона, число новых случаев ВИЧ-инфекции у детей увеличилось с 3000 в 2001 г. до 3700 в 2008 г., отражая в основном рост числа ВИЧ-инфицированных беременных женщин, родивших детей.

Рисунок 9

Оценка числа случаев ВИЧ-инфекции у младенцев при современных уровнях использования АРВ-профилактики в регионе ЦВЕ/СНГ (1)



7.6 Примеры некоторых стран

Беларусь

Политика в области ППМР

- Политика в области ППМР пересмотрена в 2008 г.:
 - Стратегия «opt-out» для дородового тестирования на ВИЧ;
 - Тестирование на ВИЧ и консультирование у беременных женщин проводится на уровне первичного предоставления помощи с повторным тестированием в третьем триместре;
 - Экспресс-тестирование в родах рекомендуется женщинам, не прошедшим второго тестирования на ВИЧ и с не подтвержденным документально ВИЧ-статусом;
 - Акушеры-гинекологи и специалисты по инфекционным болезням в учреждениях первичной медицинской помощи несут ответственность за диагностику ВИЧ-инфекции, мониторинг и лечение у ВИЧ-инфицированных женщин (начиная с 2001 г.);
 - Последующее наблюдение и распределение АРВ-препаратов для ВИЧ-инфицированных женщин в обычном порядке осуществляют акушеры-гинекологи в службах ДРП;
 - Использование трех АРВ-препаратов для ППМР у беременных женщин, начиная с 28-й недели гестации.
- 2003 г.:
 - Политика ППМР с использованием зидовудина, начиная с 14-34-й недели гестации;
 - Профилактика зидовудином у новорожденных в течение шести недель;
 - Использование однократной дозы невирапина у женщин в родах и двух доз у новорожденных (вторая доза через 72 часа);
 - Плановое КС рекомендовано ВИЧ-инфицированным женщинам в качестве способа родоразрешения;
 - Искусственное вскармливание рекомендовано всем младенцам, рожденным ВИЧ-инфицированными матерями.

Охват ППМР

- Охват беременных женщин тестированием на ВИЧ >95%.
- Охват ВИЧ-инфицированных беременных женщин АРВ-профилактикой или АРТ - 89%.
- Охват младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, АРВ-профилактикой - 93%.
- Зарегистрированная частота ПМР в 2007 г. - 4,7%.
- Нерешенные **проблемы** включают:
 - Улучшение координации мер по ППМР между секторами;
 - Пересмотр протоколов (упрощение и уменьшение числа);
 - Усиление кадрового потенциала путем обучения персонала;
 - Разработка более совершенных методов мониторинга и оценки (МиО) ППМР;
 - Укрепление системы закупок АРВ-препаратов.

Казахстан

Политика в области ППМР

- Предложение тестирования на ВИЧ в обычном порядке всем беременным женщинам на основе стратегии «opt-out» с проведением тестирования при регистрации беременности и повторно в третьем триместре введено в середине 2006 г.
- Последний вариант политики в области ППМР утвержден в декабре 2008 г.:
 - Все службы, предоставляющие ДРП, проводят добровольное консультирование и тестирование;
 - Экспресс-тестирование в родах у женщин с не подтвержденным документально ВИЧ-статусом с предоставлением однократной дозы невирапина;
 - ППМР тремя АРВ-препаратами, начиная с 24-й недели гестации;
 - Профилактика у новорожденных;
 - Плановое кесарево сечение у женщин с уровнем РНК ВИЧ >1000 копий/мл и у женщин с неизвестной вирусной нагрузкой;
 - Бесплатное предоставление детской молочной смеси.
- Направление ВИЧ-инфицированных женщин в СПИД-центры для оценки соответствия критериям назначения лечения (подсчет CD4 и клиническая оценка) и проведения АРВ-профилактики или АРТ.

Охват ППМР

- Охват беременных женщин тестированием на ВИЧ >95%.
- Охват ВИЧ-инфицированных беременных женщин АРВ-профилактикой или АРТ - 88% (хотя около 50% продолжают получать монотерапию зидовудином, несмотря на утверждение новой политики).
- Охват младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, АРВ- профилактикой - 95%.
- Охват младенцев, контактировавших с ВИЧ, вирусологическим тестированием к возрасту двух месяцев - 95%.
- Оценка соответствия ВИЧ-инфицированных беременных женщин критериям назначения АРТ - 96%.
- Нерешенные проблемы включают:
 - Консолидация усилий по улучшению системы МиО, особенно в отношении сбора и анализа данных на национальном уровне;
 - Движение в направлении увеличения охвата ППМР с использованием трех АРВ-препаратов;
 - Обзор практик вскармливания младенцев.

Республика Молдова

Политика в области ППМР

- Политика в области ППМР пересмотрена в 2008 г.:
 - Стратегия «opt-out» для дородового тестирования на ВИЧ;
 - Тестирование на ВИЧ и консультирование у беременных женщин проводится на уровне первичного предоставления помощи с повторным тестированием в третьем триместре;
 - Экспресс-тестирование в родах рекомендуется женщинам с не подтвержденным документально ВИЧ-статусом (начиная с 2007 г.);
 - Использование для ППМР у беременных женщин схемы из трех препаратов, начиная с 24-й недели гестации;
 - Использование профилактики двумя препаратами у младенцев;
 - Бесплатное предоставление молочной детской смеси в течение первого года жизни ребенка.
- ВИЧ-инфицированные женщины направляются в один из двух СПИД-центров для оценки клинического состояния и необходимости в АРТ.
- Четыре роддома специально предназначены для приема родов у ВИЧ-инфицированных женщин и только в этих учреждениях есть запас АРВ-препаратов для ППМР.

Охват ППМР

- Охват беременных женщин тестированием на ВИЧ >95%.
- Охват ВИЧ-инфицированных беременных женщин АРВ-профилактикой или АРТ - 95%.
- Охват младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, АРВ-профилактикой - 93%.
- Зарегистрированная частота ПМР в 2007 г. <2%.
- Нерешенные проблемы включают:
 - Обеспечение устойчивости программ в ответ на растущее число ВИЧ-инфицированных беременных женщин;
 - Доступ женщин из групп наибольшего риска к услугам по ДРП и ППМР;
 - Интеграция комплексных услуг по ППМР в службы охраны здоровья матери и ребенка;
 - Улучшение доступа к неотложной ППМР для всех ВИЧ-инфицированных женщин, диагноз которым поставлен во время родов;
 - Предоставление консультирования по вскармливанию младенцев после родов;
 - Эффективная связь между службами ППМР, другими службами, осуществляющими профилактику ВИЧ-инфекции и службами планирования семьи;
 - Улучшение качества подготовки РЗ;
 - Тщательные МиО программы ППМР.

(87)

Российская Федерация

Политика в области ППМР

- Давно принята всеобщая стратегия «opt-out» для дородового тестирования.
- Повторное тестирование в третьем триместре и во время родов у женщин с не подтвержденным документально ВИЧ-статусом.
- Использование трех АРВ-препаратов для ППМР, начиная с 2009 г.
- Профилактика у новорожденных.
- Бесплатное предоставление детской молочной смеси.

Охват ППМР

- Охват беременных женщин тестированием на ВИЧ >95%.
- Охват ВИЧ-инфицированных беременных женщин АРВ-профилактикой или АРТ - 92%.
- Охват младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, АРВ-профилактикой - 98%.
- Нерешенные проблемы включают:
 - Расширение охвата и улучшение качества тестирования и консультирования у беременных;
 - Более раннее выявление ВИЧ-инфекции у беременных женщин с неизвестным ВИЧ-статусом в начале беременности.

Украина

Политика в области ППМР

- Политика дородового тестирования на ВИЧ на основе стратегии «opt-out».
- Тестирование на ВИЧ и консультирование для беременных женщин проводится на уровне первичного предоставления помощи с повторным тестированием в третьем триместре.
- Экспресс-тестирование в родах рекомендуется женщинам с не подтвержденным документально ВИЧ-статусом (начиная с 2003 г.).
- 2001 г.: в основе ППМР – прием однократной дозы невирапина.
- 2003 г.: пересмотр политики, заключающейся в приеме зидовудина, начиная, по крайней мере, с 28-й недели гестации; дополнительное назначение однократной дозы невирапина женщинам, диагноз которым был поставлен после 28-й недели гестации, и расширенная схема профилактики у новорожденных (четыре недели).
- 2008 г.: использование трех АРВ-препаратов для ППМР у беременных женщин, начиная с 24-й недели гестации.
- Бесплатное предоставление детской молочной смеси.

Охват ППМР

- Охват беременных женщин тестированием на ВИЧ >95%.
- Охват ВИЧ-инфицированных беременных женщин АРВ-профилактикой или АРТ - 89%.
- Охват младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями АРВ-профилактикой - 98%.

Оценка на национальном уровне

- ✓ Используемая в настоящее время политика в области ППМР включает все четыре компонента.
- ✓ Многосекторальный подход с разделением ответственности между пятью министерствами укрепил сотрудничество и улучшил координацию.
- ✓ Тенденция более ранней постановки диагноза во время беременности и снижение доли женщин, диагноз которым поставлен в родах, обеспечивают возможности предоставления более эффективных схем АРВ-профилактики.
- ✓ Значительный прогресс в области охвата ППМР.
- ✗ Социально уязвимые группы населения имеют ограниченный доступ к услугам по ППМР.
- ✗ Ограниченные возможности для наблюдения за состоянием здоровья ВИЧ-инфицированных беременных женщин (определение CD4 и вирусной нагрузки).
- ✗ Отсутствует система обеспечения качества ППМР; система МиО требует обновления.
- ✗ Отсутствие децентрализации предоставления услуг в области ВИЧ-инфекции (лечение, диагностика, последующее наблюдение).
- ✗ Предупреждение перебоев в снабжении и необходимость улучшения системы закупок.

Данные многоцентрового когортного исследования ВИЧ-инфицированных беременных женщин и их детей

- Доля ВИЧ-инфицированных женщин, которым диагноз поставлен во время родов, уменьшилась вдвое между 2004-2005 гг. и 2006-2007 гг. – с 12% до 6%.
- Процент женщин, не получавших никакой АРВ-профилактики, снизился с 18% в 2001 г. до 7% в 2007 г.
- После 2004 г. использование дородовой профилактики зидовудином значительно увеличилось, а использование однократной дозы невирапина уменьшилось.
- Медианная продолжительность дородовой профилактики зидовудином увеличилась с 24 до 72 дней между 2000 и 2007 гг.
- Риск ПМР при использовании планового КС уменьшился на 43% по сравнению с вагинальными родами и на 75% при использовании зидовудина по сравнению с отсутствием профилактики (скорректированный анализ).

7.7 Недостатки и проблемы при осуществлении ППМР

Ежегодная оценка ответных мер сектора здравоохранения на эпидемию ВИЧ/СПИДа, проводимая ВОЗ, ЮНЭЙДС и ЮНИСЕФ, включает определение основных препятствий для внедрения ППМР. Обобщенные данные из восьми стран региона ЦВЕ/СНГ (Беларусь, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Румыния, Таджикистан и Украина), представленные на рис. 10, показывают, что наиболее серьезные проблемы связаны с финансированием и МиО. На страновом уровне ни одно из этих препятствий не было указано в сообщениях из Беларуси и Казахстана, а каждая из остальных стран сообщала о наличии от четырех до семи из этих недостатков и проблем.

Эффективность работы служб, предоставляющих ППМР, как и других программ в области ВИЧ-инфекции, зависит от доступности соответствующих ресурсов для проведения тестирования и лечения/профилактики. Результаты оценки, проведенной недавно в Алма-Ате и Темиртау (Казахстан), хотя и не специально предназначенной для оценки ППМР, привлекли внимание к проблеме дефицита АРВ-препаратов и указали на необходимость изучения и поддержания цепи поставок препаратов, используемых для лечения ВИЧ-инфекции (136). Аналогичная оценка, проведенная в 2007 г. в Украине, показала необходимость разработки адекватных систем для прогнозирования потребностей в лекарственных препаратах и регулирования поставок между регионами в контексте долгосрочных требований по расширению АРТ (88).

7.8 Женщины - потребители инъекционных наркотиков и ППМР

Среди женщин-ПИН часто наблюдается низкий уровень обращаемости за медико-санитарной помощью. Это не только отражает трудности доступа, но в ряде случаев может также объясняться характерным для этой группы женщин стремлением избежать обращения за медицинской помощью, если, например, они раньше сталкивались со стигмой и дискриминацией, или если у них связаны какие-то другие негативные переживания с получением медицинских услуг. В регионе ЦВЕ/СНГ зарегистрированы высокие показатели позднего обращения беременных женщин-ПИН за ДРП, и многие ПИН не обращаются за помощью до самых родов. Например, по данным одного украинского исследования, вероятность постановки диагноза ВИЧ-инфекции с помощью экспресс-теста только во время родов была в 3,5 раза выше у женщин-ПИН, чем у женщин, не потребляющих наркотики, а у 22% ПИН с неизвестным ВИЧ-статусом в момент зачатия диагноз был поставлен после тестирования в родах по сравнению с 5% женщин, не потребляющих инъекционные наркотики (137). Вне зависимости от ВИЧ-статуса, у женщин-ПИН выше, чем у других женщин, вероятность родить ребенка, имеющего проблемы со здоровьем, включая абстинентный синдром; низкий вес при рождении и другие осложнения, связанные с преждевременными родами или другими врожденными инфекциями; это указывает на острую необходимость в улучшении доступа женщин-ПИН к ДРП (138). По результатам исследований, проведенных в Российской Федерации среди ВИЧ-инфицированных беременных женщин или женщин в послеродовом периоде, частота коинфекции ВГС составила 50-65%, а коинфекции ВГВ - 10-20% (либо все эти женщины, либо большая их часть были ПИН); частота коинфекции ИППП составляла 20-37% среди женщин, не сообщивших о занятости в сфере коммерческого секса, возрастая примерно до 60% среди СР-ПИН (24;75;92).

Стратегии ППМР, которые включают рекомендацию проведения экспресс-тестирования на ВИЧ в родах у женщин с не подтвержденным документально ВИЧ-статусом, дают возможность выявить недигностированную ВИЧ-инфекцию у ПИН в это время. Такая стратегия используется в некоторых странах ЦВЕ/СНГ, в том числе в Казахстане, Республике Молдова, Российской Федерации и Украине. Однако программный опыт применения экспресс-тестирования на ВИЧ и ППМР в Санкт-Петербурге показывает, что даже при этих условиях у ПИН вероятность родить ребенка, не получив результата экспресс-теста, в три раза выше, чем у других женщин, что в значительной степени является отражением характерной для них тенденции обращаться за медицинской помощью уже

Рисунок 10
Основные недостатки и проблемы при внедрении ППМР*



* на основе национальных данных, представленных Беларусью, Грузией, Казахстаном, Кыргызстаном, Республикой Молдова, Румынией, Таджикистаном и Украиной.

после начала схваток (89). В некоторых городах и странах (например, в Санкт-Петербурге и в Республике Молдова) при существующей системе только в небольшом числе специализированных родильных домов для женщин из групп «высокого риска» ПМР доступна экстренная ППМР в родах. Вероятно, отсутствие всеобщего доступа к таким услугам также играет определенную роль в недостаточном охвате ПИН (87;89). Даже в ситуации, когда экспресс-тест проводится, некоторые ВИЧ-инфицированные ПИН не получают ППМР в родах, так как вовремя не получают результаты теста. В программе, которая проводилась в Санкт-Петербурге, 24% женщин с положительными результатами экспресс-теста не получили никакой АРВ-профилактики, хотя 98% младенцев, родившихся от инфицированных матерей получили АРВ-профилактику (89).

В группе женщин-ПИН, которым проводится профилактика во время родов, риск ПМР будет значительно выше, чем если бы они получали профилактику в дородовом периоде. Кроме того, у женщин-ПИН риск ПМР может быть повышен из-за сопутствующих инфекций, некоторые из которых можно было бы диагностировать и лечить при адекватном доступе к ДРП. Например, выявление сифилиса у будущей матери позволяет начать лечение, которое предупреждает развитие врожденного сифилиса и снижает риск ПМР, поскольку сочетанное инфицирование сифилисом во время беременности ассоциируется с 4-кратным повышением риска ПМР (когортное исследование новорожденных в Украине) (58). Последние данные, полученные в этом же когортном исследовании, показали, что у женщин-ПИН вероятность передачи ВИЧ своим новорожденным детям была почти в полтора раза выше по сравнению с женщинами, не употреблявшими наркотики, даже с учетом низкого охвата последних ППМР и высокой частотой преждевременных родов (еще один фактор риска ПМР); нескорректированные показатели ПМР за период 2000-2008 гг. составили 13,8% для ПИН по сравнению с 1,6% для женщин, не употреблявших наркотики, тогда как среди ПИН, которым диагноз ВИЧ-инфекции был поставлен с помощью экспресс-теста только в родах, частота ПМР составила 20,3% (137).

ПИН и ППМР: Данные Европейского совместного исследования среди ВИЧ-инфицированных женщин в Украине

Когортное исследование ВИЧ-инфицированных беременных женщин и их детей:

- У одной из пяти женщин употребление инъекционных наркотиков в анамнезе, и как минимум 20% женщин употребляли «уличные наркотики» во время беременности
- 65% были коинфицированы ВГС, 10% были HBsAg-положительными и у 2% был сифилис
- Увеличение доли ПИН, знающих свой ВИЧ-статус до беременности, (с 31% в 2000-2001 гг. до 67% в 2008-2009 гг.)
- Среди ПИН с неизвестным ВИЧ-статусом в момент зачатия у 22% ВИЧ-инфекция диагностирована с помощью экспресс-теста во время родов по сравнению с 5% среди беременных женщин, не являющихся ПИН
- Доступ к ППМР у ПИН существенно хуже, чем у других женщин
 - В целом одна из пяти женщин-ПИН не получает АРВ-профилактику по сравнению с одной из 14 женщин, не являющихся ПИН
 - 24% женщин-ПИН получали только одну дозу невриапина по сравнению с 9% женщин не являющихся ПИН
- Однако с течением времени ситуация улучшилась
 - У женщин-ПИН, родивших в 2008-2009 гг., вероятность получить ППМР была примерно в три раза выше, чем у родивших до 2002 г. (показатели улучшения несколько ниже, чем среди женщин, не являющихся ПИН)
- В 2000-2008 гг. частота ПМР среди женщин-ПИН составляла 13,8% по сравнению с 6,1% среди женщин, не являющихся ПИН

(137)

7.8.1 Поддерживающая терапия агонистами опиоидов

Лечение наркозависимости с использованием поддерживающей терапии агонистами опиоидов ассоциируется со стабилизацией состояния здоровья ПИН и улучшением их социальной ситуации и позволяет обеспечить доступ к различным медицинским службам (138). Показано, что этот подход значительно снижает уровень потребления опиоидов и других наркотиков, смертности, криминальной активности, рискованного в отношении ВИЧ-инфекции поведения и отказа от лечения по сравнению с детоксикацией или отсутствием терапии (139). Метадон и бупренорфин включены в список жизненно важных лекарственных средств ВОЗ, отражая огромную доказательную базу о преимуществах поддерживающей терапии агонистами опиоидов. Для беременных женщин доступ к такой поддерживающей терапии является возможностью получения доступа к услугам по ДРП, включая ППМР. Недавно пересмотренное руководство ВОЗ содержит рекомендации, поощряющие проведение заместительной терапии метадонем и бупренорфином среди беременных, с предпочтением выбора в пользу метадона, поскольку получено больше доказательств его безопасности во время беременности (139). Беременные женщины, уже получающие такую поддерживающую терапию, должны продолжать ее на протяжении всей беременности для снижения риска рецидива и плохих исходов беременности, связанных с резким отказом от опиатов.

Высокая частота лечения наркозависимости в анамнезе у активных ПИН в регионе ЦВЕ/СНГ указывает на повышенную частоту неудачной детоксикации и на необходимость изменения стратегии лечения наркозависимости; например, в одном исследовании в Украине 45% ПИН имели опыт предыдущего лечения наркозависимости (детоксикации), а в исследованиях, проведенных в Российской Федерации, эти цифры составили от 36% до 40% (40;41;140). Во всех странах региона ЦВЕ/СНГ, за исключением Российской Федерации, сегодня действуют программы поддерживающей терапии агонистами опиоидов. Однако во многих странах их внедрение не пошло дальше пилотных программ, а в Узбекистане пилотная программа была закрыта правительством. Кроме того, связь со службами, предоставляющими ППМР, как правило, остается слабой. Следует отметить, что в Кыргызстане и Украине поддерживающая терапия метадонем была включена в большинство последних протоколов по ППМР. Недавно проведенный обзор услуг, предоставляемых беременным женщинам-ПИН, показал, что в Кыргызстане, Узбекистане и Украине лишь небольшое число женщин пользуются услугами этих программ (50). Препятствуют обращению беременных женщин или женщин с детьми в такие программы опасения быть разлученной с ребенком или потерять опеку над ним; возражения партнеров также препятствовали обращению женщин в подобные службы (50).

Региональный опыт предоставления поддерживающего лечения агонистами опиоидов беременным женщинам в ЦВЕ/СНГ отсутствует; при этом наблюдается ряд пробелов в знаниях. Например, при недавно проведенной в Республике Молдова оценке больше половины опрошенных РЗ заявляли, что при консультировании беременных женщин, употребляющих наркотики, они предлагали им немедленно отказаться от их использования (это не рекомендуется, так как резкий отказ от наркотиков ассоциируется с внутриутробной смертью плода), и меньше 5% сообщили, что направляли женщин в программы лечения метадонем (87).



© UNICEF Ukraine/ 2010 /Giacomo Pirozzi

8

8. Планирование семьи и ВИЧ-инфицированные женщины

Предоставление услуг по планированию семьи ВИЧ-инфицированным женщинам важно не только для предупреждения нежелательной беременности и обеспечения возможности соответствующим образом планировать рождение детей, но также для предупреждения дальнейшей передачи ВИЧ половым партнерам.

Хотя многие ВИЧ-инфицированные женщины детородного возраста имеют ВИЧ-инфицированных половых партнеров (конкордантный ВИЧ-статус), значительная доля ВИЧ-инфицированных женщин либо не имеет постоянного партнера, либо пара является дискордантной по ВИЧ-статусу (партнер не инфицирован ВИЧ). Рекомендуется использование барьерной контрацепции для пар, в которых оба партнера инфицированы, а также для дискордантных пар; в первом случае для предупреждения суперинфекции или инфекции другим штаммом ВИЧ, во втором - для предупреждения гетеросексуальной передачи ВИЧ. В исследовании, проведенном в Украине среди женщин, инфицированных в послеродовом периоде, 27% из них имели сексуального партнера, не инфицированного ВИЧ, 40% имели ВИЧ-инфицированного партнера и оставшаяся треть либо не знали ВИЧ-статуса партнера, либо в данный момент не имели партнера (100;141). Партнеры женщин в конкордантных парах в два раза реже использовали презервативы после родов, чем в дискордантных.

Нежелательная беременность у ВИЧ-инфицированных женщин может повышать риск как ПМР, так и отказа от ребенка, особенно среди социально уязвимых женщин (например, ПИН или нелегальных иммигрантов), которые могут быть не охвачены услугами по ДРП, мероприятиями по предоставлению АРТ или ППМР или не иметь доступа к безопасному аборту. Частота нежелательной беременности, вероятно, будет выше среди ПИН, у которых определяется низкий уровень использования эффективных методов контрацепции. Кроме того, беременные женщины-ПИН могут не догадываться о своей беременности до того момента, когда уже поздно делать аборт, из-за связанной с потреблением наркотиков аменореей, что повышает в этой группе риск отказа от младенцев.

Политика бесплатного предоставления контрацептивов ВИЧ-инфицированным женщинам разработана в нескольких странах ЦВЕ/СНГ. Однако она внедряется слабо, и оценки, проведенные в странах, показали фрагментированное предоставление услуг по предупреждению нежелательной

беременности у ВИЧ-инфицированных женщин в таких странах, как Республика Молдова (87) и Украина (90). В недавно проведенном в Республике Молдова исследовании выявлено, что консультирование по вопросам планирования семьи у ВИЧ-инфицированных женщин в основном проводилось в СПИД-центрах, а при его предоставлении на уровне первичной медицинской помощи качество в ряде случаев было неадекватным (87). В Украине в ходе исследования, проведенного среди женщин, заразившихся ВИЧ-инфекцией в послеродовом периоде, было обнаружено, что потребность женщин в контрацептивах там не удовлетворялась: 23% из них не планировали последнюю беременность, 20% на момент исследования не использовали никакого метода планирования семьи (хотя некоторые из женщин сообщали, что не имели половых контактов в это время) и еще 20% женщин использовали неэффективные методы предохранения (например, прерванный половой акт). Более того, наиболее важным фактором, ассоциирующимся с отсутствием постнатальной контрацепции, была финансовая недоступность, несмотря на существующую национальную политику бесплатного предоставления контрацептивов (100;141). Оценка, проведенная в 2007 г. в Кыргызстане, показала, что распространение контрацептивов для ВИЧ-инфицированных женщин осуществлялось через НПО и не было связано со службами, предоставляющими лечение и помощь при ВИЧ-инфекции. Кроме того, из стран Центральной Азии сообщали о перерывах в поставках товаров для планирования семьи.



© UNICEF/UKRA01237/Giacomo Pirozzi

9

9. Отказ от младенцев

Сегодня в Западной Европе ВИЧ-инфицированные матери редко отказываются от своих младенцев, но на ранних стадиях эпидемии это было распространенным явлением. По данным когортного исследования, проведенного в восьми странах Западной Европы, 6,5% детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями в 1986-1996 гг., были оставлены при рождении; 45% матерей, включенных в когортное исследование, в это время были активными ПИН; один из десяти младенцев оставался в больнице больше обычного периода после родов, и половина из них страдала абстинентным синдромом новорожденных; в большинстве случаев отказ от детей в послеродовом периоде ассоциировался с потреблением наркотиков матерью. К 6-месячному возрасту примерно четверть детей, родившихся от матерей-ПИН, уже не жили с родителями по сравнению с 5% детей, матери которых не употребляли наркотики (142;143).

В регионе ЦВЕ/СНГ частота отказа ВИЧ-инфицированных матерей от своих детей составляет 12% в Украине (144) и примерно 20% в Российской Федерации (ЮНИСЕФ, 2004). Частоту отказов среди ВИЧ-инфицированных женщин необходимо рассматривать в контексте уровня отказов в целом: согласно оценкам, на национальном уровне в Российской Федерации 0,5% младенцев помещаются в специализированные учреждения, при значительных колебаниях по регионам, достигая, например, 1% в Санкт-Петербурге (145). В Украине этот показатель оценивается примерно в 1% (146).

В исследовании, проведенном в Санкт-Петербурге (Российская Федерация) в 1998-2002 гг., обнаружено, что 26% ВИЧ-инфицированных женщин, не получавших ДРП, и 4% женщин, получавших подобные услуги, оставили своих младенцев на попечение государства (147). Недавно проведенная проверка работы программ экспресс-тестирования на ВИЧ в Санкт-Петербурге выявила, что 50% ВИЧ-инфицированных женщин, родивших в течение 7-месячного периода 2004 г., отказались от своих младенцев (124). Следует отметить, что ВИЧ-инфекция у всех этих женщин была выявлена при быстром тестировании во время родов и почти все женщины, отказавшиеся от младенцев, сообщили, что беременность была незапланированной. Из других регионов Российской Федерации в Калининградской области выявлена такая же высокая доля ВИЧ-инфицированных женщин, отказавшихся от своих младенцев (18%, 1987-2003 гг.), в то время как в Московской, Оренбургской областях и в Татарстане эта цифра ниже 10% (145).

Более поздние данные по России (с 2008 г.) показали существенные различия по регионам в частоте отказа от младенцев среди ВИЧ-инфицированных женщин в зависимости от региона; при

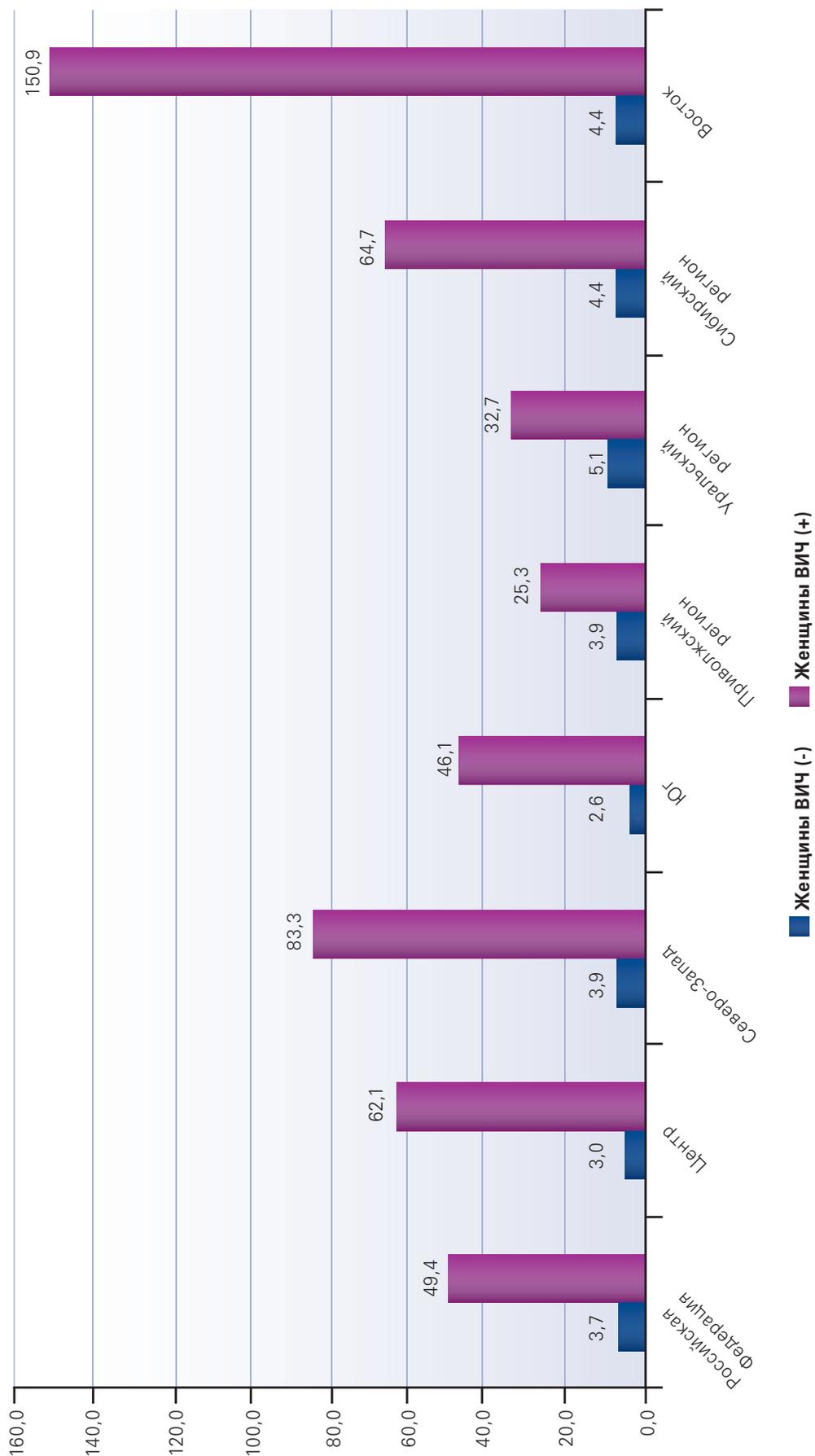
этом наблюдалось значительно большее единообразие и существенно более низкие показатели среди женщин, не инфицированных ВИЧ (рис. 11) (148). Следует отметить, что в Российской Федерации расчетная доля ВИЧ-инфицированных женщин, отказавшихся от своих младенцев, снижалась с течением времени – с 11% в 2000 г. до 5% в 2003 г. и до 6,6% в 2008 г. (145;148). В когортном исследовании ВИЧ-инфицированных женщин и их младенцев в Украине доля женщин, отказавшихся от своих младенцев при рождении, была ниже, чем зарегистрированная в других исследованиях (в целом около 2%), но при сходной тенденции к снижению – с 4% в 2000-2002 гг. до 1,5% в 2006-2009 гг. (149). Это снижение наблюдалось одновременно с расширением масштабов ППМР, и после корректировки по социально-демографическим факторам, включая употребление инъекционных наркотиков, у женщин, получавших АРТ в дородовом периоде, риск отказа от младенцев был значительно ниже, чем у женщин, получавших только однократную дозу невирапина (из-за поздней диагностики ВИЧ-инфекции); вероятность отказа от младенцев у женщин, не имеющих партнеров-сожителей и являющихся активными ПИН, была выше (149).

Отчеты стран, представленные ВОЗ/ЮНИСЕФ, показали, что в Грузии, Казахстане, Кыргызстане, Румынии и Таджикистане инфицированные ВИЧ женщины, родившие в 2008 г., не отказались от своих младенцев в первый год их жизни, а в Молдове, Азербайджане и Беларуси показатели отказа от младенцев составили 1%, 4% и 5% соответственно.

В результате углубленного качественного исследования проблемы отказа ВИЧ-инфицированных матерей от своих младенцев, включавшего женщин, которые отказались и которые не отказались от ребенка, а также членов их семей и РЗ из четырех регионов Российской Федерации, был сделан вывод, что наличие ВИЧ-инфекции не является главной причиной отказа (150). К основным факторам повышения вероятности отказа, выявленным в этом исследовании, относились: нежелательная беременность, отсутствие поддержки в семье, употребление наркотиков и алкоголя, страх иметь ребенка с врожденными дефектами или ребенка-инвалида и принадлежность к наиболее уязвимой социально-экономической группе населения. Из этих факторов риска самым значительным была нежелательная беременность. Исследователи обнаружили пробелы в знаниях о контрацепции в группе ВИЧ-инфицированных женщин, отсутствие интереса к использованию контрацепции, страх в отношении гормональной контрацепции и представление о контрацепции, как о неэффективном методе. В ходе исследования также было установлено, что иногда женщинам рекомендовали отказаться от ребенка или оказывали на них давление члены собственной семьи или РЗ, хотя при этом были случаи, когда бабушки и дедушки были бы счастливы заботиться о таких детях. В других исследованиях обнаружено, что многие из этих же факторов ассоциировались с отказом от младенцев, но, кроме того, дополнительно сообщалось, что такие факторы, как неполная семья или уже имеющийся один ребенок (или несколько), повышают риск отказа (144;149). Среди женщин-ПИН отказ от младенцев вскоре после родов может быть спровоцирован тем, что им необходимо покинуть больницу в поисках наркотиков; этот факт в сочетании с высокими показателями нежелательной беременности, плохим доступом к услугам по прерыванию беременности и часто с отчуждением со стороны членов семьи позволяют понять, почему отказ от детей так распространен в этой группе. В ряде исследований была зарегистрирована широкая распространенность отрицательного отношения РЗ к ВИЧ-инфицированным беременным и матерям и высокая вероятность стигматизации и дискриминации в отношении женщин, употребляющих наркотики, что может еще больше увеличивать вероятность отказа от ребенка (145;150).

Младенцы, от которых отказываются ВИЧ-инфицированные женщины, с большей вероятностью инфицированы ВИЧ, чем те, которые остаются под опекой родителей (149). Это указывает на наложение факторов риска (в частности, отсутствия ДРП и в результате этого отсутствия комплексных мер по ППМР), а не на тенденцию отказа женщин только от ВИЧ-инфицированных детей, так как в большинстве случаев в момент отказа они не знают об их ВИЧ-статусе.

Рисунок 11
Частота отказов от младенцев после родов (на 1000 живорождений) в Российской Федерации, 2008 г.



9.1 Подходы к предупреждению отказов

Создается впечатление, что отказ от младенца вызван не самой ВИЧ-инфекцией у матери, а является отражением множества проблем, с которыми сталкиваются ВИЧ-инфицированные женщины и женщины из групп риска. Основной подход к профилактике заключается в укреплении эффективности и качества работы медицинских и социальных служб для всех обездоленных женщин, а не только для женщин, инфицированных ВИЧ. Это относится к службам ДРП, программам заместительной терапии для потребителей наркотиков, службам планирования семьи и предоставления финансовой поддержки, оказывающим услуги, не допуская стигматизации и дискриминации, что может потребовать от РЗ специального образования и подготовки. К примерам подходов, направленных на предупреждение отказов от детей, относится проект «МАМА+», который осуществляется в Санкт-Петербурге, а также в Киеве, Донецке и Симферополе (Украина). Проект обеспечивает женщинам возможность ухаживать за своим ребенком, предоставляя им всесторонние индивидуальные услуги, включая посещения семей, консультирование и помощь в получении социальной поддержки (151).



© UNICEF/UKRA00911/Giacomo Pirozzi

10
—
11

10. Прерывание беременности среди ВИЧ-инфицированных женщин

Сравнивать доли прерванных беременностей у ВИЧ-инфицированных женщин между странами трудно, поскольку сбор данных осуществляется по-разному и на них влияет политика тестирования на ВИЧ. В Российской Федерации в 2007 и 2008 гг. соответственно 40 и 38% всех беременных женщин с положительными результатами тестирования на ВИЧ прервали беременность, а женщины, прошедшие тестирование, включали как тех, кто обращался за ДРП, так и тех, кто обращался по поводу прерывания беременности. В Украине данные по прерыванию беременности среди ВИЧ-инфицированных женщин доступны только для женщин, которые знают о своем положительном ВИЧ-статусе до беременности, и частота прерывания беременности составляла 9% в 2007 г. и 14% в 2008 г. В Казахстане, где, как и в Российской Федерации, все беременные женщины проходят тестирование на ВИЧ, 34% ВИЧ-инфицированных женщин прервали беременность в 2008 г. и 38% - в 2009 г. (данные сектора здравоохранения).

Обстоятельства, по которым ВИЧ-инфицированные женщины прерывают беременность в странах Восточной Европы и Центральной Азии, вряд ли отличаются от других стран. Например, в некоторых случаях это женщины, которые уже знали свой ВИЧ-статус до беременности, но беременность была незапланированной, и они не хотели рожать; в других случаях это могут быть женщины, которые уже решили прервать беременность до того, как узнали, что инфицированы ВИЧ. Низкий уровень использования эффективной контрацепции ВИЧ-инфицированными женщинами в Восточной Европе, зарегистрированный в некоторых исследованиях (100;150), наводит на мысль о том, что, возможно, это обычная ситуация. По другому сценарию женщина может решиться на аборт после того, как в дородовом периоде у нее диагностирована ВИЧ-инфекция.

По данным нескольких неофициальных сообщений, РЗ рекомендовали ВИЧ-инфицированным женщинам прервать беременность. Подобная практика является отражением как отсутствия знаний и подготовки по вопросам риска ПМР и преимуществ ППМР, так и дискриминационного отношения со стороны некоторых РЗ. Хотя важно, чтобы ВИЧ-инфицированные женщины имели доступ к услугам по безопасному прерыванию беременности, не менее важно отсутствие принуждения в отношении прерывания беременности. Если предположить, что любая ВИЧ-инфицированная женщина, которая хочет прервать беременность, может получить соответствующие услуги, то снижение доли искусственных абортов среди ВИЧ-инфицированных женщин с течением времени можно интерпретировать как положительную тенденцию, то есть как снижение частоты нежелательных беременностей в этой популяции.

11. Лечение ВИЧ-инфекции и прогноз у детей

Во многих странах ЦВЕ/СНГ предоставление АРТ детям является приоритетной задачей, и это находит отражение в растущем год от года количестве ВИЧ-инфицированных детей, которые получают ВААРТ в регионе (рис. 12). Особенно примечателен рост числа детей, получающих ВААРТ, в Украине и Центральной Азии. В странах Центральной Азии рост числа детей, впервые начавших получать ВААРТ, отражает реагирование на вспышки внутрибольничной ВИЧ-инфекции среди детей в Казахстане, Кыргызстане и Узбекистане в 2006, 2007 и 2008 гг. соответственно. По оценкам ЮНИСЕФ, в 2009 г. 49% ВИЧ-инфицированных детей в возрасте младше 15 лет в регионе ЦВЕ/СНГ получали ВААРТ (132).

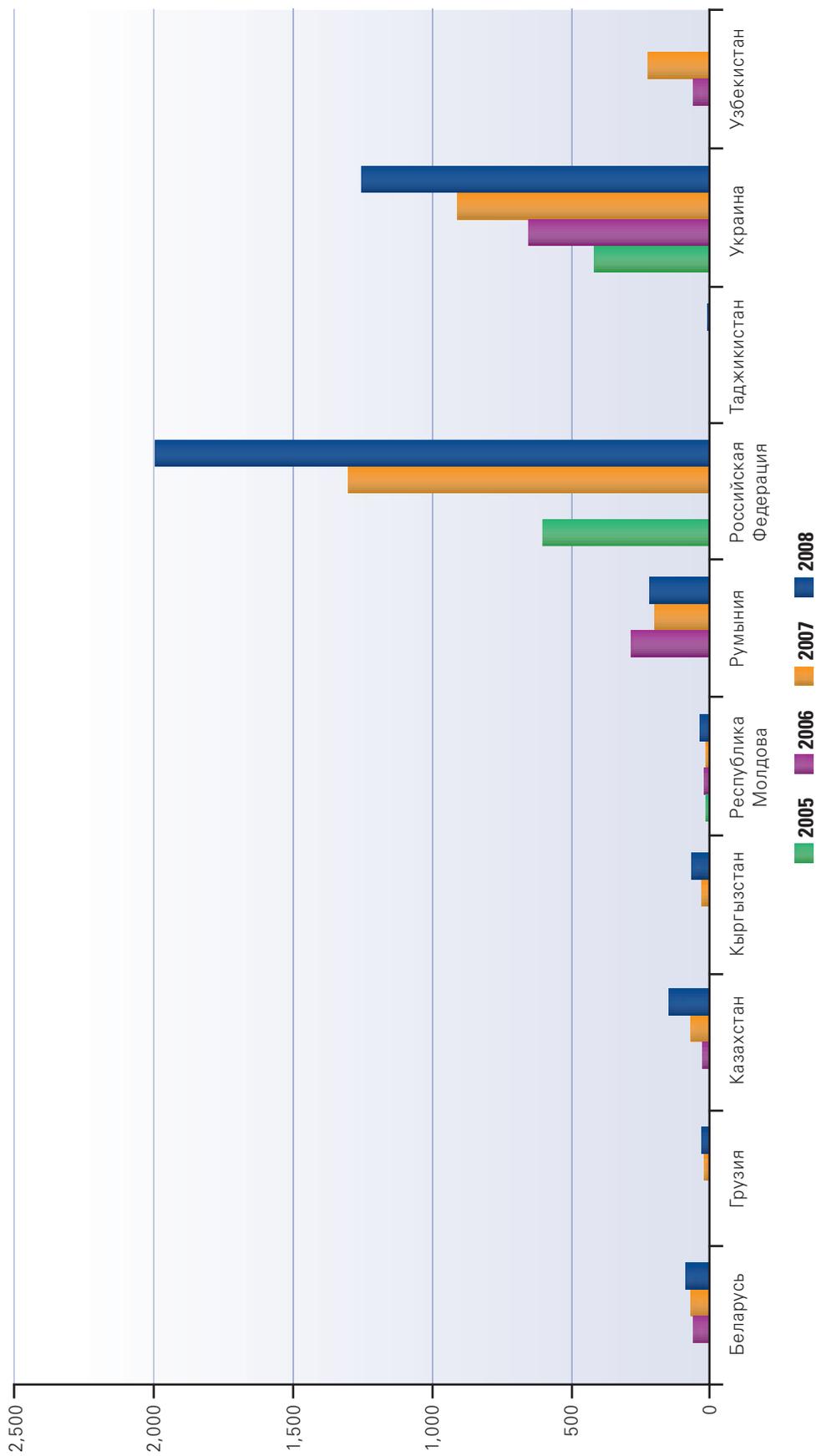
11.1 Детская смертность от СПИДа в Европе

Исследования, проведенные в Западной Европе, показали, что без лечения 20% детей, заразившихся ВИЧ-инфекцией вертикальным путем, умрут до того, как отпразднуют свой первый день рождения, а к пяти годам смертность увеличивается до 40%; эти цифры значительно ниже, чем в Африке, где около 35% ВИЧ-инфицированных детей, не получающих лечение, умрут в возрасте до года и около половины не доживут до своего второго дня рождения (152;153).

В Западной Европе предоставление ВААРТ ВИЧ-инфицированным детям привело к значительному снижению смертности от СПИДа. В Соединенном Королевстве Великобритании и Ирландии общий уровень смертности среди ВИЧ-инфицированных детей снизился с 8,2 случаев смерти на 100 детей-лет в период до 1997 г. до 0,9 случаев смерти на 100 детей-лет в 2003-2006 гг.; при этом совокупный показатель заболеваемости СПИДом и смертности от СПИДа уменьшился с 13,3 случаев на 100 детей-лет в период до 1997 г. до 2,5 случаев на 100 детей-лет в 2003-2006 гг. (154). Анализ выживаемости среди детей Италии, инфицированных ВИЧ вертикальным путем, показал, что уровень смертности у 5-летних детей, рожденных в 1985-1995 гг., оценивался на уровне 25%, но снижался до расчетного показателя 3% у детей, родившихся, начиная с 2000 г. В этой итальянской когорте заболеваемость СПИДом снизилась с 28 случаев на 100 детей-лет среди детей, родившихся до 1996 г., до 4,8 случая на 100 детей-лет среди тех, кто родился в 2000-2005 гг. (155). По результатам недавно проведенного совокупного анализа, включающего когорты ВИЧ-инфицированных детей из некоторых стран Западной и Центральной Европы, кумулятивная вероятность риска СПИДа или смерти в возрасте одного года оценивалась на уровне 11,7% у младенцев, у которых ВААРТ не была начата до 3-месячного возраста, и 1,6% у тех, кто начал получать ВААРТ до этого возраста, увеличиваясь до 21,5 и 4,5%, соответственно, к возрасту пяти лет; после анализа скорректированных данных обнаружено, что риск СПИДа или смерти от СПИДа в три раза ниже у младенцев, которые начали получать лечение до 3-месячного возраста, по сравнению с теми, у кого лечение было отсрочено (156).

Проведено относительно немного исследований, в которых изучалось естественное течение ВИЧ-инфекции или течение леченой ВИЧ-инфекции у детей, проживающих в регионе ЦВЕ/СНГ. В Румынии, где для детского населения характерна высокая доля случаев ВИЧ-инфекции, приобретенной парентеральным путем, ежегодная смертность среди детей в когорте, которая наблюдалась в округе Констанца до середины 2002 г., колебалась от 8 до 14%, тогда как среди 450 ВИЧ-инфицированных детей, получающих ВААРТ в румынско-американском детском центре, показатель смертности был значительно ниже – 3% (157). В Украине, в когорте новорожденных ВИЧ-инфицированных детей, наблюдавшихся с 2000 г., 11% умерли (в основном от СПИДа) в среднем к 6-месячному возрасту. Анализ выживаемости показал, что общая доля детей, которые умрут или у которых ВИЧ-инфекция прогрессирует до стадии СПИДа к 6-месячному возрасту, оценивается на уровне 6%, увеличиваясь до 16% к возрасту 12 месяцев; однако совокупный показатель риска вероятной смерти к возрасту 12 месяцев значительно снижался с течением времени и составлял 13% у детей, родившихся в 2000-2003 гг., по сравнению с 4% у детей, родившихся в 2004-2008 гг.; скорее всего, это является отражением расширения доступа к педиатрическим услугам по диагностике, лечению и уходу при ВИЧ-инфекции на национальном уровне (158).

Рисунок 12
Тенденции изменения числа ВИЧ-инфицированных детей (в возрасте <15 лет), получающих ВААРТ, 2005-2008 гг.



Взгляды на будущее

Быстрое распространение эпидемии ВИЧ-инфекции в странах ЦВЕ/СНГ с двукратным увеличением числа случаев за 10-летний период вызывает обеспокоенность. При низком уровне распространенности и концентрированной эпидемии, особенно в условиях, где наиболее пострадавшие лица принадлежат к особо уязвимым, социально изолированным группам населения (например, ПИН), противодействие ВИЧ-инфекции сталкивается со специфическими проблемами, но при этом остается ряд важных возможностей. Ликвидация вертикальной передачи ВИЧ – одна из таких возможностей, и в этом отчете показан значительный прогресс в достижении цели «поколение, свободное от ВИЧ», который наблюдался в регионе в относительно короткий период времени.

В ряде стран ЦВЕ/СНГ охват ВИЧ-инфицированных беременных женщин услугами по АРВ-профилактике превысил 85%, в том числе в Российской Федерации и Украине, где проживает более 90% всех ВИЧ-инфицированных женщин региона. В некоторых странах, например, в Республике Молдова достигнута цель ликвидации вертикальной передачи, а в других, в том числе в Украине, Беларуси, Казахстане и Российской Федерации, наблюдается значительный прогресс в этом направлении.

Будущие действия включают усиление программ ППМР, особенно в отношении справедливости, качества и устойчивости. Ключевая задача - охват наиболее уязвимых групп беременных женщин услугами по дородовой помощи, которые предоставляются своевременно, соответствуют их потребностям и не сопровождаются стигматизацией. Такие вмешательства, как ОЗТ, эффективность которых подтверждена фактическими данными, должны быть доступными и физически достигаемыми для беременных женщин, употребляющих наркотики.

Кроме того, в недавнем призыве ЮНИСЕФ к действиям подчеркивается необходимость интенсивных усилий в направлении обеспечения своевременным лечением ВИЧ-инфицированных беременных женщин, которые в нем нуждаются; это не только позволит сохранить их собственное здоровье, но также крайне важно для сохранения здоровья их детей и оказания им социальной поддержки. Улучшение доступа к услугам по планированию семьи для предупреждения нежелательной беременности среди ВИЧ-инфицированных женщин – еще одна важная проблема в регионе. Интенсификация подходов к ППМР и внедрение самых современных рекомендаций ВОЗ, включая использование ВААРТ, а не укороченных схем АРВ-препаратов для профилактики ПМР в странах, где пока такая стратегия не принята, – одна из основных задач будущего. Также необходимо уделять внимание вопросам устойчивости, учитывая вероятный рост общего числа ВИЧ-инфицированных беременных женщин, выявленных в рамках дородового тестирования, а также будущих деторождений среди матерей с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции.

В соответствии с новым руководством, у всех ВИЧ-инфицированных детей в возрасте младше двух лет должна быть начата АРТ. Это означает необходимость улучшения ранней диагностики ВИЧ-инфекции у детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями во всех странах региона ЦВЕ/СНГ. Кроме того, необходимо улучшить выявление ВИЧ-инфекции у детей старшего возраста; в противном случае случаи ВИЧ-инфекции в этой группе остаются не выявленными и, следовательно, такие дети не получают лечение. Число ВИЧ-инфицированных детей, получающих АРТ в регионе, растет, что является отражением приверженности расширению масштабов педиатрической лечебной помощи при ВИЧ-инфекции. Ведение случаев ВИЧ-инфекции у детей требует специальных знаний и владения современными подходами к лечению, и численность работников здравоохранения, обладающих соответствующим клиническим опытом, продолжает расти. Предоставление лечения и помощи ВИЧ-инфицированным детям становится делом все более сложным и ответственным не только из-за необходимости лечения младенцев, но и из-за возникновения новых проблем, связанных с помощью и уходом, в которых нуждаются ВИЧ-инфицированные дети, получающие пожизненное лечение, по мере того, как они растут, становятся подростками и молодыми взрослыми.

Важность постоянного эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией стала ясна после недавней новой волны передачи ВИЧ в Сибири, быстрого развития эпидемии в Узбекистане и увеличения распространенности ВИЧ-инфекции среди ПИН в Таджикистане. В странах региона продолжает расти доля женщин, живущих с ВИЧ, и это подчеркивает важность комплексного подхода к ППМР как к ключевому компоненту более широких стратегий профилактики. Также важен поведенческий надзор как средство, необходимое для понимания того, как развивается эпидемия в регионе и на чем должны быть сосредоточены усилия по профилактике. Например, существует необходимость тщательного мониторинга зарегистрированного в регионе повышения частоты использования инъекций психостимуляторов, особенно среди женщин. В то же время требует дальнейших исследований наблюдающееся увеличение доли женщин среди новых ПИН в Российской Федерации. Растет объем доказательств, указывающих на то, что женщины-ПИН в большей степени уязвимы в отношении заражения ВИЧ-инфекцией, что подчеркивает необходимость применения новаторских подходов к профилактике и снижению вреда с учетом гендерных особенностей.

Очевидна вероятность того, что регион ЦВЕ/СНГ одним из первых достигнет цели ликвидации передачи ВИЧ младенцам. Но хотя эта цель находится в пределах досягаемости, с учетом увеличения общего числа ВИЧ-инфицированных женщин для ее достижения потребуется устойчивость и активизация усилий, а также постоянное выделение финансовых ресурсов. Кроме того, последовательные действия и улучшение качества помощи позволят странам перейти от цели снижения уровня ПМР до менее чем 2% к более амбициозной цели – меньше одного случая ВИЧ-инфекции на 100 000 живорожденных детей. Необходимо, чтобы каждая страна определила, какие действия соответствуют их конкретным условиям, и прилагала непрерывные усилия не только в направлении улучшения охвата и повышения качества услуг, но и обеспечения синергии между действиями в ответ на эпидемию ВИЧ/СПИДа и решением более широких вопросов соблюдения прав человека, касающихся женщин и девочек, и гендерной справедливости в регионе.

Библиография

- (1) Объединенная программа по ВИЧ/СПИДу. Развитие эпидемии СПИДа 2009. Женева: ЮНЭЙДС; 2009 г.
- (2) EuroHIV. HIV/AIDS Surveillance in Europe. End-year report 2006. Saint-Maurice, France: Institut de veille sanitaire; 2007. Report No. 75.
- (3) Дублинская декларация о партнерстве в борьбе с ВИЧ/СПИДом в Европе и Центральной Азии, 2004.
- (4) Базовая стратегия профилактики ВИЧ-инфекции у детей грудного возраста в Европе. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2004 г.
- (5) Thorne C, Newell ML. Mother-to-child transmission of HIV infection and its prevention. *Curr HIV Res* 2003 October;1(4):447-462.
- (6) Nduati R, John G, Mbori-Ngacha D, Richardson B, Overbaugh J, Mwatha A et al. Effect of Breastfeeding and Formula Feeding on Transmission of HIV-1: A Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2000 March 1; 283(9):1167-1174.
- (7) Newell ML. HIV Pediatrics. 3rd IAS Conference on HIV Pathogenesis and Treatment; July 24-27, 2005; Abstract(WePI02).
- (8) World Health Organization. Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: towards universal access. Recommendations for a public health approach. Geneva: WHO; 2010.
- (9) World Health Organization. HIV and Infant Feeding. Update based on the Technical Consultation held on behalf of the Inter-agency Task Team (IATT) on Prevention of HIV Infections in Pregnant Women, Mothers and their Infants. Geneva: WHO; 2008.
- (10) Naver L, Bohlin AB, Albert J, Flamholz L, Gisslen M, Gyllensten K et al. Prophylaxis and treatment of HIV-1 infection in pregnancy: Swedish Recommendations 2007. *Scand J Infect Dis* 2008;40(6-7):451-461.
- (11) Townsend CL, Cortina-Borja M, Peckham CS, de RA, Lyall H, Tookey PA. Low rates of mother-to-child transmission of HIV following effective pregnancy interventions in the United Kingdom and Ireland, 2000-2006. *AIDS* 2008 May 11;22(8):973-981.
- (12) Warszawski J, Tubiana R, Le Chenadec J, Blanche S, Teglas JP, Dollfus C et al. Mother-to-child HIV transmission despite antiretroviral therapy in the ANRS French Perinatal Cohort. *AIDS* 2008 January 11;22(2):289-299.
- (13) European Collaborative Study. Mode of delivery in HIV-infected pregnant women and prevention of mother-to-child transmission: changing practices in Western Europe. *HIV Med* 2010 July;11(6):368-378.
- (14) Galli L, Puliti D, Chiappini E, Gabiano C, Ferraris G, Mignone F et al. Is the interruption of antiretroviral treatment during pregnancy an additional major risk factor for mother-to-child transmission of HIV type 1? *Clin Infect Dis* 2009 May 1;48(9):1310-1317.
- (15) von Linstow ML, Rosenfeldt V, Lebech AM, Storgaard M, Hornstrup T, Katzenstein TL et al. Prevention of mother-to-child transmission of HIV in Denmark, 1994-2008. *HIV Med* 2010 August;11(7):448-456.
- (16) 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. *N Engl J Med* 1994 November 3;331(18):1173-1180.
- (17) European Mode of Delivery Collaboration. Elective caesarean-section versus vaginal delivery in prevention of vertical HIV-1 transmission: a randomised clinical trial. *Lancet* 1999 March 27;353(9158):1035-1039.
- (18) International Perinatal HIV Group. The mode of delivery and the risk of vertical transmission of human immunodeficiency virus type 1: a meta-analysis of 15 prospective cohort studies. *N Engl J Med* 1999 April 1;340(13):977-987.
- (19) Dorenbaum A, Cunningham CK, Gelber RD, Culnane M, Mofenson L, Britto P et al. Two-Dose Intrapartum/Newborn Nevirapine and Standard Antiretroviral Therapy to Reduce Perinatal HIV Transmission: A Randomized Trial. *JAMA* 2002 July 10;288(2):189-198.
- (20) Rhodes T, Ball A, Stimson GV, Kobysheva Y, Fitch C, Pokrovsky V et al. HIV infection associated with drug injecting in the newly independent states, eastern Europe: the social and economic context of epidemics. *Addiction* 1999 September;94(9):1323-1336.
- (21) Thorne C, Semenenko I, Pilipenko T, Malyuta R and the Ukraine European Collaborative Study Group. Progress in prevention of mother-to-child transmission of HIV infection in Ukraine: results from a birth cohort study. *BMC Infect Dis* 2009;9:40.
- (22) Thomson MM, de Parga EV, Vinogradova A, Sierra M, Yakovlev A, Rakhmanova A et al. New Insights into the Origin of the HIV Type 1 Subtype A Epidemic in Former Soviet Union's Countries Derived from Sequence Analyses of Preepidemiologically Transmitted Viruses. *AIDS Res Hum Retroviruses* 2007 December 26;23(12):1599-1604.
- (23) Bobkov A, Cheingsong-Popov R, Selimova L, Kazennova E, Karasyova N, Kravchenko A et al. Genetic Heterogeneity of HIV Type 1 in Russia: Identification of H Variants and Relationship with Epidemiological Data. *AIDS Res Hum Retroviruses* 1996 December 10;12(18):1687-1690.
- (24) World Health Organization Europe. Risk factors impacting on the spread of HIV among pregnant women in the Russian Federation. Copenhagen: WHO Europe; 2007.
- (25) Vitek C. Update on the epidemiology of the HIV epidemic in eastern Europe and central Asia. 3rd Eastern Europe and Central Asia AIDS Conference, Moscow, 28-30 October 2009; 2009.
- (26) Объединенная программа по ВИЧ/СПИДу. Доклад о глобальной эпидемии СПИДа 2008. Женева: ЮНЭЙДС; 2008.

- (27) Riedner G, Dehne KL, Gromyko A. Recent declines in reported syphilis rates in eastern Europe and central Asia: are the epidemics over? *Sex Transm Infect* 2000 October;76(5):363-365.
- (28) Uusküla A, Puur A, Toompere K, DeHovitz J. Trends in the epidemiology of bacterial sexually transmitted infections in eastern Europe, 1995–2005. *Sex Transm Infect* 2010 February;86(1):6-14.
- (29) Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения. База данных «Здоровье для всех». Копенгаген: Европейское бюро ВОЗ; 2010 г.
- (30) Fiellin DA, Green TC, Heimer R. Combating the Twin Epidemics of HIV/AIDS and Drug Addiction. Opportunities for Progress and Gaps in Scale. A Report of the CSIS Task Force on HIV/AIDS. Washington DC: Center for Strategic and International Studies; January 2008.
- (31) Soliev A. Analysis of epidemiological situation and response relative to IDU in Kazkhstan, Kyrgyzstan and Tajikistan 2006–2009. Central Asian Sentinel Surveillance Conference, Almaty, Kazakhstan, May 2010; 2010.
- (32) Mathers BM, Degenhardt L, Phillips B, Wiessing L, Hickman M, Strathdee SA et al. Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet* 2008 November 15;372(9651):1733-1745.
- (33) Dehne KL, Pokrovskiy V, Kobyshcha Y, Schwartländer B. Update on the epidemics of HIV and other sexually transmitted infections in the newly independent states of the former Soviet Union. *AIDS* 2000;14 Suppl 3:S75-84.
- (34) Aceijas C, Stimson GV, Hickman M, Rhodes T. Global overview of injecting drug use and HIV infection among injecting drug users. *AIDS* 2004 November 19;18(17):2295-2303.
- (35) Shaboltas AV, Toussova OV, Hoffman IF, Heimer R, Verevochkin SV, Ryder RW et al. HIV prevalence, sociodemographic, and behavioral correlates and recruitment methods among injection drug users in St. Petersburg, Russia. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006 April 15;41(5):657-663.
- (36) Burchell AN, Calzavara LM, Orekhovskiy V, Ladnaya NN. Characterization of an emerging heterosexual HIV epidemic in Russia. *Sex Transm Dis* 2008 September;35(9):807-813.
- (37) van de Laar MJ, Likatavicius G, Stengaard AR, Donoghoe MC. HIV/AIDS surveillance in Europe: update 2007. *Euro Surveill* 2008 December 11;13(50).
- (38) Rhodes T, Lowndes C, Judd A, Mikhailova LA, Sarang A, Rylkov A et al. Explosive spread and high prevalence of HIV infection among injecting drug users in Togliatti City, Russia. *AIDS* 2002 September 6;16(13):F25-F31.
- (39) Ostrovski DV. WHO Drug Injecting Study in St Petersburg - phase II. XIV International AIDS Conference, Barcelona 2002; 2002;Abstracts(WePeC6081).
- (40) Abdala N, Carney JM, Durante AJ, Klimov N, Ostrovski D, Somlai AM et al. Estimating the prevalence of syringe-borne and sexually transmitted diseases among injection drug users in St Petersburg, Russia. *Int J STD AIDS* 2003 October;14(10):697-703.
- (41) Dumchev KV, Soldyshev R, Qian HZ, Zezyulin OO, Chandler SD, Slobodyanyuk P et al. HIV and hepatitis C virus infections among hanka injection drug users in central Ukraine: a cross-sectional survey. *Harm Reduct J* 2009;6:23.
- (42) Nashkoev M, Sergeyev B. AIDS in the Commonwealth of Independent States, 2008 MAP Report. Geneva: Monitoring the AIDS Pandemic (MAP); 2008.
- (43) Krupitsky E, Zvartau E, Karandashova G, Horton NJ, Schoolwerth KR, Bryant K et al. The onset of HIV infection in the Leningrad region of Russia: a focus on drug and alcohol dependence. *HIV Med* 2004 January;5(1):30-33.
- (44) Rhodes T, Platt L, Maximova S, Koshkina E, Latishevskaya N, Hickman M et al. Prevalence of HIV, hepatitis C and syphilis among injecting drug users in Russia: a multi-city study. *Addiction* 2006 February;101(2):252-266.
- (45) Judd A, Rhodes T, Johnston LG, Platt L, Andjelkovic V, Simic D et al. Improving survey methods in sero-epidemiological studies of injecting drug users: a case example of two cross sectional surveys in Serbia and Montenegro. *BMC Infect Dis* 2009;9:14.
- (46) Booth RE, Kwiatkowski CF, Brewster JT, Sinitsyna L, Dvoryak S. Predictors of HIV sero-status among drug injectors at three Ukraine sites. *AIDS* 2006 November 14;20(17):2217-2223.
- (47) Vorobjov S, Uusküla A, Abel-Ollo K, Talu A, Rütel K, Des Jarlais DC. Comparison of injecting drug users who obtain syringes from pharmacies and syringe exchange programs in Tallinn, Estonia. *Harm Reduct J* 2009;6:3.
- (48) Sanchez JL, Todd CS, Bautista CT, Botros BA, Khakimov MM, Giyasova GM et al. High HIV prevalence and risk factors among injection drug users in Tashkent, Uzbekistan, 2003–2004. *Drug Alcohol Depend* 2006 April;82(Suppl 1):S15-S22.
- (49) Kozlov AP, Shaboltas AV, Toussova OV, Verevochkin SV, Masse BR, Perdue T et al. HIV incidence and factors associated with HIV acquisition among injection drug users in St Petersburg, Russia. *AIDS* 2006 April 4;20(6):901-906.
- (50) Burns K. Women, harm reduction and HIV: key findings from Azerbaijan, Georgia, Kyrgyzstan, Russia and Ukraine. New York: Open Society Institute; 2009.
- (51) Platt L, Rhodes T, Hickman M, Mikhailova L, Lisetsky K, Sarang A et al. Changes in HIV Prevalence and Risk Among New Injecting Drug Users in a Russian City of High HIV Prevalence. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2008 April 15;47(5):623-631.
- (52) Spittal PM, Craib KJ, Wood E, Laliberte N, Li K, Tyndall MW et al. Risk factors for elevated HIV incidence rates among female injection drug users in Vancouver. *CMAJ* 2002 April 2;166(7):894-899.

- (53) Booth RE, Lehman WE, Brewster JT, Sinitsyna L, Dvoryak S. Gender differences in sex risk behaviors among Ukraine injection drug users. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2007 September 1;46(1):112-117.
- (54) Bronzan RN, Zhusupov B, Favorov M, Kryukova V, Muratbayeva G, Kuznetsov N et al. Risk factors for HIV infection among injecting drug users in Kazakhstan: implications for prevention interventions. XV International AIDS Conference, Bangkok, July 2004 2004;Abstract(TuPpC2045).
- (55) Abdala N, Krasnoselskikh TV, Durante AJ, Timofeeva MY, Verevchkin SV, Kozlov AP. Sexually transmitted infections, sexual risk behaviors and the risk of heterosexual spread of HIV among and beyond IDUs in St. Petersburg, Russia. *Eur Addict Res* 2008;14(1):19-25.
- (56) Zule WA, Desmond DP. An ethnographic comparison of HIV risk behaviors among heroin and methamphetamine injectors. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1999 February;25(1):1-23.
- (57) Platt L, Rhodes T, Judd A, Koshkina E, Maksimova S, Latishevskaya N et al. Effects of sex work on the prevalence of syphilis among injection drug users in 3 Russian cities. *Am J Public Health* 2007 March;97(3):478-485.
- (58) Thorne C, Malyuta R, Semenenko I, Pilipenko T, Stelmah A, Posokhova S et al. Mother-to-child transmission risk is increased among HIV-infected pregnant women in Ukraine with serological test results positive for syphilis. *Clin Infect Dis* 2008 October 15;47(8):1114-1115.
- (59) Beyrer C, Patel Z, Stachowiak JA, Tishkova FK, Stibich MA, Eyzaguirre LM et al. Characterization of the emerging HIV type 1 and HCV epidemics among injecting drug users in Dushanbe, Tajikistan. *AIDS Res Hum Retroviruses* 2009 September;25(9):853-860.
- (60) Scherbaum N, Baune BT, Mikolajczyk R, Kuhlmann T, Reymann G, Reker M. Prevalence and risk factors of syphilis infection among drug addicts. *BMC Infect Dis* 2005 May 17;5(1):33.
- (61) Kelly JA, Amirkhanian YA. The newest epidemic: a review of HIV/AIDS in Central and Eastern Europe. *Int J STD AIDS* 2003 June;14(6):361-371.
- (62) Central and Eastern European Harm Reduction Network. Sex work, HIV/AIDS, and human rights in Central and Eastern Europe and Central Asia. Vilnius: CEEHRN; 2010.
- (63) Голиусов АТ и др. Национальный доклад Российской Федерации о ходе выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом: отчетный период январь 2006 г. - декабрь 2007 г. Москва: Министерство здравоохранения и социального обеспечения Российской Федерации; 2008 г.
- (64) Amirkhanian YA, Tiunov DV, Kelly JA. Risk factors for HIV and other sexually transmitted diseases among adolescents in St. Petersburg, Russia. *Fam Plann Perspect* 2001 May-June;33(3):106-112.
- (65) Kruglov YV, Kobyshcha YV, Salyuk T, Varetska O, Shakarishvili A, Saldanha VP. The most severe HIV epidemic in Europe: Ukraine's national HIV prevalence estimates for 2007. *Sex Transm Infect* 2008 August;84 Suppl 1:i37-i41.
- (66) Todd CS, Khakimov MM, Alibayeva G, Abdullaeva M, Giyasova GM, Saad MD et al. Prevalence and correlates of human immunodeficiency virus infection among female sex workers in Tashkent, Uzbekistan. *Sex Transm Dis* 2006 August;33(8):496-501.
- (67) Todd CS, Alibayeva G, Sanchez JL, Bautista CT, Carr JK, Earhart KC. Utilization of contraception and abortion and its relationship to HIV infection among female sex workers in Tashkent, Uzbekistan. *Contraception* 2006 October;74(4):318-323.
- (68) Mamaev T. [Results of HIV sentinel epidemiological surveillance among sex workers in Osh City of Kyrgyz Republic]. *Zh Mikrobiol Epidemiol Immunobiol* 2007 May-June;(3):72-74.
- (69) Ongeova D. Epidemiological analysis of HIV infection in sex workers in Central Asia. Central Asian Sentinel Surveillance Conference, Almaty, Kazakhstan, May 2010; 2010.
- (70) Lowndes CM, Alary M, Platt L. Injection drug use, commercial sex work, and the HIV/STI epidemic in the Russian Federation. *Sex Transm Dis* 2003 January;30(1):46-48.
- (71) Mashkileyson N, Leinikki P. Evolution of the HIV epidemic in Kaliningrad, Russia. *J Clin Virol* 1999 January;12(1):37-42.
- (72) Uusküla A, Fischer K, Raudne R, Kilgi H, Krylov R, Salminen M et al. A study on HIV and hepatitis C virus among commercial sex workers in Tallinn. *Sex Transm Infect* 2008 June 1;84(3):189-191.
- (73) Folch C, Sanclemente C, Esteve A, Martro E, Molinos S, Casabona J. [Social characteristics, risk behaviours and differences in the prevalence of HIV/sexually transmitted infections between Spanish and immigrant female sex workers in Catalonia, Spain]. *Med Clin (Barc)* 2009 March 21;132(10):385-388.
- (74) Caplinskas S. Epidemiology of HIV/AIDS in Lithuania in 1988-2001: review of present situation and prognosis of HIV transmission trends. *Medicina (Kaunas)* 2004 January;40(2):161-168.
- (75) Platt L, Rhodes T, Lowndes CM, Madden P, Sarang A, Mikhailova L et al. Impact of gender and sex work on sexual and injecting risk behaviors and their association with HIV positivity among injecting drug users in an HIV epidemic in Togliatti City, Russian Federation. *Sex Transm Dis* 2005 October;32(10):605-612.
- (76) Shakarishvili A, Dubovskaya LK, Zohrabyan LS, St Lawrence JS, Aral SO, Dugasheva LG et al. Sex work, drug use, HIV infection, and spread of sexually transmitted infections in Moscow, Russian Federation. *Lancet* 2005 July 2;366(9479):57-60.
- (77) Belza MJ. Prevalence of HIV, HTLV-I and HTLV-II among female sex workers in Spain, 2000-2001. *Eur J Epidemiol* 2004;19(3):279-282.

- (78) Vall-Mayans M, Villa M, Saravanya M, Loureiro E, Merono M, Arellano E et al. Sexually transmitted Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, and HIV-1 infections in two at-risk populations in Barcelona: female street prostitutes and STI clinic attendees. *Int J Infect Dis* 2007 March;11(2):115-122.
- (79) Ward H, Day S. What happens to women who sell sex? Report of a unique occupational cohort. *Sex Transm Infect* 2006 October;82(5):413-417.
- (80) Chkhartishvili N, McNutt LA, Smith PF, Tsertsvadze T. Characteristics of HIV-infected women in Georgia and factors associated with HCV coinfection. XVII International AIDS Conference, Mexico City, 3-8 August 2008; 2008;CDC0114.
- (81) Niemiec, T. Tajikistan: Findings and recommendations on PMTCT. Geneva: UNICEF; 2007.
- (82) Elizariyeva A. Epidemiological situation based on data on pregnant women screening in Kazakhstan. Central Asian Sentinel Surveillance Conference, Almaty, Kazakhstan, May 2010; 2010.
- (83) Health Protection Agency. HIV in the United Kingdom: 2008 report. London: HPA; 2008.
- (84) Cortina-Borja M, Cliffe S, Tookey P, Williams D, Cubitt WD, Peckham C. HIV prevalence in pregnant women in an ethnically diverse population in the UK: 1998-2002. *AIDS* 2004 February 20;18(3):535-540.
- (85) Thorne C, Newell ML. Injecting drug use in pregnant HIV-infected women in Europe. *Med Wieku Rozwoj* 2006 October-December;10(4):1005-1016.
- (86) Hamers FF, Downs AM. HIV in central and eastern Europe. *Lancet* 2003 March 22;361(9362):1035-1044.
- (87) Parkhomenko, Z. Needs assessment study: prevention of mother to child transmission programme in the Republic of Moldova. Chisinau: UNICEF; 2009.
- (88) Cocu M, Thorne C, Matusa R, Tica V, Florea C, Asandi S et al. Mother-to-child transmission of HIV infection in Romania: Results from an education and prevention programme. *AIDS Care* 2005 January;17(1):76-84.
- (89) Kissin DM, Akatova N, Rakhmanova AG, Vinogradova EN, Voronin EE, Jamieson DJ et al. Rapid HIV testing and prevention of perinatal HIV transmission in high-risk maternity hospitals in St. Petersburg, Russia. *Am J Obstet Gynecol* 2008 February;198(2):183-187.
- (90) Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Comprehensive External Evaluation of the National AIDS Response in Ukraine. Consolidated Report. Kiev, Ukraine: UNAIDS; 2009.
- (91) European Collaborative Study. The mother-to-child HIV transmission epidemic in Europe: evolving in the East and established in the West. *AIDS* 2006 June 26;20(10):1419-1427.
- (92) Vartapetova NV, Karpushkina AV. Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV and Family Planning Practices in HIV-Infected Women. Moscow: USAID, John Snow, Inc; 2006.
- (93) Renton A, Gzirishvili D, Gotsadze G, Godinho J. Epidemics of HIV and sexually transmitted infections in Central Asia: Trends, drivers and priorities for control. *International Journal of Drug Policy* 2006;17(6):494-503.
- (94) United Nations Office on Drugs and Crime. Kyrgyzstan Country Profile. Tashkent: UNODC Regional Office for Central Asia; 2008.
- (95) Korobkov AV. Migration trends in Central Eurasia: politics versus economics. *Communist and Post-Communist Studies* 2007;40(2):169-189.
- (96) Coffee M, Lurie MN, Garnett GP. Modelling the impact of migration on the HIV epidemic in South Africa. *AIDS* 2007 January 30;21(3):343-350.
- (97) Weine S, Bahromov M, Mirzoev A. Unprotected Tajik male migrant workers in Moscow at risk for HIV/AIDS. *J Immigr Minor Health* 2008 October;10(5):461-468.
- (98) Dzuravev N. HIV epidemiological situation in labour migrants in Uzbekistan, 2009. Central Asian Sentinel Surveillance Conference, Almaty, Kazakhstan, May 2010; 2010.
- (99) Turmanov T, Elnazarova A. HIV epidemiological situation among labour migrants in Tajikistan, 2009. Central Asian Sentinel Surveillance Conference, Almaty, Kazakhstan, May 2010; 2010.
- (100) Saxton J, Semenenko I, Malyuta R, Thorne C. Use of condoms and family planning by HIV-positive women of childbearing age in Ukraine. 3rd Eastern Europe and Central Asia AIDS Conference, Moscow, 28-30 October 2009; 2009.
- (101) Marks G, Crepaz N, Janssen RS. Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA. *AIDS* 2006 June 26;20(10):1447-1450.
- (102) Adler A, Mounier-Jack S, Coker RJ. Late diagnosis of HIV in Europe: definitional and public health challenges. *AIDS Care* 2008;21(3):284-293.
- (103) World Health Organization, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, and United Nations Children's Fund. Towards universal access. Progress report 2009. Geneva: WHO; 2009.
- (104) Rhodes T, Zikic B, Prodanović A, Kuneski E, Bernays S. Hygiene and uncertainty in qualitative accounts of hepatitis C transmission among drug injectors in Serbia. *Soc Sci Med* 2008 March;66(6):1437-1447.
- (105) Burgay O, Filippovych S, Deshko T. Multidisciplinary approach in functioning of mobile gynecological clinics providing HIV prevention services to representatives of groups, vulnerable to HIV, in Ukraine. 5th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention, 19-22 July 2009, Cape Town; 2009;Abstracts(TUPEC071).
- (106) Aleksandrina T, Semeryk O. Barriers limiting access of vulnerable populations to voluntary HIV counseling and testing in Ukraine. XVII International AIDS Conference, Mexico City, 3-8 August 2008; 2008;Abstract TUPE0417.

- (107) Townsend CL, Cortina-Borja M, Peckham CS, Tookey PA. Trends in management and outcome of pregnancies in HIV-infected women in the UK and Ireland, 1990–2006. *BJOG* 2008 August;115(9):1078-1086.
- (108) Postma MJ, Beck EJ, Mandalia S, Sherr L, Walters MD, Houweling H et al. Universal HIV screening of pregnant women in England: cost effectiveness analysis. *BMJ* 1999 June 19;318(7199):1656-1660.
- (109) Eramova I, Matic S, Munz M. Лечение и помощь при ВИЧ/СПИДе. Клинические протоколы для Европейского региона ВОЗ. Копенгаген: Европейское бюро Всемирной организации здравоохранения, 2007 г.
- (110) Coll O, Fiore S, Florida M, Giaquinto C, Grosch-Wörner I, Guiliano M et al. Pregnancy and HIV infection: A european consensus on management. *AIDS* 2002 June 2;16 Suppl 2:S1-S18.
- (111) Deblonde J, Claeys P, Temmerman M. Antenatal HIV screening in Europe: a review of policies. *Eur J Public Health* 2007 October;17(5):414-418.
- (112) Mounier-Jack S, Nielsen S, Coker RJ. HIV testing strategies across European countries. *HIV Med* 2008 July;9 Suppl 2:13-19.
- (113) Malyuta R, Newell ML, Ostergren M, Thorne C, Zhilka N. Prevention of mother-to-child transmission of HIV infection: Ukraine experience to date. *Eur J Public Health* 2006 April;16(2):123-127.
- (114) Navér L, Lindgren S, Belfrage E, Gyllensten K, Lidman K, Gisslén M et al. Children born to HIV-1-infected women in Sweden in 1982-2003: trends in epidemiology and vertical transmission. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006 August 1;42(4):484-489.
- (115) Townsend CL, Cliffe S, Tookey PA. Uptake of antenatal HIV testing in the United Kingdom: 2000–2003. *J Public Health (Oxf)* 2006 September;28(3):248-252.
- (116) Deryabina A. Monitoring and evaluation of national PMTCT programmes, Central Asia. Almaty: UNICEF; 2010.
- (117) Maman S, Groves A, King E, Pierce M, Wyckoff S. HIV Testing During Pregnancy. A Literature and Policy Review. New York: Open Society Institute; 2008.
- (118) de Zulueta P, Boulton M. Routine antenatal HIV testing: the responses and perceptions of pregnant women and the viability of informed consent. A qualitative study. *J Med Ethics* 2007 June;33(6):329-336.
- (119) Pérez K, Blanch C, Casabona J, Almeda J, Coll O. Coverage of HIV testing among pregnant women in Catalonia, Spain: a comparison of self-reporting with medical records. *Eur J Public Health* 2004 September;14(3):261-266.
- (120) Meadows J, Catalan J. Why do antenatal attenders decide to have the HIV antibody test? *Int J STD AIDS* 1994 November-December;5(6):400-404.
- (121) Boxall EH, Smith N. Antenatal screening for HIV; are those who refuse testing at higher risk than those who accept testing? *J Public Health (Oxf)* 2004 September;26(3):285-287.
- (122) NHS Audit, Information and Analysis Unit, National Study of HIV in Pregnancy and Childhood, and the Children's HIV Association of the UK and Ireland. Perinatal transmission of HIV in England 2002–2005. London: NHS AIAU; 2007.
- (123) Jones D. Understanding why women decline HIV testing. *RCM Midwives* 2004;7:344-347.
- (124) Hillis SD, Rakhmanova A, Vinogradova E, Voronin E, Yakovlev A, Khaldeeva N et al. Rapid HIV testing, pregnancy, antiretroviral prophylaxis and infant abandonment in St Petersburg. *Int J STD AIDS* 2007 February;18(2):120-122.
- (125) Hemminki E, Blondel B. Antenatal care in Europe: varying ways of providing high-coverage services. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001 January;94(1):145-148.
- (126) Всемирная организация здравоохранения. Быстрый совет. Использование антиретровирусных препаратов для лечения беременных женщин и профилактики ВИЧ-инфекции у младенцев, ноябрь 2009 г. Женева: ВОЗ; 2009 г.
- (127) Niemiec, T. Kyrgyzstan: Findings and recommendations on PMTCT. Bishkek: UNICEF; 2007.
- (128) Kakabadze T, Asatiani T, Bokhua Z, Shermadini K, Lanchava N. Implementation of PMTCT in Georgia. *Georgian Med News* 2008 December;(165):23-28.
- (129) Gray RH, Li X, Kigozi G, Serwadda D, Brahmabhatt H, Wabwire-Mangen F et al. Increased risk of incident HIV during pregnancy in Rakai, Uganda: a prospective study. *Lancet* 2005 October 1;366(9492):1182-1188.
- (130) United Nations Children's Fund. Children and AIDS: Second Stocktaking Report. New York: UNICEF; 2005.
- (131) United Nations Children's Fund. Child Info. Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS). New York: UNICEF; 2006. Report No.: MICS3.
- (132) United Nations Children's Fund. Children and AIDS: Fourth Stocktaking Report. New York: UNICEF; 2009.
- (133) Oprea C, Ungureanu E, Radoi R, Tetrado S, Tardei G, Duiculescu D. Particular aspects of mother-to-child transmission of HIV infection: single center's 7-year experience in Romania. *Journal of the International AIDS Society* 2008;11(Suppl 1):P224.
- (134) European Collaborative Study. Maternal viral load and vertical transmission of HIV-1: an important factor but not the only one. *The European Collaborative Study. AIDS* 1999 July 30;13(11):1377-1385.
- (135) Thorne C, Newell ML, Zhylka N. Prevention of HIV infection in infants: Documenting and learning from the Ukraine experience. Kiev: UNICEF; 2007.
- (136) Soucy L, Diedrichsen E, Waning B, Lin MY, Kudussova Y, Jafarov A. A quantitative assessment of adherence to HIV care in Kazakhstan. Temitau: Central Asian Program on AIDS Control in Vulnerable Populations, USAID; 2009.

- (137) Stelmah A, for the European Collaborative Study in Ukraine. HIV-positive injecting drug users and access to PMTCT services: data from the European Collaborative Study in Ukraine. 3rd Eastern Europe and Central Asia AIDS Conference, Moscow, 28-30 October 2009; 2009.
- (138) Gyarmathy VA, Giraudon I, Hedrich D, Montanari L, Guarita B, Wiessing L. Drug use and pregnancy – challenges for public health. *Euro Surveill* 2009 March 5;14(9):33-36.
- (139) World Health Organization. Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence. Geneva: WHO; 2009.
- (140) Platt L, Sutton AJ, Vickerman P, Koshkina E, Maximova S, Latishevskaya N et al. Measuring risk of HIV and HCV among injecting drug users in the Russian Federation. *Eur J Public Health* 2009 August;19(4):428-433.
- (141) Saxton J, Malyuta R, Semenenko I, Pilipenko T, Tereshenko R, Kulakovskaya E et al. Previous reproductive history and post-natal family planning among HIV-infected women in Ukraine. *Human Reproduction* 2010 July 19;25(9):2366-2373.
- (142) Thorne C, Newell ML, Peckham C. Social care of children born to HIV-infected mothers in Europe. *European Collaborative Study. AIDS Care* 1998 February;10(1):7-16.
- (143) European Collaborative Study. Hospitalization of children born to human immunodeficiency virus-infected women in Europe. *Pediatr Infect Dis J* 1997 December;16(12):1151-1156.
- (144) Shapoval A. Socioeconomic profile of HIV positive mothers including those who abandon their infants in Ukraine. XVIII International AIDS Conference, Mexico City 3-8 August 2008; 2008;WEPE0832.
- (145) Transatlantic Partners Against AIDS. Abandoned children Born to HIV-positive Women: Analysis of the Situation in Russia. Moscow: Transatlantic Partners Against AIDS; 2004.
- (146) Ukrainian Center for Social Reforms, Ukraine State Statistical Committee, Ukraine Ministry of Health, Macro International. Ukraine Demographic and Health Survey 2007. Calverton, MD: UCSR and Macro International; 2008.
- (147) Khaldeeva N, Hillis SD, Vinogradova E, Voronin E, Rakhmanova A, Yakovlev A et al. HIV-1 seroprevalence rates in women and relinquishment of infants to the state in St Petersburg, Russia, 2002. *Lancet* 2003 December 13;362(9400):1981-1982.
- (148) Shinkareva, I. Statistics of child abandonment / relinquishment in maternities in the Russian Federation. TB/HIV bulletin. Tver, Russian Federation; 2010. Report No.: 8.
- (149) Bailey H, Semenenko I, Pilipenko T, Malyuta R, Thorne C, the Ukrainian European Collaborative Study Group. Factors associated with abandonment of infants born to HIV-positive women: results from a Ukrainian birth cohort. *AIDS Care* 2010; in press.
- (150) Zabina H, Kissin D, Pervysheva E, Mytil A, Dudchenko O, Jamieson D et al. Abandonment of infants by HIV-positive women in Russia and prevention measures. *Reprod Health Matters* 2009 May;17(33):162-170.
- (151) Yorick R, Sukovatova O, Batluk Y, Suvorova A, Kuzmina Z, Lynch A. MAM+ project to prevent child abandonment by HIV-positive mothers, St Petersburg, Russia. XVII International AIDS Conference, Mexico City, 3-8 August 2008; 2008;TUPE0220.
- (152) Little K, Thorne C, Luo C, Bunders M, Ngongo N, McDermott P et al. Disease progression in children with vertically-acquired HIV infection in sub-Saharan Africa: reviewing the need for HIV treatment. *Curr HIV Res* 2007 March;5(2):139-153.
- (153) Blanche S, Newell ML, Mayaux MJ, Dunn DT, Teglas JP, Rouzioux C et al. Morbidity and mortality in European children vertically infected by HIV-1. The French Pediatric HIV Infection Study Group and European Collaborative Study. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1997 April 15;14(5):442-450.
- (154) Judd A, Doerholt K, Tookey PA, Sharland M, Riordan A, Menson E et al. Morbidity, mortality, and response to treatment by children in the United Kingdom and Ireland with perinatally acquired HIV infection during 1996-2006: planning for teenage and adult care. *Clin Infect Dis* 2007 October 1;45(7):918-924.
- (155) Chiappini E, Galli L, Tovo PA, Gabiano C, Lisi C, Gattinara GC et al. Changing patterns of clinical events in perinatally HIV-1-infected children during the era of HAART. *AIDS* 2007 July 31;21(12):1607-1615.
- (156) Goetghebuer T, Haelterman E, Le Chenadec J, Dollfus C, Gibb D, Judd A et al. Effect of early antiretroviral therapy on the risk of AIDS/death in HIV-infected infants. *AIDS* 2009 February 2;23(5):597-604.
- (157) Kline MW, Matusa RF, Copaciu L, Calles NR, Kline NE, Schwarzwald HL. Comprehensive pediatric human immunodeficiency virus care and treatment in Constanta, Romania: implementation of a program of highly active antiretroviral therapy in a resource-poor setting. *Pediatr Infect Dis J* 2004 August;23(8):695-700.
- (158) Mahdavi S, Malyuta R, Semenenko I, Pilipenko T, Thorne C, Ukraine European Collaborative Study. A Ukraine birth cohort of children with vertically acquired HIV infection. 5th Dominique Dormont International Conference, Paris Val de Grâce 26-28 March 2009; 2009;abstract 19.

