

*Региональное техническое  
консультативное совещание ВОЗ  
по распространению «Сводного  
руководства по использованию  
антиретровирусных препаратов  
для лечения и профилактики ВИЧ-  
инфекции» в странах Восточной  
Европы и Центральной Азии*

*Отчет*  
29–31 октября 2013 г.  
Стамбул, Турция



Всемирная организация  
здравоохранения  
Европейское региональное бюро



**Всемирная организация  
здравоохранения**

**Европейское** региональное бюро

Региональное техническое  
консультативное совещание ВОЗ по  
распространению «Сводного руководства  
по использованию антиретровирусных  
препаратов для лечения и профилактики  
ВИЧ-инфекции» в странах Восточной  
Европы и Центральной Азии

29–31 октября 2013 г., Стамбул, Турция

Отчет

## АННОТАЦИЯ

В июле 2013 года Всемирная организация здравоохранения опубликовала "Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции" (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/download/en/index.html>). Помимо клинической тематики в Руководстве излагаются практические рекомендации по различным методам лечения, а также программные подходы, помогающие странам и партнерам в принятии решений. Новое руководство расширяет показания для назначения антиретровирусной терапии, что, по новым критериям, увеличивает количество людей, живущих с ВИЧ, нуждающихся в терапии.

Региональное техническое консультативное совещание по распространению «Сводного руководства по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции в странах Восточной Европы и Центральной Азии» состоялась в Турции 29-31 октября 2013 г. На совещании обсуждались клинические, практические и программные аспекты сводного руководства, существующие подходы в странах, а также их национальные планы по внедрению и осуществлению новых методических рекомендаций ВОЗ. В отчете отражены вопросы, прозвучавшие в ходе выступлений и обсуждений на данном консультативном совещании.

### Ключевые слова

ВИЧ  
СПИД  
лечение  
Центральная Азия  
Восточная Европа

Заказать публикации Европейского регионального бюро ВОЗ можно по адресу:

Publications  
WHO Regional Office for Europe  
UN City, Marmorvej 51  
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, в интернете можно заполнить запрос на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод на сайте Европейского регионального бюро ВОЗ (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

© **Всемирная организация здравоохранения, 2014 г.**

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

## Сокращения и акронимы

АРВ	антиретровирусный
АРВТ	антиретровирусная терапия
ВГВ	вирус гепатита В
ВГС	вирус гепатита С
ВН	вирусная нагрузка
ВЕЦА	Восточная Европа и Центральная Азия
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ЛЖВ	люди, живущие с ВИЧ
МСМ	мужчины, имеющие сексуальные связи с мужчинами
ННИОТ	ненуклеозидные аналоги ингибиторов обратной транскриптазы
НПО	неправительственная организация
ОЗТ	опиоидная заместительная терапия
ПИН	потребители инъекционных наркотиков
ППМР	профилактика передачи ВИЧ от матери ребёнку
CD4	клетки Т-лимфоцитов, содержащие рецептор CD4
СПИД	синдром приобретенного иммунодефицита
ТБ	туберкулёз
ЮНЭЙДС	Объединённая программа ООН по ВИЧ/СПИДу
d4T	ставудин
AZT	азидотимидин
EFV	эфавиренз
NVP	невирапин
TDF	тенофовира дизопроксил фумарат
ХТС	ламивудин (ЗТС) или эмтрицитабин (FTC)

## СОДЕРЖАНИЕ

АННОТАЦИЯ .....	1
Сокращения и акронимы .....	2
Введение .....	4
Цели и ожидаемые результаты совещания .....	4
Сессия 1: Прогресс и проблемы в наращивании масштабов лечения ВИЧ-инфекции .....	5
Сессия 2: Обзор разработки сводного руководства .....	8
Сессия 3: Непрерывное оказание помощи .....	12
Сессия 4: Клинические рекомендации в рамках оказания непрерывной помощи: АРВТ взрослых и подростков .....	14
Сессия 5: Клинические рекомендации в рамках оказания непрерывной помощи: лечение сочетанных инфекций и сопутствующих заболеваний .....	17
Сессия 6: Клинические рекомендации в рамках оказания непрерывной помощи: АРВТ для беременных, кормящих и не кормящих грудью женщин .....	18
Сессия 7: Клинические рекомендации в рамках оказания непрерывной помощи: АРВТ у детей .....	20
Сессия 8: Непрерывность оказания услуг: лабораторный мониторинг .....	22
Сессия 9: Рекомендации по осуществлению деятельности и предоставлению услуг .....	24
Сессия 10: Рекомендации для руководителей программ .....	26
Сессия 11: Подготовка национальных планов действий по адаптации сводного руководства ВОЗ .....	30
Сессия 12: Краткое изложение: ключевые планируемые вмешательства, сроки, проблемы и запрашиваемая техническая помощь.....	31
Вывод и последующие шаги.....	37
Приложение 1. Политика в 11 странах ВЕЦА в отношении начала АРВТ и других ключевых вмешательств на октябрь 2013 г. ....	38
Приложение 2: Планируемая политика в 11 странах ВЕЦА в отношении начала АРВТ и других ключевых вмешательств (2014-2015 гг.).....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Приложение 3: Цели и задачи.....	47
Приложение 4. Программа.....	50
Приложение 5. Список участников .....	56

## Введение

Региональное техническое консультативное совещание ВОЗ по распространению «Сводного руководства 2013 г. по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции» в странах Восточной Европы и Центральной Азии состоялось в Турции 29-31 октября 2013 г.

Мартин Донохоу (Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро) приветствовал участников консультативного совещания от имени Регионального директора Жужанны Якаб (Европейское региональное бюро ВОЗ). Он отметил, что "Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции" представляет собой ряд интегрированных принципов, которыми необходимо руководствоваться при назначении антиретровирусных препаратов взрослым, детям, беременным женщинам и другим уязвимым группам населения, включая потребителей инъекционных наркотиков, работников секс-бизнеса и мужчин, имеющих секс с мужчинами, как для лечения, так и профилактики. Это означает новый этап в истории эпидемии ВИЧ-инфекции в странах Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА). Воздействие лечения на ход эпидемии отмечается на глобальном уровне, таким образом, новое Руководство поможет странам ВЕЦА воспользоваться опытом извне. Представитель Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДУ (ЮНЭЙДС) отметила широкий охват лечением в других регионах мира и подчеркнула, что лечение ВИЧ-инфекции больше не является отдельной мерой в ответ на эпидемию, но теперь интегрировано в деятельность по профилактике заболевания. Оба докладчика призвали участников совещания принять участие в дискуссии и обсуждении нового руководства.

## Цели и ожидаемые результаты совещания

Целями трехдневной региональной технической консультации были:

1. Представление и обсуждение сводного руководства по использованию АРВП с национальными партнерами, заинтересованными деятелями гражданского общества, представителями Организации Объединенных Наций и другими техническими партнерами и донорами;
2. Обсуждение и согласование планов по внедрению, адаптации и реализации руководства, а также выявление потенциальных препятствий этому.
3. Обсуждение роли гражданского общества, агентств Организации Объединенных Наций и других технических партнеров в этом процессе;
4. Определение видов помощи, которая, вероятно, потребуется странам от ВОЗ, и
5. Увязка распространения сводного руководства с текущей инициативой ЮНЭЙДС в отношении лечения и другими соответствующими глобальными и региональными стратегиями.

Ожидаемыми были следующие результаты совещания:

1. Проинформировать участников консультативного совещания о контексте разработки сводного руководства ВОЗ 2013 г. по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/download/ru/index.html>), включая рекомендации по назначению антиретровирусной терапии (АРВТ) взрослым и детям, ведению больных с основными сочетанными с ВИЧ-инфекцией заболеваниями, профилактике передачи ВИЧ от матери

ребенку (ППМР), по организации и оказанию помощи, а также по управлению программой.

2. Обсудить приоритеты при внедрении руководства в странах и разработать национальные «дорожные карты» по адаптации и внедрению руководства.
3. Определить в ходе совещания техническую помощь ВОЗ, ЮНЭЙДС и других технических партнеров, которая может понадобиться странам в процессе внедрения новых рекомендаций.

Консультативное совещание в значительной степени опиралось на два ранее подготовленных ключевых ресурса: обзор текущих подходов к лечению ВИЧ-инфекции в странах ВЕЦА (Приложение 1) и обзор предполагаемых будущих подходов к лечению в тех же странах (Приложение 2). Данная информация была собрана с помощью вопросника. Обсуждение шло в соответствии с целями и задачами и предварительной программой консультативного совещания, разработанными Европейским региональным бюро ВОЗ (Приложения 3 и 4 соответственно). В консультации принимали участие около 80 человек (список участников приводится в Приложении 5).

## Сессия 1

### Прогресс и проблемы в наращивании масштабов лечения ВИЧ-инфекции

Страны находятся на совершенно разных стадиях сокращения разрыва в охвате лечением ВИЧ-инфекции, как указано в «Отчет о прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на эпидемию СПИД в 2013 году<sup>1</sup>.» Ключевой вопрос заключается в том, каким образом новое руководство может помочь странам сократить этот разрыв.

Было отмечено, что эпидемия ВИЧ-инфекции в странах ВЕЦА является самой быстрорастущей в мире. В настоящее время основным путем передачи ВИЧ в странах ВЕЦА является гетеросексуальный. Тем не менее, по сравнению с другими регионами доля новых случаев ВИЧ-инфекции, вызванных употреблением инъекционных наркотиков, остается очень высокой. Смертность среди больных СПИДом снижается на региональном и глобальном уровнях, но продолжает расти в восточной части европейского региона. В отношении профилактики передачи ВИЧ от матери ребёнку страны европейского региона с низким и средним уровнем доходов добились большого успеха; другие регионы могут поучиться у Европы в этой области. Что касается педиатрических случаев ВИЧ-инфекции, то во всем мире продолжает расти разрыв в охвате лечением детей и взрослых, причём отставание в охвате лечением касается детей.

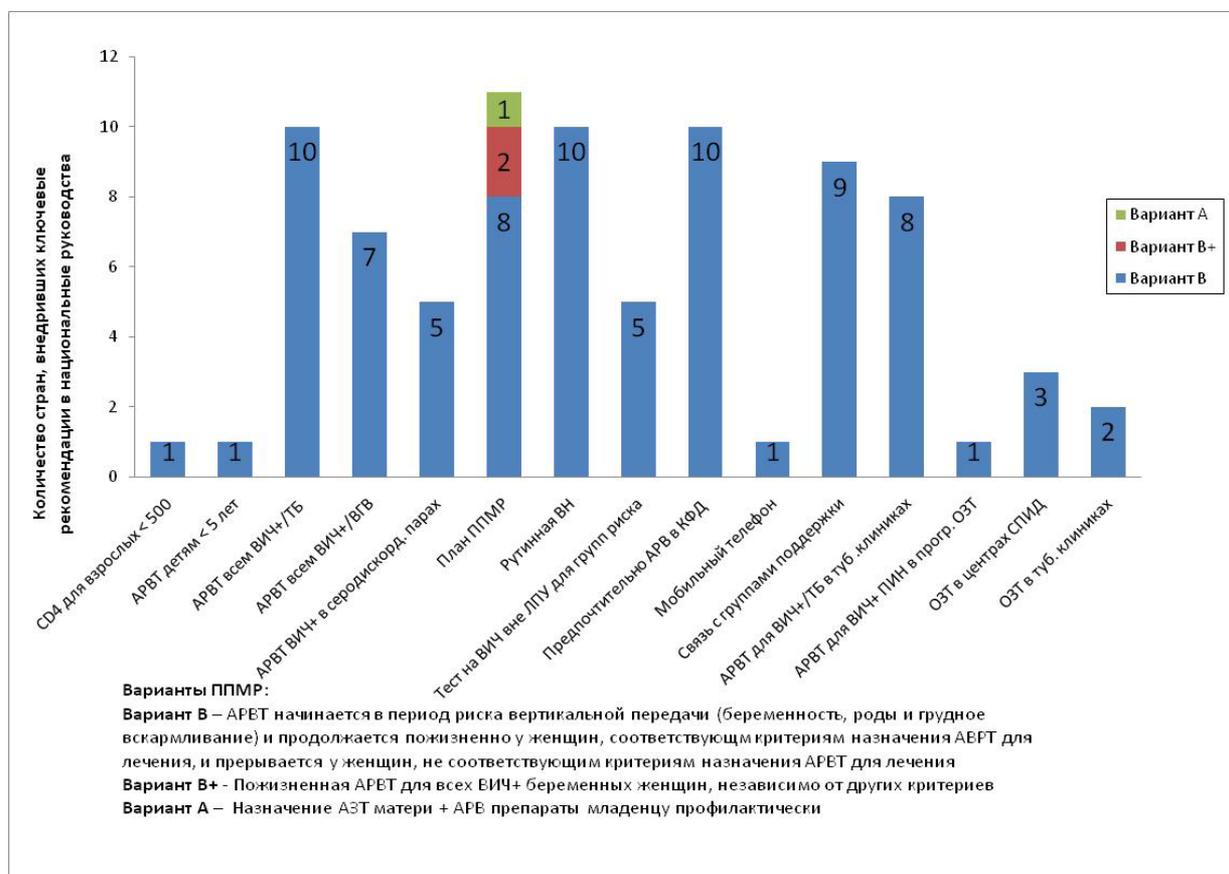
Все страны ВЕЦА имеют национальные клинические рекомендации по лечению ВИЧ-инфекции, разработанные на основе рекомендаций ВОЗ 2012 г. для европейского региона. Ряд региональных (2012 г.) и глобальных (2013 г.) рекомендаций теперь согласованы, и приняты теперь во многих странах региона. Существует также явная необходимость дальнейшего обновления текущей политики (см. рис. 1«Текущая политика стран в отношении критериев начала АРВТ и других ключевых вмешательств в 11 странах ВЕЦА») Более детальный обзор

---

<sup>1</sup> Отчет о прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на эпидемию СПИД в 2013 году: Мониторинг выполнения Политической декларации ООН по ВИЧ/СПИДу 2011 года. Женева, ЮНЭЙДС, 2013 г., [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2013/GARPR\\_2013\\_guidelines\\_ru.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2013/GARPR_2013_guidelines_ru.pdf)

текущих подходов разных стран к лечению и оказанию помощи при ВИЧ-инфекции в приложении 1.

**Рис. 1. Текущая политика стран в отношении критериев начала АРВТ и других ключевых вмешательств в 11 странах ВЕЦА\* (2013 г.)**



\* Азербайджан, Армения, Беларусь, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Российская Федерация, Таджикистан, Узбекистан, Украина

Перед странами ВЕЦА стоят следующие основные вызовы:

- Эпидемия ВИЧ-инфекции растет быстрее, чем доступ к АРВТ;
- Несмотря на сообщения об увеличении гетеросексуального пути передачи, ВИЧ-инфицированные потребители инъекционных наркотиков (ПИН) составляют 38% всех новых случаев ВИЧ-инфекции в странах ВЕЦА – это самый высокий процент по сравнению с другими субрегионами. Туберкулез (ТБ) является основной сочетанной инфекцией и причиной смерти среди людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ) в странах ВЕЦА;
- Смертность в странах ВЕЦА продолжает расти.

Это говорит о том, что национальные программы по борьбе с ВИЧ-инфекцией не достаточно эффективны. Причинами такого положения являются законодательные барьеры или политическое сопротивление введению опиоидной заместительной терапии (ОЗТ), нерациональное использования ограниченных финансовых ресурсов, а также некоторые вопросы системы здравоохранения (вертикальные программы, ориентированные на общее население, ведущие к изоляции уязвимых контингентов, в добавок к новым проблемам,

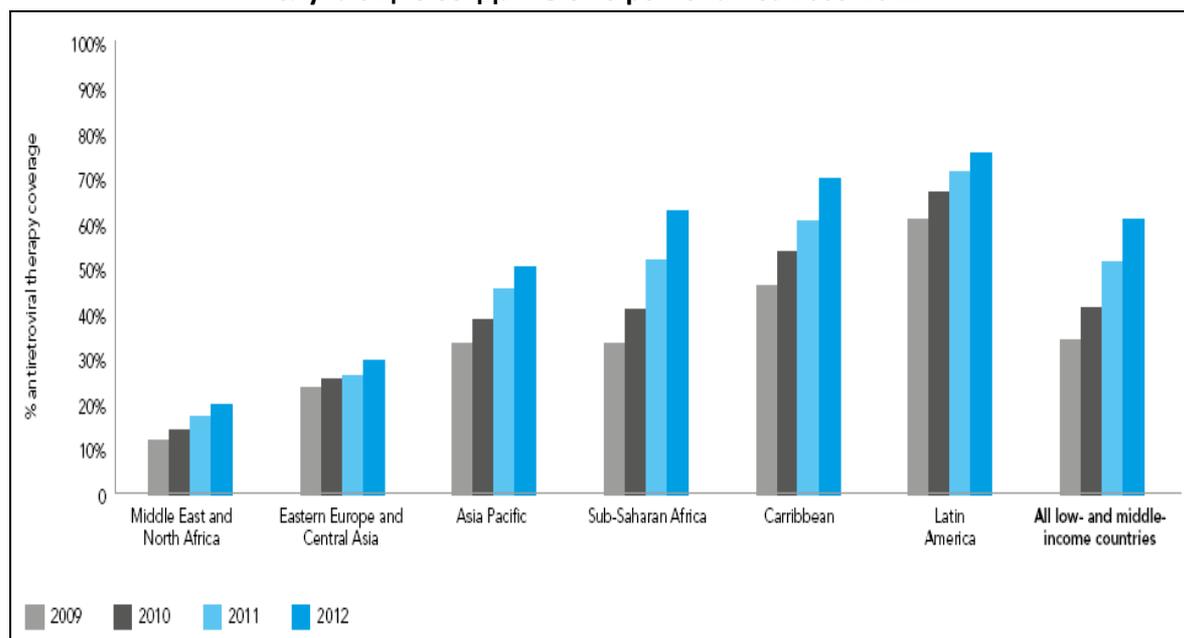
связанным с трудовыми мигрантами в регионе). Это отражается на организации тестирования, профилактики, лечения и оказания помощи при ВИЧ-инфекции.

В странах ВЕЦА «разрыв в охвате лечением», то есть разница в количестве тех, кто получает лечение и тех, кто нуждается в нем, но не получает, растет. Существуют явные несоответствия между оценочными данными по охвату АРВТ, реальным охватом и количества людей живущих с ВИЧ (ЛЖВ), нуждающихся в лечении (зарегистрированных в системе оказания помощи и оценочного числа). Для улучшения оценки потребности в АРВТ и расчета охвата АРВТ необходимо определить целевой показатель по охвату АРВТ для каждой страны, а также повысить качество оценки численности уязвимых контингентов и распространенности ВИЧ-инфекции. Существует также потребность в четко определенном программном прогнозировании АРВТ.

Доля женщин, получающих АРВТ, выше, чем доля мужчин во многих странах ВЕЦА, в том числе в Российской Федерации, которая имеет наибольшее количество ЛЖВ в регионе. Сложнейшей проблемой в регионе считается позднее обращение за медицинской помощью, причём высока доля пациентов, начинающих АРВТ с числом CD4 уже менее 200 клеток/мкл.

Основные вопросы, рассмотренные в этой сессии, включали определение приоритетов, охват АРВТ (рис. 2), эпидемиологические оценки числа ЛЖВ и их потребности в АРВТ; значимость проблем, с которыми сталкиваются потребители инъекционных наркотиков, а также снятие барьеров на пути к тестированию, профилактике и лечению ВИЧ-инфекции. На сессии было подчеркнуто, что во всем мире растет число людей, получающих АРВТ; существует повсеместное желание и потенциал для расширения охвата лечением (в большинстве стран); растет интерес к вопросу поддержки финансирования и переходу к большей доли финансирования из национальных источников. Было отмечено, что Российская Федерация и Украина имеют наибольшее количество ЛЖВ, что составляет значительную долю от общего количества ЛЖВ в Европейском регионе ВОЗ. Многие ЛЖВ были инфицированы при рискованном употреблении инъекционных наркотиков. Одна из основных проблем по выходу из этой ситуации состоит в том, что в Российской Федерации запрещена опиоидная заместительная терапия, а в Украине она доступна только для небольшого числа тех, кто в ней нуждается.

**Рис. 2: Процент людей в странах с низким и средним уровнем доходов, имеющих показания к антиретровирусной терапии (в соответствии с критериями рекомендаций ВОЗ 2010 г.) и получающие ее. Данные по регионам за 2009-2012гг.**



% antiretroviral therapy coverage - % охвата антиретровирусной терапией; Middle East and North Africa – Ближний Восток и Северная Африка; Eastern Europe and Central Asia – Восточная Европа и Центральная Азия; Asia Pacific – Азиатско-Тихоокеанский регион; Sub-Saharan Africa – страны югу от Сахары; Caribbean – страны Карибского бассейна; Latin America – Латинская Америка; All low and middle income countries – Все страны с низким и средним уровнем доходов.

Источник: по оценке ЮНЭЙДС, 2012 г.

## Сессия 2

### Обзор разработки сводного руководства

Сводное руководство ВОЗ 2013 г. впервые дает не только клинические установки в отношении системы непрерывного оказания помощи, т.е. указывает "что делать" (например, когда начинать лечение, какие применять схемы лечения), но и даёт конкретные методические рекомендации по предоставлению медицинской помощи при ВИЧ-инфекции (табл. 1). Руководство также включает новые рекомендации для руководителей программ по СПИД по внедрению этих рекомендаций. Данный документ консолидирует рекомендации по:

1. Всем возрастным группам и уязвимым контингентам, включая взрослых, беременных женщин, подростков и детей (методические указания в отношении которых ранее были разрозненными), по согласованию схем АРВП и подходов к лечению с максимальным учётом особенностей разных возрастных групп и контингентов, а также в отношении конкретных уязвимых контингентов: потребителей инъекционных наркотиков, работников секс-бизнеса и мужчин, имеющих сексуальные связи с мужчинами;

2. Полному объему медицинских услуг при ВИЧ-инфекции, начиная с консультирования и тестирования, связью с услугами по лечению и оказанию помощи, оказанию всех видов помощи при ВИЧ-инфекции и по всем аспектам проведения АРВТ.

Помимо введения новых рекомендаций, руководство консолидирует их в синтезе с существующими рекомендациями из других руководств.

Сводное руководство необходимо по трём главным причинам:

1. Появились новые достижения в области науки и технологий и видение их применения:
  - a. Технологии (в том числе в пунктах оказания медицинской помощи, для определения числа CD4 и вирусной нагрузки, новые лекарственные формы АРВ препаратов).
  - b. Преимущества АРВТ для индивидуума и населения в целом.
2. ВИЧ-инфекция стала рассматриваться как хроническое состояние, что требует:
  - a. Повышение внимания к приверженности лечению и удержанию ЛЖВ в системе оказания помощи.
  - b. Рассмотрения модели оказания помощи при хронических заболеваниях, включая децентрализацию и интеграцию услуг.
3. Несмотря на расширение масштаба услуг остаются проблемы:
  - a. Низкий охват АРВТ детей, подростков и уязвимых контингентов.
  - b. Значительные недостатки в обеспечении качества услуг и удержании пациентов в рамках системы непрерывного оказания помощи.

Руководство имеет глобальный характер, хотя при его разработке были учтены опыт и особенности стран ВЕЦА. Теперь задача состоит в региональной адаптации и, в частности, адаптации для каждой страны ВЕЦА. Руководство содержит много рекомендаций, осуществление которых подразумевает дополнительные расходы. Эти расходы могли бы быть меньше, если бы в полной мере выполнялись рекомендации ВОЗ 2010 г., что не происходит в большинстве стран ВЕЦА.

**Таблица 1. Некоторые новые рекомендации сводного руководства ВОЗ 2013 г.**

<b>Клинические</b>	<b>Функциональные</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Раннее начало АРВТ (≥4500 клеток/мкл.</li> <li>○ Немедленное назначение АРВТ детям младше 5 лет.</li> <li>○ Назначение АРВТ всем беременным и кормящим ВИЧ-инфицированным женщинам (вариант В/В+) и пожизненная АРВТ (вариант В+).</li> <li>○ Гармонизация АРВТ, назначаемой всем уязвимым контингентам (например, взрослым и беременным женщинам, В/В+) и по возрастным группам.</li> <li>○ Упрощенные и менее токсичные схемы первого ряда (ТДФ/ХТС/ЕФВ).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Использование комбинированных препаратов с фиксированными дозами в качестве предпочтительного подхода.</li> <li>○ Улучшение мониторинга пациентов для поддержания приверженности и раннего выявления неэффективности лечения (более широкое использование вирусной нагрузки).</li> <li>○ Рекомендации по перераспределению обязанностей, децентрализации и интеграции.</li> <li>○ Тестирование за пределами ЛПУ в дополнение к более широкому консультированию и тестированию на ВИЧ.</li> </ul>

## Обсуждение

Была выражена озабоченность тем, что для составления схемы терапии вместо комбинированных форм (с фиксированной комбинацией доз) препараты закупаются по отдельности. При этом качество терапии страдает, так как снижается приверженность, если схема лечения состоит из нескольких препаратов, часть из которых в дефиците. Было отмечено, что схемы лечения с фиксированными дозами АРВ препаратов приведут к снижению количества заказываемых препаратов и упростит процедуру закупки.

Было указано, что страны, получающие субсидии из Глобального Фонда, имеют некоторые преимущества в процессе внедрения новых рекомендаций благодаря значительному объёму финансирования. Отмечалось, что страны, не получающие финансирования из Глобального Фонда, будут вынуждены дополнительно рассмотреть вопрос первоочередности внедрения рекомендаций нового руководства. Выполнение всех рекомендаций не может произойти сразу и в полном объеме.

Была выражена озабоченность в связи с более инновационным подходом к консультированию и тестированию на ВИЧ, а также по поводу перехода от традиционно более осторожного подхода к более «срочному реагированию». Предлагалось создать национальные «матрицы тестирования», сочетающие эпидемиологические подходы с учетом национальных особенностей. В отношении отсутствия одновременного консультирования и тестирования на ВИЧ было отмечено, что поскольку консультирование занимает много времени, требование проводить консультирование перед каждым тестированием на ВИЧ может сократить количество проводимых тестов. Данная точка зрения вызвала дискуссию о приоритетах.

Было отмечено, что решение о проведении тестирования на ВИЧ должно согласовываться с человеком. Любое тестирование, проводимое без согласия человека, должно признаваться принудительным. «Рутинное тестирование», в частности, должно предполагать рутинное предложение пройти тестирование, а не являться тестированием без прямого согласия человека. По имеющимся сведениям, в некоторых странах ВЕЦА всё еще сохраняются правила,

которые Организация Объединенных Наций считает неприемлемыми, например, обязательное тестирование определенных групп населения (например, мигрантов, заключенных и работников секс-бизнеса).

Была высказана мысль о том, что странам необходимо провести пересмотр нормативных актов. Кроме того, необходимо сосредоточить усилия на уязвимых контингентах с использованием межсекторального и децентрализованного подхода при участии гражданского общества, врачей общей практики и первичных медицинских учреждений. Шире следует применять экспресс-тестирование на ВИЧ. Прозвучала мысль о необходимости улучшения системы направления и связи с услугами по оказанию помощи и лечения.

Такие проблемы, как слабая связь службы тестирования со службой предоставления помощи и лечения, трудности с удержанием пациентов под наблюдением, недоверие к системе здравоохранения, транспортные расходы и боязнь дефицита лекарственных препаратов были признаны многофакторными. Было высказано мнение, что консультирование и тестирование на ВИЧ должны предлагаться людям как ценная услуга, избегая, таким образом, ассоциаций со страхом и стигмой, присущим ВИЧ-инфекции. Другая предложенная мера, которая бы позволила большему количеству людей узнать свой ВИЧ-статус, заключалась в том, чтобы сократить временной разрыв между получением результатов первоначального и подтверждающего тестирования, что должно уменьшить количество пациентов, «теряющихся» в течение этого временного промежутка.

Было отмечено, что рекомендации ВОЗ по консультированию и тестированию на ВИЧ уязвимых контингентов часто не учитывают региональные и национальные особенности. В Армении, например, 60% новых случаев ВИЧ-инфекции регистрируется среди трудовых мигрантов из сельской местности, а 20% – среди партнеров этих мигрантов. Иными словами, четыре пятых новых случаев заражения происходят за пределами традиционных уязвимых контингентов. Эти сельские жители не поедут в вендиспансер в столице, и вряд ли будут реагировать на рекомендации по методам профилактики ВИЧ-инфекции. Еще одной проблемой является трудность сохранения конфиденциальности в небольших сельских общинах.

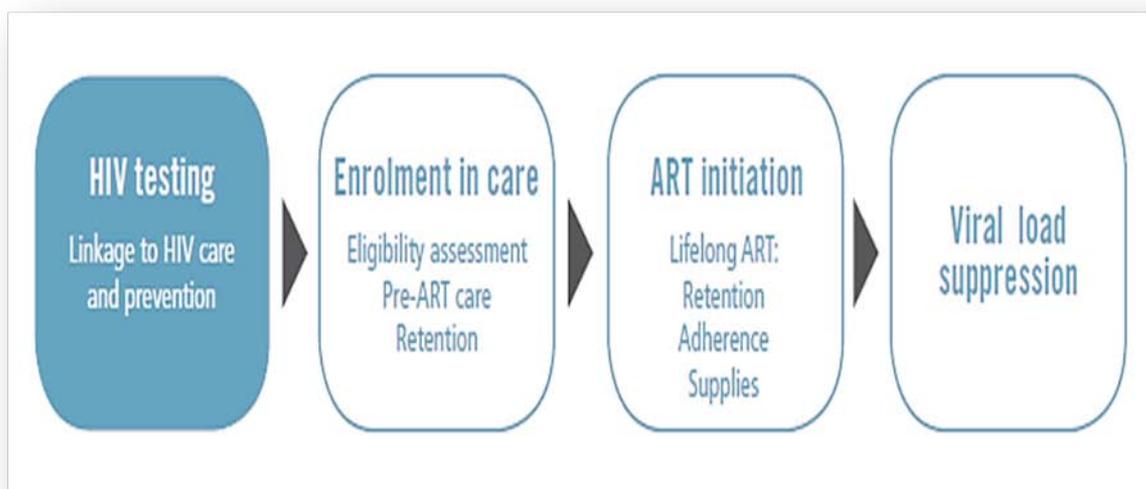
В ходе дискуссии были четко выражены готовность расширять охват лечением и укреплять приверженность, как и намерение перейти на финансирование из государственных бюджетов. Постоянно возникали такие темы, как охват лечением и методы расчетов. Еще одним актуальным вопросом дискуссии стали потребности людей, употребляющих инъекционные наркотики.

## Сессия 3

### Непрерывность оказания помощи

Система предоставления услуг должна быть организована так, чтобы обеспечивать непрерывное оказание помощи, как это представлено в руководстве ВОЗ 2013 г. в виде каскада услуг по лечению и оказанию помощи при ВИЧ-инфекции (рис. 3).

**Рис. 3. Каскад услуг по лечению и оказанию помощи при ВИЧ-инфекции**



HIV testing – тестирование на ВИЧ; Linkage to HIV care and prevention – связь со службой лечения и оказания помощи при ВИЧ-инфекции; Enrolment in care – включение в программы оказания помощи; Eligibility assessment – оценка соответствия критериям назначения лечения; Pre-ART care – наблюдение до назначения АРВТ; Retention – удержание под наблюдением; ART initiation – начало АРВТ; Lifelong ART – пожизненная АРВТ; Adherence – приверженность; Supplies – обеспечение медикаментами; Viral load suppression – подавление вирусной нагрузки

Существует значительная потеря пациентов на разных этапах оказания помощи между положительным результатом тестирования на ВИЧ и назначением АРВТ (см. рис. 3). Мировая статистика показывает, что на каждом таком этапе теряется от 15% до 30% ЛЖВ. Охват тестированием также остается низким. Вследствие этого многие люди начинают АРВТ на поздней стадии заболевания. В мире каждый четвертый заболевший начинает АРВТ при количестве CD4 менее 100 клеток.

### Обсуждение

Дискуссия началась с вопроса об основных барьерах на пути к консультированию и тестированию на ВИЧ в регионе, а также об организации связи со службами лечения и помощи.

Было высказано предположение, что препятствием к удержанию пациентов является состояние шока, которое часто испытывают люди, когда они узнают о диагнозе ВИЧ-инфекция. Такая реакция не позволяет им усваивать новую информацию, что делает пост-тестовое консультирование неэффективным.

Утверждалось, что дефицит лекарственных препаратов также имеет огромное влияние на ЛЖВ. Мысль о том, что препаратов может не хватить, может пробуждать у некоторых людей нежелание начинать АРВТ из опасений, что они не смогут продолжить лечение в дальнейшем.

Было предложено сделать акцент на позитивное информирование с целью улучшения общего восприятия терапии с упором на то, что лечение ВИЧ-инфекция может быть весьма эффективным.

Было отмечено, что во многих странах мира тестирование на ВИЧ часто не связано с оказанием помощи при ВИЧ-инфекции. Были подняты вопросы, связанные с причинами прекращения людьми лечения, и какова роль сообществ в том, чтобы исправить ситуацию.

Было предложено исследовать вопрос, как популяризировать тестирование на ВИЧ, и почему люди не хотят проходить тестирование. Было отмечено, что необходимы более эффективные методы для поощрения прохождения тестирования. По мнению участников совещания, эта задача касается не только ВОЗ, но и всех партнеров, причем участие гражданского общества в её решении представляется особенно важным.

Среди причин, объясняющих, по мнению участников дискуссии, несоблюдение пациентами режима лечения ВИЧ-инфекции остаются проблемы, варьирующиеся по значимости в зависимости от страны и включающие стигму, отсутствие доступа, трудности с транспортом и отсутствие доверия к системе здравоохранения. Было также отмечено, что некоторые пациенты не хотят начинать АРВТ из-за переживаний по поводу влияния лечения на их жизнь (например, боязнь побочных эффектов).

Прозвучало предложение о проведении необходимого анализа для получения представления об организации процесса оказания непрерывной помощи при ВИЧ-инфекции в разных странах. Был сделан акцент на стремление свести к минимуму потери пациентов на различных этапах оказания помощи.

Было отмечено, что в Кыргызстане запущен ряд пилотных проектов с целью расширения масштабов тестирования на ВИЧ. Неправительственные организации (НПО) участвуют в программах предоставления услуг по тестированию уязвимых контингентов. Внедрено экспресс-тестирование на уровне оказания первичной медицинской помощи. В Кыргызстане практикуют предоставление так называемого комплексного пакета услуг, включающего тестирование и диагностику ВИЧ-инфекции.

В качестве ключевых вопросов участники дискуссии называли стигму и дискриминацию, а также необходимость приблизить услуги к нуждающимся в них людям.

Было отмечено, что на странице 13 нового руководства дано более широкое, чем в прошлом, определение уязвимых контингентов: теперь они не ограничиваются лишь группами, подверженными наибольшему риску. В эти группы в зависимости от страны могут быть включены и трудовые мигранты. Это определение согласуется с определением уязвимых групп, подверженных высокому риску заражения ВИЧ-инфекцией, приведенным в Европейском плане действий по ВИЧ/СПИДу на 2012-2015 гг. Этнические меньшинства и мигранты были признаны важнейшими группами, и прозвучало предложение о необходимости устранения социальных предпосылок, мешающих в полной мере решить трудности, с которыми сталкиваются эти группы. Важно также не ослаблять внимание к вопросам конфиденциальности.

Было высказано опасение, что руководство ВОЗ не сможет быть должным образом реализовано из-за ограниченного вовлечения гражданского общества. Было сказано, что ВОЗ разработала рекомендации, но объем конкретной информации очень ограничен. Схожие опасения были связаны с зависимостью многих стран от финансирования из Глобального Фонда, а также необходимостью легализации усилий гражданского общества в некоторых странах.

В заключительном комментарии было отмечено, что новое руководство было создано с целью обобщения всех руководящих положений. ВОЗ планирует периодически обновлять данный документ. Кроме того, в интернете выложены специальные веб-приложения, в которых размещены справочные материалы.

## Сессия 4

### **Клинические рекомендации в рамках оказания непрерывной помощи: АРВТ взрослых и подростков**

На сессии был представлен обзор изменений в рекомендациях, касающихся начала АРВТ взрослым (табл. 2). В этой связи было отмечено, что именно от национального решения зависит выбор механизмов предоставления антиретровирусной терапии: либо в рамках общественного здравоохранения, либо индивидуализированного и ориентированного на пациента подхода. Оба варианта могут означать одинаковый исход для пациентов, но смешивать эти два подхода не следует.

Было высказано мнение, что признавая эффективность профилактического действия АРВТ, важно не терять из виду другие методы профилактики, которые также эффективны. Большинство случаев передачи ВИЧ происходит до назначения лечения пациентам, особенно в период острой инфекции.

Было предложено, чтобы каждая страна проанализировала и представляла свой каскад услуг по лечению и оказанию помощи при ВИЧ-инфекции, и выявила слабые места в этой структуре. Есть данные о том, что в восточной части Европейского региона ВОЗ доля людей с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции и впоследствии начавших лечение заметно ниже, чем в западной части региона. Было подчеркнуто, что если мы хотим остановить эпидемию, необходимо изменить данную ситуацию.

<b>Таблица 2. Краткий обзор изменений в рекомендациях по началу АРВТ взрослым</b>		
<b>Целевая группа:</b> <i>(не получавшие ранее АРВТ)</i>	<b>Руководство ВОЗ по антиретровирусной терапии 2010 г.</b>	<b>Руководство ВОЗ по антиретровирусной терапии 2013 г.</b>
Бессимптомная ВИЧ-инфекция	CD4 $\leq$ 350 клеток/мкл	<b>CD4 <math>\leq</math>500 клеток/мкл (CD4 <math>\leq</math>350 клеток/мкл в первую очередь)</b>
ВИЧ-инфекция с клиническими проявлениями	клиническая стадия 3 или 4 по классификации ВОЗ независимо от числа CD4	без изменений
Беременные и кормящие ВИЧ-инфицированные женщины	CD4 $\leq$ 350 клеток/мкл или клиническая стадия 3 или 4 по кл. ВОЗ	<b>независимо от уровня CD4 или клинической стадии по классификации ВОЗ</b>
Ко-инфицированные ВИЧ/ТБ	наличие активной формы ТБ независимо от уровня CD4	без изменений
Ко-инфицированные ВИЧ/гепатит В	проявления хронического активного гепатита В независимо от уровня CD4	<b>проявления тяжелых поражений печени при хроническом гепатите В независимо от уровня CD4</b>
ВИЧ-инфицированный партнер в серодискордантной паре	рекомендации не установлены	<b>независимо от уровня CD4 или клинической стадии по классификации ВОЗ</b>

Было высказано мнение о нереалистичности представлений, что включение в лечение дополнительных 13-14 миллионов человек может произойти в одночасье. Поэтому в сводном руководстве ВОЗ 2013 г. предложено считать приоритетным лечение пациентов с числом CD4 менее 350 клеток/мк, а затем уже приступать к лечению пациентов с уровнем CD4 от 350 до 500 клеток/мкл.

Было отмечено, что хотя схемы лечения с применением препаратов с фиксированной комбинацией доз являются высокоэффективными, необходимо иметь альтернативные варианты. В то же время важно делать назначения, основываясь на знании препаратов, обладающих значительной токсичностью. К примеру, ставудин известен митохондриальной токсичностью, и существует четкая рекомендация поэтапного отказа от этого препарата.

## Обсуждение

На совещании был рассмотрен вызывающий озабоченность вопрос о том, следует ли назначать антиретровирусный препарат эфавиренз беременным женщинам. Такая практика одобрена методическими рекомендациями ВОЗ, но не пересмотрена на начало 2013 г. в руководстве Европейского клинического общества по СПИДу. Было высказано мнение, что обновленный систематический обзор и мета-анализ, включая «Реестр случаев приема антиретровирусных препаратов во время беременности» не находят прием эфавиренза во время беременности рискованным. Хотя группа разработчиков руководства подчеркнула, что необходимы более точные данные о врожденных пороках, она выразила уверенность, что потенциально низкий риск эфавиренза сбалансирован с программными преимуществами и клинической эффективностью препарата как для профилактики ВИЧ-инфекции у младенцев, так и для здоровья матери, поэтому можно считать назначение эфавиренза беременным женщинам приемлемым. Представители стран выразили озабоченность отсутствием доказательств влияния эфавиренза на психическое и умственное развитие детей, подвергшихся воздействию этого препарата внутриутробно. Это является одним из аргументов против широкого применения рекомендации о назначении эфавиренза во время беременности. Несколько участников высказались по поводу необходимости проведения таких исследований.

Рассматривался вопрос о наличии доказательств, влияющих на принятие решения об изменении схемы лечения больных, достигших подавления вирусологической нагрузки. Было высказано предложение о важности подготовки пациента к изменению схемы антиретровирусной терапии, в том числе психологической подготовки. Было сказано, что смена схемы АРВТ, как правило, легко проходит у пациентов, вирусная нагрузка которых была успешно снижена благодаря текущей схеме терапии. Было отмечено, что важнейшей задачей является стабилизация состояния здоровья пациентов, получающих терапию.

Был поднят вопрос о роли пациента в следовании рекомендациям (принятие решения в отношении своего лечения), и было отмечено, что медицинские работники должны лечить людей, а не вирусы; это должно отражаться в вопросе "Как вы себя чувствуете?" в отличие от "Какая у вас вирусная нагрузка?" Была подчеркнута важность создания доверительных отношений между пациентом и врачом, и было отмечено, что этот подход поможет положительно влиять на удержание пациентов в программах лечения.

Было отмечено, что существует много мифов о побочных эффектах, и что важно представлять доказательства при любом обсуждении побочных эффектов, в том числе побочных эффектов эфавиренза.

Было добавлено, что несмотря на необходимость появления новых комбинаций АРВ, не следует менять терапию без особой необходимости, если она эффективно снижает вирусную нагрузку, и пациент демонстрирует высокую приверженность. Было отмечено, что медицинские работники должны сосредоточиться на устранении ряда основных препятствий на пути к лечению, а не обсуждать что лучше – одна или 15 комбинаций. Важность нового руководства, как было указано, заключается в его потенциальной возможности снизить неоправданно высокую смертность среди больных ВИЧ-инфекцией в странах ВЕЦА.

## Сессия 5

### Клинические рекомендации в рамках оказания непрерывной помощи: лечение сочетанных инфекций и сопутствующих заболеваний

Была представлена информация о профилактике, скрининге и ведении пациентов с туберкулезом (ТБ), гепатитом В (ВГВ) и С (ВГС), а также информация о профилактике и лечении других сопутствующих и хронических заболеваний ЛЖВ (неинфекционных заболеваний, психических расстройств и нарушений здоровья, связанных с употреблением наркотиков).

#### Туберкулёз

По данным 2009 года у пациентов с сочетанной инфекцией ВИЧ/ТБ в Восточной Европе риск смертельного исхода составлял 33% в течение первого года после установления диагноза. Основными проблемами оставались диагностика и отсутствие интеграции услуг, причем пациентов направляли на лечение ВИЧ-инфекции только после завершения лечения туберкулеза - слишком поздно.

Разработка диагностического теста Xpert MTB/RIF для платформы GeneXpert завершилась в 2009 году и считается важным прорывом в ранней диагностике туберкулёза с множественной лекарственной устойчивостью. Впервые молекулярный тест стал простым и достаточно надёжным, что позволяет применять его в лабораториях на периферии. ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501569\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501569_eng.pdf)).

Было отмечено, что применение АРВТ имеет положительное влияние не только на здоровье пациента, но и повышает выживаемость ВИЧ-инфицированных, являясь также методом профилактики ВИЧ-инфекции. Существует также очевидное влияние на заболеваемость туберкулезом. Рекомендуемое одновременное лечение туберкулеза и ВИЧ-инфекции эффективно как для пациентов, так и для общественного здравоохранения. В странах ВЕЦА смертность от туберкулёза у ВИЧ-инфицированных остаётся высокой, причем особую озабоченность в этом регионе вызывает туберкулез со множественной лекарственной устойчивостью.

#### Употребление наркотиков

ВИЧ-инфекция ассоциируется с употреблением инъекционных наркотиков в большинстве стран ВЕЦА и недавними вспышками ВИЧ-инфекции среди ПИН в Греции и Румынии. Было подчеркнуто, что ПИН должны быть включены в программы получения ОЗТ как части лечения ВИЧ-инфекции, так как снижение наркотической зависимости является необходимым условием обеспечения эффективной медицинской помощи. Было отмечено, что получение медицинской помощи отвечает интересам потребителей наркотиков, так как под угрозой находится их жизнь. Это также соответствует интересам страны как мера сдерживания распространения ВИЧ-инфекции. Эта точка зрения не находит отражения в политике стран региона, причем в России действует прямой запрет на применение ОЗТ.

## Гепатиты В и С

Было отмечено, что имеющиеся препараты не очень эффективны, однако в ближайшие несколько лет на рынок поступит много новых препаратов, которые имеют потенциал коренным образом изменить лечение вирусного гепатита. Однако некоторые из этих препаратов могут быть очень дорогими.

У пациентов с сочетанной инфекцией ВИЧ/ВГС отмечается ускоренное прогрессирование фиброза печени, обусловленного ВГС, более высокие показатели терминальной стадии заболевания печени и смертности. Пациентам с сочетанной инфекцией ВИЧ/ВГС следует назначать АРВТ в соответствии с теми же общими принципами, применяемыми к антиретровирусной терапии для всех ЛЖВ.

Для пациентов с сочетанной инфекцией ВИЧ/ВГВ характерны более высокие темпы перехода ВГВ в хроническую стадию со сниженной вероятностью спонтанного излечения от ВГВ. Ко-инфекция вирусами гепатита В и ВИЧ ассоциирована с ускоренным прогрессированием фиброза печени, циррозом, гепатоцеллюлярной карциномой, повышенной смертностью, а также со сниженным ответом на АРВ-препараты. Пациентам с сочетанной инфекцией ВИЧ/ВГВ следует назначать АРВТ при уровне CD4 ниже 500 клеток/мкл, а в случае наличия тяжёлого хронического заболевания печени – немедленно и независимо от количества CD4 клеток.

## Обсуждение

Было отмечено, что имеет смысл госпитализировать тяжело больных пациентов. Тем не менее, часть из ресурсов, расходуемых на дорогостоящую помощь в стационаре, можно с большей эффективностью направить на улучшение комплексных амбулаторных услуг. Предпочтительная модель оказания услуг, по словам выступавших, должна включать местные или общинные клиники, расположенные в непосредственной близости от пациентов. Для вовлечения ПИН в систему оказания помощи требуется другая модель, ключевую роль в которой могут играть организации гражданского общества.

Было отмечено, что сообщество специалистов, занимающихся проблемами вирусных гепатитов, может поучиться у коллег, работающих в программах по ВИЧ, в отношении лечения ВИЧ-инфекции в целом и снижения цен на препараты в особенности.

## Сессия 6

### **Клинические рекомендации в рамках оказания непрерывной помощи: АРВТ для беременных, кормящих и не кормящих грудью женщин**

Каждому региону мира необходимо разработать свои собственные цели по снижению передачи ВИЧ от матери ребенку.

Быстрое накопление научных данных о лечении ВИЧ-инфекции у детей в последние годы привело к столь же быстрым изменениям в педиатрических рекомендациях по лечению. Страны и пациенты должны быть осведомлены о различиях между вариантами В и В+ для беременных женщин (табл. 3). Вариант В предполагает, что в отношении женщин, не имеющих показания для назначения АРВТ по состоянию здоровья, можно рассматривать возможность

прекращения приема АРВ-препаратов после окончания периода риска передачи ВИЧ от матери ребенку. Вариант В+ предполагает, что всем беременным и кормящим грудью женщинам с ВИЧ-инфекцией следует назначать АРИТ пожизненно, по программным и операционным соображениям и особенно в условиях генерализованной эпидемии.,».

**Таблица 3. Эволюция рекомендаций ВОЗ в отношении профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку и АРВТ**

	2001	2004	2006	2010	2013
<b>ППМР</b>	4 недели АЗТ; АЗТ+ ЗТС, или одна доза НВП в родах	АЗТ с 28-й недели + одна доза НВП в родах	АЗТ с 28-й недели + одна доза НВП в родах + АЗТ/ЗТС беременной 7 дней	<i>Вариант А:</i> АЗТ с 14 недель + одна доза НВП в родах <i>Вариант В:</i> три АРВ препарата	<i>Вариант В или В+:</i> Переход на АРВТ всем беременным и кормящим женщинам
<b>АРВТ</b>	рекомендации не составлены	CD4 <200 клеток/мкл	CD4 <200 клеток/мкл	CD4 ≤350 клеток/мкл	CD4 ≤500 клеток/мкл
Сокращения: ЗТС = ламивудин, АЗТ = Азидотимидин, CD4 = Т-лимфоциты, несущие рецептор CD4, НВП = невирапин					

Подводя итог, следует отметить, что произошло серьезное изменение парадигмы в сторону сближения рекомендаций для ППМР и АРВТ, что ведёт к упрощенному, согласованному подходу для всех взрослых, включая беременных женщин. АРВТ первого ряда следует назначать всем ВИЧ-инфицированным беременным и кормящим женщинам (одинаковую схему АРВТ для вариантов В и В+). Основное внимание должно уделяться здоровью матери, профилактике инфицирования младенцев и профилактике инфицирования партнеров.

## Обсуждение

Была отмечена важность послеродового консультирования кормящих женщин, чтобы уменьшить послеродовую передачу ВИЧ во время грудного вскармливания; была высказана мысль, что этот вопрос мог бы стать предметом более подробного освещения в новом руководстве.

Было отмечено, что одним из преимуществ варианта В+ является снижение риска передачи ВИЧ при грудном вскармливании. Однако не ясно, каким будет отношение женщин к перспективе пожизненной терапии, при ощущении собственного здоровья. Представители гражданского общества, внесшие свой вклад в дискуссию, указали на необходимость более широкого участия беременных и кормящих женщин в формулировке обращений.

## Сессия 7

### Клинические рекомендации в рамках оказания непрерывной помощи: АРВТ у детей

Глобальные педиатрические рекомендации в отношении ВИЧ-инфекции во многих случаях основаны на данных, полученных в условиях ограниченного доступа к ранней диагностике ВИЧ-инфекции у младенцев, и при большом количестве детей, поступающих в клиники на поздней стадии ВИЧ-инфекции.

#### *Когда начинать терапию у детей*

В большинстве стран мира, как было отмечено, служба ранней диагностики ВИЧ-инфекции у младенцев остается слабой и плохо оснащенной. Даже после установления диагноза наблюдается значительная потеря пациентов на всех этапах оказания помощи (см. рис. 3 выше), при этом многие дети не получают необходимого лечения. Существуют также технические проблемы в отношении назначения правильной схемы лечения и правильной дозировки препаратов с учетом возраста ребенка.

В 2010 году рекомендация ВОЗ состояла в лечении всех детей в возрасте до одного года независимо от количества CD4 клеток или других критериев. В 2013 году новая рекомендация заключается в лечении всех детей в возрасте до пяти лет, независимо от количества CD4 клеток или клинической стадии по классификации ВОЗ, хотя приоритетными остаются дети младшего возраста или дети с тяжелым течением заболевания (табл. 4).

Для детей в возрасте от пяти лет и старше рекомендуется применять те же критерии начала АРВТ, включая количество CD4 клеток, что и для взрослых.

АРВТ первого ряда должна включать лопинавир/ритонавир для детей в возрасте до трех лет. Для детей в возрасте старше трех лет терапия первого ряда должна быть согласована с аналогичной терапией у взрослых.

Мониторинг вирусной нагрузки так же важен для педиатрических больных, как и для взрослых пациентов.

#### *Некоторые программные вопросы, требующие учета:*

- Исключительно важно выявлять ВИЧ-инфицированных детей, проводя раннее тестирование, диспансерное наблюдение и определение окончательного статуса ВИЧ-экспонированных детей. При подозрении на ВИЧ-инфекцию может оказаться эффективным консультирование и тестирование на ВИЧ по инициативе медицинского работника.
- Медицинские службы должны иметь доступ к препаратам в соответствующей расфасовке для педиатрических нужд.
- Необходимо улучшить подготовку кадров и систему предоставления педиатрической помощи и лечения.
- Лечение ВИЧ-инфекции у детей должно стать приоритетным и приблизиться по охвату и полноте к лечению ВИЧ-инфицированных взрослых.

Таблица 4. Рекомендации ВОЗ 2013 г. по началу АРВТ у детей	
ВОЗРАСТНАЯ ГРУППА	РЕКОМЕНДАЦИИ 2013 г.
< 1 года	Лечить всех Сильная рекомендация, доказательства среднего качества
1–5 лет	Лечить всех Условная рекомендация, доказательства очень низкого качества  Приоритетность: дети младше 2 лет или 3-4 стадия по классификации ВОЗ или число CD4 $\leq$ 750 клеток/мкл или < 25%
$\geq$ 5 лет	CD4 $\leq$ 500 клеток/мкл Условная рекомендация, доказательства очень низкого качества CD4 $\leq$ 350 cells/mm <sup>3</sup> as a priority (as in adults) Сильная рекомендация, доказательства среднего качества

## Обсуждение

Была выражена озабоченность в отношении назначения детям антиретровирусных схем, включающих тенофовир. Было отмечено, что необходимо иметь больше данных, включая мониторинг токсичности, чтобы прийти к окончательному выводу по этому вопросу.

Было высказано мнение, что существуют две ключевых причины, затрудняющие лечение детей: ограниченное национальное производство препаратов и недостаточная приверженность к терапии у подростков. Другие участники встречи говорили о проблемах, связанных с предоставлением помощи подросткам, и высказывались о необходимости иметь современные методические материалы, нацеленные на работу с конкретными потребностями этой группы. Было отмечено, что предстоящее консультативное совещание по исключению передачи ВИЧ от матери ребёнку станет полезной платформой для продолжения разговора об этих проблемах.

Также обсуждался вопрос, кто должен отвечать за организацию педиатрического лечения. Было предложено рассмотреть вопрос о выделении подростков в отдельную группу. ВОЗ сотрудничает с ЮНИСЕФ и другими партнерами в разработке руководств по работе с подростками, чтобы обеспечить большую слаженность в работе служб, ориентированных на подростков. Рекомендации по консультированию и тестированию на ВИЧ подростков доступны по ссылке: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/adolescents/en/index.html>. Есть мнение о том, что необходимо провести дополнительный учет имеющихся ресурсов и потребностей в ресурсах в странах ВЕЦА.

## Сессия 8

### *Непрерывность оказания услуг: лабораторный мониторинг*

Данная сессия была посвящена вопросам мониторинга ответа на АРВТ и выявления причин неудачи лечения, мониторинга лекарственной токсичности и замены АРВ-препаратов в случае ее возникновения, мониторинга лекарственного взаимодействия, а также использование теста на вирусную нагрузку (ВН) для лабораторного мониторинга состояния пациентов.

Было отмечено, что АРВТ уничтожает большую часть популяции ВИЧ. Однако некоторые вирусы мутируют и становятся устойчивыми к терапии. Факторы, вступающие во взаимодействие в такой ситуации, могут значительно варьировать в зависимости от того, какие АРВ препараты применялись. Особую озабоченность вызывает перекрестная резистентность (возникновение вирусной резистентности не только к конкретному препарату, но и к другим препаратам того же класса).

Другая проблема возникает при прекращении терапии. Это также может привести к возникновению резистентности, оставляя врачу меньше вариантов лечения в будущем. Было отмечено, что если однажды антиретровирусная терапия была начата, она не должна прерываться.

Что касается мониторинга вирусной нагрузки, было отмечено, что рутинный мониторинг должен проводиться через шесть месяцев после начала лечения, а затем не реже одного раза каждые 12 месяцев. Кроме этого, должен иметь место "целевой" мониторинг ВН, когда существует обеспокоенность в связи с отсутствием ответа на лечение или терапевтической неудачей (например, при появлении медицинских проблем, которые могут быть связаны или не связаны с приверженностью к лечению и последствиями лечения).

В частности, мониторинг ВН может укрепить приверженность, своевременно выявить терапевтическую неудачу, способствовать принятию решения о переходе на терапию второго ряда, уменьшить перекрестную резистентность и информировать об уменьшении вероятности передачи ВИЧ за счет снижения вирусной нагрузки до неопределяемого уровня.

В Руководстве ВОЗ 2013 года рекомендуемый пороговый уровень вирусной нагрузки составляет 1000 копий вируса на миллилитр крови. Пациентов, ВН которых остается выше этого уровня – после двух последовательных исследований, проведенных с трехмесячным интервалом и с поддержкой приверженности между исследованиями – рекомендуется переключить на схемы АРВТ второго ряда. В ситуациях, когда мониторинг ВН недоступен, следует определять количество CD4 лимфоцитов. Однако в некоторых случаях вирусологическая неудача сопровождается увеличением количества CD4 клеток. Таким образом, создается впечатление, что состояние пациента улучшается, однако при этом вирус продолжает накапливать резистентность, в результате чего лечить такого пациента с течением времени будет все труднее.

Другим вопросом, поднятым во время дискуссии, была передача вируса, резистентного к АРВ препаратам группы нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы (ННИОТ). Этот факт был признан вызывающим озабоченность, однако было отмечено, что угроза резистентности ННИОТ не должна вести к сокращению объема лечения. Дилемма заключается в том, что расширение охвата терапией может вести к увеличению случаев резистентности, однако одновременно снижается вероятность передачи ВИЧ. Основной вопрос в решении проблемы устойчивости к АРВ препаратам заключается в своевременном выявлении

пациентов с ранней вирусологической неудачей и соответственном изменении схемы их лечения.

<b>Таблица 5. Лабораторный мониторинг при ВИЧ-инфекции</b>					
<b>Этапы ведения пациента с ВИЧ-инфекцией</b>	<b>Постановка диагноза ВИЧ-инфекции</b>	<b>Амбулаторное наблюдение до назначения АРВТ</b>	<b>Начало АРВТ</b>	<b>Мониторинг эффективности АРВТ</b>	<b>Терапевтическая неудача</b>
Рекомендовано	серологическое исследование на ВИЧ, CD4, скрининг на ТБ	CD4	CD4	вирусная нагрузка (CD4)	вирусная нагрузка, CD4
Желательно	ВГВ, ВГС Криптококковый антиген, ИППП, неинфекционные болезни		Нб для АЗТ; Сг или глюкозурия для ТНФ АЛТ для НВП; КД для ТНФ	Сг для ТРФ	ВГВ (Если тестирование на ВГВ не было сделано при первичном осмотре или если тест на ВГВ был тогда отрицательным)
<b>Сокращения:</b> АЛТ = аланинаминотрансфераза, АЗТ = Азидотимидин, КД = кровяное давление, CD4 = Т-лимфоциты, несущее рецептор CD4, Сг = креатинин, Нб = гемоглобин, ВГВ = вирус гепатита В, ВГС = вирус гепатита С, ТНФ = дизопроксилфумарат тенофовира					

## Обсуждение

Было отмечено, что если в рекомендациях ВОЗ будет указано, что мониторинг ВН надо начинать через шесть месяцев после начала АРВТ, министерства здравоохранения могут не разрешить проводить его раньше, что может стать проблематичным для случаев, когда врач хотел бы отслеживать ситуацию более внимательно. Как полагают, в условиях ограниченных ресурсов важно знать находится ли ВН выше или ниже порогового значения 1000 копий, а не конкретный показатель вирусной нагрузки. Новая технология определения ВН на месте оказания помощи имела бы ключевое значение для отдаленных районов, так как вероятно, была бы более доступной с финансовой точки зрения, чем лабораторный мониторинг ВН.

Было отмечено, что на практике у большинства пациентов, начавших АРВТ, через шесть месяцев значительно снижается уровень ВН. Таким образом, шестимесячный интервал, как правило, является достаточным, но в некоторых случаях он может меняться.. Прозвучало

мнение, что при ограниченных возможностях проведения лабораторного исследования ВН наилучшим решением было бы проводить исследования как минимум каждые шесть месяцев. Другим рекомендуемым вариантом было бы проведение лабораторного исследования через месяц после начала АРВТ, затем каждые три месяца, если возможности позволяют определять ВН с такой частотой без ущерба для других пациентов.

## Сессия 9

### Рекомендации по осуществлению деятельности и предоставлению услуг

По словам выступавших, основные проблемы с осуществлением рекомендаций в странах ВЕЦА связаны с низким уровнем тестирования на ВИЧ уязвимых контингентов, особенно ПИН; задержка с постановкой диагноза и началом лечения и, как следствие, низкий уровень удержания пациентов в системе оказания помощи, а также низкий охват лечением уязвимых контингентов (в отличие от высокого охвата АРВТ детей в регионе).

#### *Рекомендации по организации деятельности и предоставлению услуг при ВИЧ-инфекции*

Новый раздел сводного руководства посвящен организации деятельности и предоставлению услуг, в том числе повышению приверженности к АРВТ. Простая форма комбинированного препарата с фиксированными дозами АРВ в нем для однократного приёма в день улучшает приверженность. Другие рабочие моменты по укреплению приверженности связаны с сопутствующими заболеваниями, индивидуальными особенностями пациента, взаимоотношений врача и пациента и факторов, связанных с организацией системы здравоохранения. Новое руководство содержит следующие рекомендации программного уровня по укреплению приверженности:

- минимизация расходов пациента;
- назначение комбинированных препаратов с фиксированными дозами;
- укрепление системы снабжения лекарственными средствами;
- консультирование, обучение пациентов и поддержка по принципу «равный-равному»;
- услуги по предоставлению игл и шприцев, а также лечение наркотической зависимости ЛЖВ, употребляющих наркотики;
- предоставление дополнительного питания тем, кто не может обеспечить себя сам.

Новая рекомендация, применимая на индивидуальном уровне, заключается в рассылке текстовых сообщений с напоминаниями на мобильные телефоны пациентов. Этот простой инструмент улучшает приверженность к АРВТ в рамках пакета мер по укреплению приверженности.

Сочетание таких подходов, как децентрализация, интеграция услуг и перераспределение обязанностей являются ключевыми глобальными рекомендациями данного руководства, которые требуют адаптации с учетом местных и национальных особенностей. Рекомендации касаются пяти областей:

- Удержание пациентов в системе оказания непрерывной помощи. Препятствиями для удержания пациентов в рамках программ связаны с психосоциальными факторами, структурными факторами и факторами здравоохранения. В руководстве нет конкретных рекомендаций в отношении удержания пациентов в системе оказания помощи, но для

решения такой задачи необходимы различные мероприятия. Есть мнение, что интеграция услуг дает большую эффективность, чем отсутствие интеграции. Интеграция предполагает оказание разных услуг в одном месте. Необходим мониторинг программ оказания помощи и оценка показателей ее эффективности.

- Предоставление услуг. Основными рекомендациями являются децентрализация и поддержка со стороны сообщества. Кроме того, ВОЗ рекомендует назначение и проведение АРВТ в туберкулёзных стационарах для ЛЖВ, получающих в них лечение от туберкулеза; при генерализованной эпидемии ВИЧ-инфекции – в учреждениях дородовой помощи и охраны материнства и детства; и в пунктах предоставления ОЗТ, как продолжения оказания помощи и лечения ВИЧ-инфицированных.
- Перераспределение обязанностей в условиях нехватки медицинского персонала и высокого бремени в связи с ВИЧ-инфекцией.
- Лабораторные и диагностические службы.
- Система управления закупками и поставками.

#### *Ключевые темы дискуссии*

Было отмечено, что приоритеты должны определяться отдельно для каждой страны. Национальные руководители должны рассмотреть вмешательства, которые могли бы оказаться эффективными с учётом местных условий, таких как потенциал работников здравоохранения, участвующих в оказании помощи при ВИЧ-инфекции. (Сколько времени у них есть для каждого пациента?) Было отмечено, что децентрализация медицинской помощи, которая может привести к раскрытию диагноза ВИЧ-инфицированно пациента без его согласия, является проблемой во многих странах. В некоторых странах пациенты, меняющие место жительства, не хотят быть приписанными к новому медицинскому центру из-за боязни стигматизации. Выступавшие отмечали, что этот вопрос характерен для мигрантов в целом. В разъяснении по вопросу о децентрализации было сказано, что на самом деле децентрализация проводится в интересах тех, кто либо не может получить доступ к лечению, либо сменил место жительства и лишился возможности обращаться в центр, который посещался ранее.

Прозвучало мнение, что основным препятствием для соблюдения приверженности к лечению остаются стигматизирующие взгляды медицинских работников. Некоторые выступающие говорили о дефиците препаратов как проблеме, характерной для стран ВЕЦА. В некоторых странах люди, живущие в ВИЧ, боятся, что препаратов не будет, когда они придут за ними. Было предложено, чтобы ВОЗ разработал рекомендации в отношении ситуаций, когда препараты заканчиваются.

Прозвучала мысль о необходимости консультирования, включая консультирование, проводимое не врачами. Было высказано замечание о том, что у врачей не хватает времени на консультирование. Было отмечено, что НПО часто готовы помочь заполнить этот пробел, но это требует разработки соответствующих местных рекомендаций. Кроме того, необходимо озвучить четкие установки в отношении безопасности непатентованных лекарственных препаратов в связи с опасениями пациентов по этому поводу.

Было отмечено, что в странах ВЕЦА наркологические службы должны сотрудничать со службами по ВИЧ и интегрировать ОЗТ для ЛЖВ, получающих помощь при ВИЧ-инфекции и АРВТ в службах по борьбе с ВИЧ, а также интегрировать проведение АРВТ в пунктах ОЗТ, как уже отмечалось ранее в дискуссии.

По вопросу поддержки со стороны сообществ было высказано беспокойство о финансировании. Было отмечено, что добровольные программы поддержки, работающие по принципу «равный - равному», являются одним из путей поддержки, и был приведен пример очень успешной программы, привлекающей пациентов для помощи тем, кто оказался в таком же положении.

Было отмечено, что тестирование на ВИЧ за пределами ЛПУ, как и другие инновационные подходы к тестированию на ВИЧ, необходимы для привлечения ЛЖВ к лечению. С помощью ООН в одной из стран было организовано тестирование на ВИЧ с применением тестов для слюны. Предполагается, что эта технология может оказаться подходящей для тестирования на ВИЧ труднодоступных групп населения, и уязвимые группы информированы об этом. Хотя эти тесты все еще несовершенны, при наличии подтверждающих исследований такой подход может в перспективе оказаться эффективным.

В одной из стран с большим количеством ЛЖВ существует успешный опыт предоставления АРВТ на уровне первичной медицинской помощи и последующего амбулаторного наблюдения. На этапах мониторинга эффективности лечения и поддержки приверженности привлекаются семейные врачи вместо того, чтобы полагаться только на врачей, специализирующихся на лечении ВИЧ-инфекции.

## Сессия 10

### Рекомендации для руководителей программ

Сводное руководство содержит много рекомендаций, и было отмечено, что странам необходимо самим определить их приоритетность. В этом процессе необходимо учитывать следующие соображения:

1. Ключевые элементы для прозрачного и всеобъемлющего национального процесса в области адаптации. Данный процесс должен включать ключевые заинтересованные стороны и обеспечивать их эффективное участие, а также открытость всех критериев, учитываемых при принятии решения.
2. «Знать свою эпидемию и знать свой ответ на неё». Это означает учет таких факторов как заболеваемость и распространенность ВИЧ-инфекции, программа и анализ мер по противодействию эпидемии, наличие или отсутствие равного доступа к услугам, а также такие контекстуальные аспекты, как нормативно-правовая база и эпидемиологическая ситуация.
3. Основные параметры для принятия решений - это вопросы этики, равенство и права человека; анализ воздействия и экономическая эффективность (включая моделирование), а также возможности и риски.
4. Вопросы, касающиеся системы здравоохранения, включают информационный обмен, лидерство, человеческие ресурсы, лекарства и материально-технические средства, а также сама организация системы здравоохранения. Некоторые ключевые соображения для осуществления конкретных рекомендаций включают:
  - изменение порогового уровня количества клеток CD4 для начала АРВТ взрослых и подростков с 350 до 500 клеток/мкл;
  - расширение масштабов тестирования на вирусную нагрузку;
  - назначение пожизненной АРВТ всем беременным;
  - децентрализация выдачи АРВ препаратов;

- расширение критериев назначения лечения для конкретных контингентов, независимо от количества клеток CD4 (например, для серодискордантных пар, беременных женщин, пациентов с сочетанной инфекцией ВИЧ/ВГВ), а также
  - прекращение использования ставудина.
5. В интернете по адресу [www.futuresinstitute.org](http://www.futuresinstitute.org) находится бесплатный ресурс с инструментами для расчета затрат и планирования. Система Spectrum включает ряд модулей: AIM (Модель воздействия СПИДа), Goals (Затраты и эффективность мер по противодействию ВИЧ-инфекции), и Resource Needs (Потребности в ресурсах). Кроме того, имеется инструмент OneHealth, который является единой платформой для планирования, оценки затрат, анализа воздействия, составления бюджета и финансирования стратегий для всех основных заболеваний и компонентов системы здравоохранения.

Следующие конкретные рекомендации предложены руководителям программ:

- Ознакомиться с рекомендациями с целью обеспечения справедливых, всесторонних и прозрачных процессов принятия решений в стране;
- обсудить имеющуюся ключевую информацию, необходимую для принятия научно обоснованных решений;
- рассмотреть основные параметры для принятия решений;
- обратить внимание на инструменты для подсчета затрат и планирования;
- обсудить вопросы внедрения и выполнения основных рекомендаций.

### **Обсуждение**

Руководители национальных программ, участвующие в консультативном совещании, осветили некоторые из проблем, с которыми они сталкиваются. Участник от Российской Федерации отметил, что рекомендации ВОЗ воспринимаются как «золотой стандарт», и по этой причине призвал не делать программные подходы «слишком радикальным».

Представитель другой страны обратил внимание на необходимость решения таких чувствительных вопросов, как доступ к тестированию и лечению ключевых уязвимых групп включая заключенных и ПИН. Было отмечено, что попытки интегрировать услуги сталкиваются с серьезным сопротивлением. Было также отмечено, что серьезной проблемой является укрепление лабораторного потенциала.

Другие участники отметили, что усилия по децентрализации должны включать организацию тестирования на местном уровне, и не только в пунктах первичной медицинской помощи. В отношении качества лабораторных исследований было заявлено о необходимости усилить гарантии качества. Было отмечено, что критерии экономической эффективности должны также распространяться на лабораторное оборудование. Вместе с тем, в связи с небольшим размером некоторых стран ВЕЦА, децентрализация не обязательно является актуальным вопросом для всего региона.

Было обращено внимание на наличие людских ресурсов, причем дефицит врачей и младшего медицинского персонала в сельских районах был выделен в качестве острой проблемы. Были отмечены регулярные проблемы, связанные с закупкой лекарственных средств и всё ещё случающегося дефицита АРВП.

Было высказано мнение, что схемы лечения недостаточно просты, принимая во внимание тот факт, что пациенты часто имеют сопутствующие заболевания, влияющие на дозировку. Например, для пациентов, получающих ОЗТ, дозировка может нуждаться в корректировании.

Было отмечено, что в сводном руководстве приведены принципы тестирования подростков, однако без учета существующих во многих странах юридических норм, требующих на это разрешения родителей.

Прозвучало мнение, что если комбинированные препараты с фиксированными дозами окажутся значительно дороже, чем комбинация отдельных препаратов, то это может негативно отразиться на усилиях по расширению охвата АРВТ в странах с ограниченными ресурсами, выделяемыми на лечение ВИЧ-инфекции.

В заключении было отмечено, что необходимо учитывать влияние на национальные бюджеты решений, связанных с пересмотром критериев начала лечения. Не все страны готовы перейти с уровня CD4 от 350 клеток/мкл для начала лечения на более высокий порог в 500 клеток/мкл. Было указано на необходимость индивидуального подхода, в том числе в отношении АРВТ в серодискордантных парах.

Во всех странах ВЕЦА, за исключением Туркменистана, существуют сети людей, живущих с ВИЧ. Было отмечено, что эти люди должны быть признаны партнерами в борьбе с эпидемией ВИЧ-инфекции.

## **Новая модель финансирования и структура стратегических инвестиций Глобального Фонда в Восточной Европе и Центральной Азии**

В презентации Глобального Фонда были представлены основные черты стратегии Глобального Фонда. Они направлены на то, чтобы:

- укреплять стратегическую составляющую инвестирования, стремясь к максимально возможной эффективности воздействия, в том числе совместно с национальными стратегиями;
- заменить систему "раундов" новой моделью финансирования, с более предсказуемым и гибким финансированием и интерактивным, основанным на диалоге процессе подачи заявки;
- активно поддерживать успешную реализацию гранта;
- укреплять партнерские связи для достижения результатов;
- поощрять и защищать права человека, а также
- повышать устойчивость программ и привлекать дополнительное финансирование.

В презентации было представлено краткое описание новой модели финансирования Глобального Фонда. Страны должны вносить свой вклад, величина которого зависит от национального уровня доходов, в качестве процентной доли общего объема гранта. Следующие страны сохраняют право на поддержку Глобального Фонда: Азербайджан, Армения, Беларусь, Болгария, Грузия, Косово, Кыргызстан, Республика Молдова, Российская

Федерация, Румыния, Таджикистан, Узбекистан и Украина:  
<http://www.theglobalfund.org/en/fundingmodel/single/eligibility/>.

Кроме того, в презентации была дополнительно выделена структура стратегических инвестиций для стран ВЕЦА, начало которой было положено Глобальной стратегией Фонда 2012-2016 гг. («Инвестировать в целях воздействия»). Она соответствует политике Глобального Фонда, в том числе «Политике Глобального Фонда по определению права на получение финансирования на основе квалификационных критериев и в отношении совместного финансирования» (Eligibility Counterpart Financing and Prioritization Policy). Рамочные требования увязаны с задачами и дополняют их в отношении достижения согласованных с партнерами целей и планов по конкретным заболеваниям. В число этих программ входят: «Европейский план действий по ВИЧ/СПИДу на 2012-2015 гг.», новая инициатива ЮНЭЙДС «Лечение 2015», план «Расширение АРВ лечения в регионе ВЕЦА» ВЦО ЛЖВ, последующие меры по итогам Дублинской декларации 2004 г., политической декларации по ВИЧ/СПИДу 2011 г. и др.

Инвестиционные приоритеты Глобального Фонда в странах ВЕЦА должны быть сосредоточены на двух взаимодополняющих принципах:

- поощрять и поддерживать расширение масштабов доступа к антиретровирусной терапии, гарантируя доступ наиболее уязвимых групп ко всей системе услуг по тестированию, лечению, уходу и укреплению приверженности;
- поощрять и расширять доступ к комплексным услугам по снижению вреда, профилактике, лечению и медицинской помощи людям, употребляющим инъекционные наркотики.

Было отмечено, что указанные принципы должны стать для стран основой исполнения и не должны исключать другие уязвимые группы помимо людей, употребляющих инъекционные наркотики. Например, стратегии должны быть нацелены на распределение ресурсов в поддержку мероприятий, обеспечивающих потребности работников секс-бизнеса и мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами.

Принимая во внимание различие моделей эпидемии в странах Европейского региона ВОЗ, была предложена общая цель в борьбе с эпидемией – снижение заболеваемости ВИЧ-инфекцией до уровня ниже 0,5% в уязвимых группах населения (особенно среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами) и удержание общего бремени эпидемии на низком уровне.

Уделяя первоочередное внимание максимальному охвату профилактикой и лечением уязвимых контингентов, особенно в приоритетных географических районах, а также в пенитенциарной системе, необходимо будет разработать дифференцированную стратегию, основанную на критериях Глобального Фонда (показатели бремени заболевания и развития эпидемии) для постепенного перехода на финансирование программ странами.

## Обсуждение

Был задан вопрос о бытующем мнении, что эпидемия ВИЧ в странах ВЕЦА связана в основном с небезопасным употреблением инъекционных наркотиков. Было отмечено, что в некоторых странах существует очевидный рост полового пути передачи, но это также может быть связано с низким охватом тестированием людей, употребляющих инъекционные наркотики. Трудовые мигранты также должны учитываться при обсуждении эпидемий и их эпидемиологии.

Было отмечено, что Глобальный Фонд поддерживает меры, основанные на принципах доказательной медицины и направленные на уязвимые группы с доказанным высоким риском заражения ВИЧ-инфекцией. Ответственность страны за успех программ является важнейшим условием, так как каждая страна является уникальной. Финансирование запрашивается в контексте национальной программ противодействия эпидемии ВИЧ. Мероприятия, включаемые в заявку на грант, должны охватывать как профилактику, так и лечение ВИЧ-инфекции, в дополнение к предложениям по контролю за распространением туберкулёза со множественной лекарственной устойчивостью.

В отношении доли, которую вносят страны в программы с со-финансированием и распределением средств, было объявлено, что страны могут подавать заявки на 100-процентное финансирование конкретной деятельности, например, на метадоновые программы. Важным условием является видение странами путей перехода национальных программ к устойчивому финансированию.

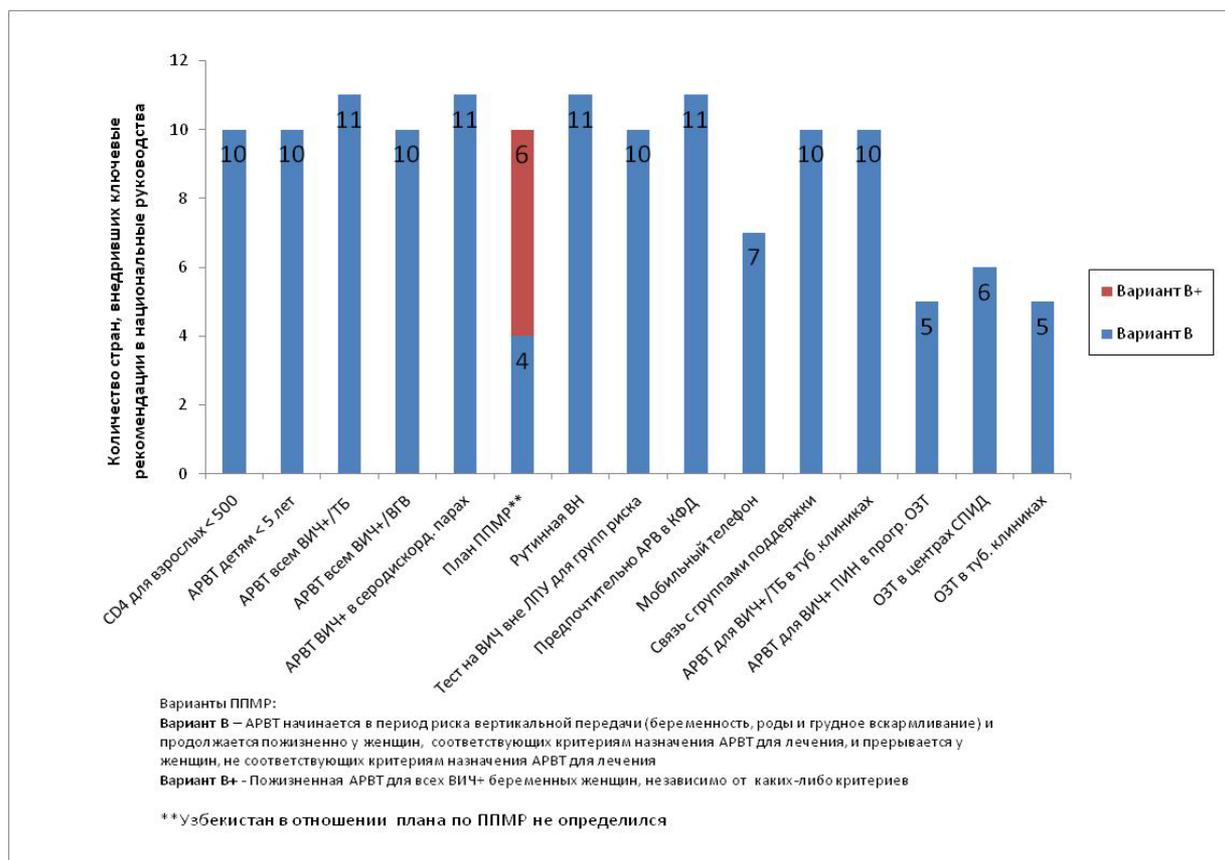
Была выражена заинтересованность в приобретении АРВ-препаратов с использованием опыта Глобального Фонда по снижению цен.

## Сессия 11

### Подготовка национальных планов действий по адаптации сводного руководства ВОЗ

В ходе этой сессии представители стран разделились на рабочие группы для последующей разработки национальных планов по внедрению новых рекомендаций ВОЗ на основе шаблона, включающего ключевые рекомендации ВОЗ 2013 г. (см. рис. 4). Краткое изложение страновых планов на 2014-2015 годы содержится в Приложении 2. Представители страновых офисов ВОЗ и ЮНЭЙДС координировали данные обсуждения

Рис.4. Планируемая национальная политика в отношении начала АРВТ и других вмешательств в 11 странах ВЕЦА\* (2015 г.)



\* Азербайджан, Армения, Беларусь, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Российская Федерация, Таджикистан, Узбекистан, Украина

## Сессия 12

### **Краткое изложение: ключевые планируемые вмешательства, сроки, проблемы и запрашиваемая техническая помощь**

Делегаты от стран изложили свою позицию по наиболее приоритетным рекомендациям на основании обсуждений, прошедших в группах в предыдущий день. Было подчеркнуто, что рекомендации, содержащиеся в сводном руководстве, носят глобальный характер и требуют адаптации для каждой страны, а в некоторых случаях, для отдельных районов или даже конкретных больниц и клиник.

## Обсуждение

Дискуссия строилась вокруг ключевых рекомендаций и основных проблем, характерных для стран ВЕЦА.

### **Более раннее начало АРВТ (CD4 $\leq$ 500 клеток/мкл)**

Был поднят вопрос, приведет ли новая рекомендация ВОЗ о раннем начале АРВТ к увеличению финансирования в странах ВЕЦА, или же результатом её будет несоблюдение данной рекомендации.

Кадровые ресурсы, как следовало из выступлений, стали для некоторых стран одной из основных проблем помимо трудностей с закупкой лекарственных средств. Для Российской Федерации, по словам одного из выступавших, основным вызовом стало не отсутствие денег, а скорее недостаточная информированность руководителей, принимающих решения, а также отсутствие адвокации и сотрудничества с руководителями.

С учетом текущей финансовой ситуации, отмечал представитель Беларуси, необходимо изучать новаторский опыт предоставления услуг, в том числе распространение программ «равный - равному». Было отмечено, что амбулаторное наблюдения остается явно неадекватным, в результате чего многие люди, чьи результаты тестирования на ВИЧ оказались положительными, не попадают в программы по лечению ВИЧ-инфекции.

Другие участники консультативного совещания выразили стремление уточнить функциональные обязанности государственных и неправительственных организаций. Была высказана необходимость способствовать готовности государства пересмотреть функциональные обязанности и расширить возможности специализированных учреждений.

### **Расширение охвата тестирования на ВИЧ уязвимых контингентов**

Представители ВОЗ подчеркнули, что приоритетной задачей является решение проблемы поздней диагностики. Поздняя диагностика затрудняет своевременное начало лечения у людей, которые в нем нуждаются. Участников совещания попросили продумать вопрос, каким образом можно обеспечить наличие и повысить доступность тестирования для уязвимых групп населения.

Было высказано замечание, что чем больше выявляется людей, живущих с ВИЧ, тем больше нагрузка врачей. Отсюда возникает вопрос, как стимулировать врачей, чтобы побудить их к расширению охвата тестированием на ВИЧ.

Представитель Украины сообщил, что в этой стране не будет трудностей, связанных с переходом к новым критериям ВОЗ для начала лечения. Страна, по словам выступавшего, готова лечить людей и расширять тестирование, начиная с государственных центров и кончая местными клиниками, включая мобильные пункты. Децентрализация и перераспределение функций были представлены как ключевые мероприятия, проведенные в Украине. Здесь также регулярно удается добиваться снижения стоимости покупаемых антиретровирусных препаратов.

Выступивший на совещании представитель Армении заявил, что слишком быстрый переход к новым критериям начала лечения может привести к перегрузке в системе здравоохранения в связи с дефицитом ресурсов и инфраструктурными ограничениями. Было отмечено, что приверженность к терапии стала одним из важнейших вопросов, так как многие пациенты

прекращают прием препаратов после того, как клинические проявления ВИЧ-инфекции исчезают. По его словам, единственным источником закупок АРВ препаратов для Армении остается Глобальный Фонд, и известно, что финансирование Глобального Фонда будет сокращаться. Было высказано мнение, что в связи с этими обстоятельствами практически невозможно увеличить количество пациентов, получающих лечение.

Один из участников совещания от Республики Молдова сообщил, что в 2013 году в Молдове были пересмотрены национальные протоколы, и пороговый уровень по количеству CD4 в 350 клеток/мкл был сохранен, хотя существуют планы поднять этот порог до 500 клеток/мкл. Было отмечено необходимость принимать во внимание бюджетные ограничения. Поздняя диагностика считается одной из основных проблем. Существует интерес в расширении тестирования на ВИЧ как со стороны государственной системы здравоохранения, так и со стороны НПО.

Участник совещания от Грузии заявил, что в стране уже принято решение увеличить пороговый уровень по количеству CD4 для начала АРВТ с 350 до 500 клеток/мкл. Расширение тестирования на ВИЧ, по словам делегата, остается проблематичным, потому что существующее требование предъявлять удостоверение личности отбивает желание проходить тестирование у части людей.

Делегат из Кыргызстана сообщил, что одной из основных проблем остается поздняя диагностика. Было заявлено, что национальные планы нацелены на дальнейшую децентрализацию и более широкое участие НПО. Приоритетом также является расширение экспресс-тестирования и внедрение комплексного предоставления услуг. Повышение порогового значения до 500 клеток/мкл для начала АРВТ может применяться в отдельных случаях, но не станет широко распространенным стандартом.

В Таджикистане главным приоритетом был назван рост охвата уязвимых групп населения. Для расширения охвата в Таджикистане, как было заявлено, планируется создание диагностических служб в «центрах доверия», которые предназначены для помощи потребителям инъекционных наркотиков. Будет шире применяться экспресс-тестирование на ВИЧ, в частности, благодаря использованию мобильных служб. Другими приоритетными группами были названы дети, особенно в возрасте до 5 лет, серодискордантные пары и ЛЖВ с сочетанной инфекцией ВИЧ/ТБ или ВИЧ/вирусный гепатит. Представитель Таджикистана сообщил, что в его стране АРВ препараты до сих пор приобретаются через Глобальный Фонд.

#### **Решение задач интеграции служб ВИЧ/ТБ и ВИЧ/вирусный гепатит**

Представитель ВОЗ подчеркнула, что одной из основных проблем в регионе остается высокая заболеваемость туберкулезом, ВГВ и ВГС среди ЛЖВ. Из вышеперечисленных заболеваний, туберкулез является самой большой угрозой для ЛЖВ, за которым следует ВГС. Для медицинских работников проще вести больных ВГВ, потому что ВГВ отвечает на лечение тенофовиром, который входит в схему АРВТ, назначаемую многим ЛЖВ. Увеличение количества CD4 у пациентов с сочетанной инфекцией ВИЧ/вирусный гепатит может продлить им жизнь.

Странам было предложено поделиться своими планами в отношении интеграции служб. По вопросу интеграции услуг при лечении ВИЧ-инфекции, туберкулеза и вирусного гепатита было заявлено об отсутствии взаимодействия между службами в сочетании с сопротивлением к сотрудничеству в большинстве стран. Было отмечено, что за исключением нескольких

положительных примеров, многие проблемы в отношении предоставления комплексных услуг остаются нерешенными.

Украина прилагает усилия с тем, чтобы привлечь фтизиатров в центры СПИД. Было сказано, что данный вопрос остается нерешенным в Украине. В этой связи существует необходимость разъяснять политикам концепцию двойной эпидемии.

Представитель Кыргызстана сообщил, что в стране существует пилотный проект предоставления комплексных услуг. Было отмечено, что многие врачи не осознают, что пациентам с подозрением на туберкулез следует предлагать тестирование на ВИЧ. Существует также проблема разрозненности медицинских записей в отношении пациентов. Обе эти проблемы ведут к «выпадению» пациентов из амбулаторного наблюдения.

В отношении заболевания вирусным гепатитом было высказано мнение о том, что наступил переломный момент в борьбе с гепатитом, поскольку не только можно вылечить гепатит С, но и цены на препараты, как ожидается, должны резко упасть на фоне роста доступности новых и лучших препаратов.

Было отмечено, что в Российской Федерации постановка диагноза ВИЧ-инфекции ведет к немедленному тесту на вирусные гепатиты. Для ЛЖВ, лечение гепатита С является бесплатным в отличие от пациентов с гепатитом С, но без ВИЧ-инфекции.

Представитель Украины осветил вопросы, связанные со стоимостью лечения и мониторингом гепатита. Как было отмечено, что пациенты с ко-инфекцией ВИЧ и вирусного гепатита требуют лечения обеих инфекций, поскольку при подавлении ВИЧ у пациентов с ко-инфекцией растет смертность в связи с нелеченым вирусным гепатитом.

Было отмечено, что в некоторых странах лечение ВГС остается недоступным.

Участник совещания из Азербайджана отметил, что стандартная практика предусматривает тестирование всех ЛЖВ на вирусные гепатиты и сифилис. По его словам, сочетанная инфекция ВИЧ/ВГС достигает 60%. Выступавший отметил отсутствие аппаратов FibroScan, так же как и лечения ВГС.

### **Расширение доступности опиоидной заместительной терапии в странах Восточной Европы и Центральной Азии**

Представитель ВОЗ выразила озабоченность в связи с тем, что в регионе, где потребители инъекционных наркотиков остаются самой затронутой ВИЧ-инфекцией группой, доступ к ОЗТ является весьма ограниченным. ВОЗ, УНП ООН и ЮНЭЙДС поддерживают ОЗТ как часть комплексного пакета услуг для ПИН. Была также выражена озабоченность в связи с необходимостью более эффективного решения вопроса об ОЗТ в специфическом контексте приверженности к АРВТ и роста охвата терапией. Было подчеркнуто, что только небольшая часть ПИН с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции приходят для получения АРВТ. Было отмечено, что удержание ЛЖВ в системе оказания помощи является основной проблемой, и что пациенты регулярно «теряются» на этапе амбулаторного лечения. Практика показывает, что ПИН, включенные в программы ОЗТ, хорошо удерживаются на АРВТ, а это ведёт к снижению смертности.

Было отмечено, что ОЗТ и адекватное лечение должны стать компонентами объединённых усилий для достижения успешных результатов. Обсуждались успешные результаты проекта по интеграции услуг, поддержанного правительством и финансируемого Глобальным Фондом.

### Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку

Подавляющее большинство стран одобрили Вариант В для ППМР, а некоторые страны планируют перейти к Варианту В+ в ближайшие годы (см. таблицу 6).

<b>Таблица 6. Текущая и прогнозируемая политика 11 стран ВЕЦА в отношении ППМР</b>		
<b>Страны</b>	<b>Текущая политика в области ППМР (2013 г.)</b>	<b>Прогнозируемая политика в области ППМР (2015 г.)</b>
Армения	В, (2010 г.) Национальный протокол	В
Азербайджан	В, Национальный протокол	В
Беларусь	В+, (2012 г.) Национальный протокол, адапт.	В+
Грузия	В, (2012 г.) Национальный протокол	В
Казахстан	В, (2011 г.) Национальный протокол	В+ при CD4<500 (2017 г.)
Кыргызстан	В, (2012 г.) Национальный протокол	В+
Молдова	В, (2009 г.) Национальный протокол	В+
Россия	В+, (2013 г.) Национальный протокол	В+
Таджикистан	В, (2010 г.) Национальный протокол	В+
Украина	А, (2007 г.) Национальный протокол	В
Узбекистан	В	В+??? ( в процессе обсуждения)

В отношении АРВ-препаратов для беременных женщин, живущих с ВИЧ, было отмечено, что решение не предлагать лечение беременной женщине после постановки диагноза ВИЧ-инфекции усугубляет проблему удержания пациентки в системе оказания помощи при ВИЧ-инфекции и задерживает начало АРВТ в учреждениях с ограниченным доступом к тестированию на количество CD4 клеток. Кроме того, было отмечено, что раннее начало лечения может способствовать лучшей приверженности и расширить охват АРВТ. Вариант В, по словам делегатов, по-прежнему остается стандартом в отношении ППМР в странах ВЕЦА.

Было заявлено, что в Армении Вариант В считается оптимальным, так как существуют адекватные возможности определять число CD4 лимфоцитов у пациентов. Число CD4 350 клеток/мкл по-прежнему является стандартом для начала лечения.

Было отмечено, что Грузия также поддерживает Вариант В, в то же время выступая против грудного вскармливания. По словам делегата, в этой стране мало случаев беременности у ВИЧ-позитивных женщин.

Как прозвучало в выступлениях, в Российской Федерации наличие параллельных централизованных служб препятствует интеграции. В отношении ППМР в России применяется

Вариант В, но новые рекомендации в стране уже включили Вариант В+. Некоторые беременные женщины возобновляют терапию во время следующей беременности, но тот факт, что они начинали и прервали АРВТ во время предыдущей беременности, может осложнять ситуацию. Выступавший подтвердил желание Российской Федерации одобрить Вариант В+ для всех беременных женщин. Было отмечено, что в стране не достаточно зарегистрированных АРВ препаратов для детей. Также существует озабоченность, связанная с назначением эфавиренза и тенофовира детям.

Было высказано, что в странах ВЕЦА отмечается значительный прогресс в положении беременных ВИЧ-положительных женщин и лечении ВИЧ-инфекции у детей.

Было отмечено, что нужны конкретные предложения в отношении путей привлечения НПО к противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции, и что такие предложения на совещании не были обсуждены в достаточной мере.

### **Мнения организаций гражданского общества и общие замечания**

Представители гражданского общества отметили, что нормативные барьеры, такие как обязательное предъявление документов, удостоверяющих личность, являются препятствием для реализации рекомендаций в отношении АРВТ. Они также обратили внимание на проблемы, связанные с консультированием в специализированных медицинских учреждениях по вопросам приверженности к лечению.

Представителями гражданского общества была высказана озабоченность в связи с разобщенностью баз данных во многих учреждениях здравоохранения, куда ЛЖВ должны приходиться за получением различных медицинских услуг. Причина тому – разрозненность в работе вертикально организованных служб.

Было заявлено, что гражданское общество выражает обеспокоенность по поводу последствий приема эфавиренза во время беременности.

Представители гражданского общества призвали к гармонизации сводного руководства ВОЗ с руководством Европейского клинического общества по СПИДу (EACS).

В отношении проблем, связанных с удержанием пациентов в системе оказания помощи при ВИЧ-инфекции, было отмечено, что если группы гражданского общества будут работать над решением этой проблемы отдельно от медиков, они вряд ли добьются успеха. Прозвучал призыв собрать предложения от врачей и политиков о том, как структурировать совместные усилия.

Представители гражданского общества высказали свое мнение об отсутствии доступа к тестированию для уязвимых групп населения, отсутствии доступа к генерическим препаратам для лечения ВИЧ-инфекции, перерывам в лечении, а также проблемам, связанным с ВИЧ-инфекцией в местах лишения свободы.

Говоря о ППМР было отмечено, что группы гражданского общества играют важную роль в установлении контакта с женщинами, включая женщин ПИН. Было также высказано мнение, что привлечение групп гражданского общества может быть эффективной стратегией для улучшения диспансерного наблюдения больных с сочетанной инфекцией ВИЧ/ТБ.

## **Вывод и последующие шаги**

Был сделан вывод о том, что в странах ВЕЦА остаются нерешенными многие проблемы, связанные с лечением ВИЧ-инфекции и расширением доступа к нему. Особенно актуальной становится необходимость пересмотра политики и практики в целях реализации новых рекомендаций ВОЗ, изложенных в сводном руководстве по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции. Одновременно с этим необходимо определить первоочередность внедрения и осуществления рекомендаций. Одна из ключевых задач в совершенствовании практики заключается в пересмотре подходов к предоставлению услуг в странах ВЕЦА с тем, чтобы увеличить охват и удержание пациентов в системе оказания помощи. Интеграция ряда служб может способствовать этому процессу. Существует также острая необходимость сосредоточить внимание на уязвимых группах населения и обеспечить профилактику и предоставление необходимого лечения таким контингентам, как люди, употребляющие инъекционные наркотики. Кроме того, существует потребность в АРВ препаратах в расфасовке для детей.

Учитывая высокую распространенность сочетанной инфекции ВИЧ/ВГС, существует необходимость в более дешевых и доступных лекарственных препаратах для лечения таких ко-инфекций.

Последующие шаги включают обсуждение в странах национальных внедрения новых рекомендаций ВОЗ, разработанных на консультативном совещании, адаптацию национальных клинических протоколов и последующую техническую помощь со стороны ВОЗ и других партнёров на основании запросов. После данного консультативного совещания была проведена встреча по вопросам скоординированной поддержки в лечении ВИЧ-инфекции в Европейском регионе ВОЗ.

### Приложение 1. Политика в 11 странах ВЕЦА в отношении начала АРВТ и других ключевых вмешательств на октябрь 2013 г.

Текущие подходы на окт.2013 (на основании вопросника к совещанию)	Армения	Азербайджан	Беларусь	Грузия	Казахстан	Кыргызстан	Молдова	Россия	Таджикистан	Украина	Узбекистан*
<b>Показания для начала АРВТ</b>											
Взрослые и подростки: пороговый уровень CD4 для АРВТ	≤350	≤350	≤350	≤500 (2013)	<350	≤350	≤350	≤350, <500 для ВИЧ/ВГВ или ВИЧ/ВГС	≤350	≤350	нет данных
Приоритет в назначении АРВТ: CD4 ≤ 350 или тяжесть заболевания	< 350	< 350 <i>клиническая стадия 3 или 4 по кл. ВОЗ</i>	< 350	< 350	< 350	< 350	< 350	< 350, <i>клиническая стадия 3 или 4 по кл. ВОЗ</i>	<i>клиническая стадия 3 или 4 по кл. ВОЗ</i>	< 350	< 350
АРВТ всем детям <5лет, педиатрич. порог по возрасту	1 и младше	1 и младше	1 и младше	2 и младше	1 и младше	5л. и младше	1 и младше	др. (напр. все дети ≤ 15л.)	по кол-ву CD4	< 35 мес.	нет данных
<b>Критерии, не зависящие от уровня CD4</b>											
Дети > 5лет, CD4 ≤ 500	нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет	да	нет
АРВТ всем пациентам с ТБ/ВИЧ	да (2010)	да (2007)	да	да (2010)	да	да (2012)	да (2012)	да (2013)	да (2010)	да (2010)	нет
АРВТ всем пациентам с ВГВ/ВИЧ	да для всех (2010)	да для всех (2010)	да для всех	да для всех (2012)	только тяжелым (2009)	да для всех (2012)	только тяжелым (2009)	да для всех (2013)	только тяжелым (2010), начиная с 01/2010	да для всех (2010)	только тяжелым
АРВТ для ВИЧ+ в серодискордантных парах	по усмотрен ию врача (2012)	да (2010)	да (2012)	да (2012)	нет	да (2012)	нет 2009)	да (2013)	нет (2010)	нет	нет
Варианты ППМР	В, Нац. про- токол, 2010	В, Нац. про- токол	В+, Нац. протокол, адапт.2012	В, Нац. про- токол 2012	В, Нац. протокол 2011	В, Нац. про- токол 2012	В Нац. протокол 2009	В+, Нац. протокол 2013	В, Нац. протокол 2010	А, Нац протокол 2007	В
АРВТ уязвимым контингентам независимо от CD4	нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет (2010)	нет	нет данных
АРВТ больным ВГС независимо от CD4	нет	нет	да для всех	только с тяжелым гепатитом	только с тяжелым гепатитом	да для всех (2012)	только с тяжелым гепатитом	да для всех	нет	нет	нет данных

Текущие подходы на окт.2013 (на основании вопросника к совещанию)	Армения	Азербайджан	Беларусь	Грузия	Казахстан	Кыргызстан	Молдова	Россия	Таджикистан	Украина	Узбекистан*
<b>С каких препаратов начинать АРВТ</b>											
TDF+3TC (или FTC)+EFV в АРВТ 1 ряда для взрослых и подростков	да (2010) любой ФКД	да (2007) TDF+3TC) ФКД	да (2012) любой ФКД	да (2012)	нет (2011)	да (2012)	нет (2009)	нет	нет (2010)	нет	да
TDF+3TC (или FTC)+EFV в АРВТ 1 ряда беременным	нет	нет	нет	нет	нет (2011)	нет (2012)	нет (2009)	нет (2013)	нет (2010)	нет	нет
Предпочтительные НИОТ для детей в АРВТ 1 ряда	ABC или AZT (2008)	ABC или AZT (2007)	ABC или AZT (2008)	ABC или AZT (2011)	ABC (2011)	ABC (2013)	ABC или AZT (2009)	ABC или AZT	ABC или AZT (2010)	ABC или AZT (на утверждени и)	нет данных
LPV/r для ННИОТ экспонированных детей <2лет	да (2012)	да (2010)	нет	да (2010)	да (2011)	да (2013)	нет (2009)	да (2009)	да с 01/2010	да (на утверждени и)	нет данных
LPV/r для детей <3 лет независимо от экспозиции ННИОТ	нет	да (2012)	да (2008)	нет (2010)	да (2011)	да (2013)	нет (2009)	ДА (2009) LPV/r - разрешено у детей с 6 мес. Дата принятия 2009 г.	да (2010)	нет (на утверждени и)	да
АРВТ с эфавирензом детям с 3 лет	да (2008)	да (2007)	да	да (2010)	да (2011)	да (2013)	да (2009)	да (2009)	да	да (на утверждени и)	да/нет
НИОТ детям 3-10 лет	ABC или AZT (2008)	ABC или AZT (2007)	ABC или AZT (2008)	ABC или AZT (2010)	ABC (2011)	ABC (2013)	ABC или AZT (2009)	ABC или AZT или TDF (2009)	ABC или AZT (2010)	ABC или AZT (на утверждени и)	да
НИОТ подросткам 10-19 лет	ABC или AZT (2008)	ABC или AZT (2012)	ABC или AZT (2008)	TDF (2010)	AZT (2011)	ABC (2013)	ABC или AZT (2009)	ABC или AZT (2009)	AZT (2010)	по шкале Таннера	нет данных
Профилактика ВИЧ у новорожденных	NVP для кормящих AZT или NVP для не кормящих (2010)	AZT для не кормящих(2010)	AZT для кормящих АРТ для не кормящих (2010)	АРТ для кормящих AZT для не кормящих (2012)	АРТ для всех (2011)	АРТ для кормящих AZT для не кормящих (2012)	AZT только для не кормящих (2009)	AZT 6 нед. для не корм.	AZT для корм. и не кормящих(2010)	AZT для не кормящих(2007)	нет данных
Отказ от использования ставудина	да (2010)	да (2007)	не использ. с 2010 г.	да (2008)	не использ. с 2011 г.	да (2011)	не использ. с 2009 г.	Нет	да (2010)	нет	нет данных
Предпочтение АРВП с фиксированными дозировками	нет для 3 АРВ в фикс.доз.	да (2006)	да (2012)	да (2012)	да (2011)	да (2012)	да (2009)	да (2013)	да (2010)	да (2010)	нет данных

Текущие подходы на окт.2013  
(на основании вопросника к  
совещанию)

	Армения	Азербайджан	Беларусь	Грузия	Казахстан	Кыргызстан	Молдова	Россия	Таджикистан	Украина	Узбекистан*
<b>Рекомендации по мониторингу</b>											
Вирусная нагрузка	рутин. 3-6 мес. (2006)	рутин. 6 мес. (2012)	рутин. 6 мес. (2012)	рутин. 4-6 мес. (2004)	рутин. 6 мес. (2011)	рутин. 3 мес. (2012)	рутин. 3 мес. (2009)	рутин. 2 мес. (2012)	рутин. 6 мес. (2010)	рутин. 3-6 мес. (2010)	нет данных
Вирусная нагрузка у детей	рутин. 3-6 мес. 06/2006	рутин. 6 мес. (2012)	рутин. 3 мес. (2008)	рутин. 6 мес. (2004)	рутин. 3 мес. (2011)	рутин. 3 мес. (2012)	рутин. 3 мес. (2009)	рутин. 3-6 мес. (2013)	рутин. 6 мес. (2010)	рутин. 6 мес. (на утверждении)	нет данных
Порог вирусологической неудачи	Взрослые > 200 (2012), Дети > 1000 (2008)	Взрослые >200 дети >5000 (2012)	да для всех >200 (2012)	Взрослые >200 беремен/дети >400 (2012)	Взрослые/бере м. >400 дети >50 (2011)	всем >500 (2012)	все >1000 (2009)	Взросл/бере м. >1000 (2013)	всем >500 (2010)	Взрослые > 50 дети > 50 на ННИОТ и 1000 на PI (2010)	нет данных
Рекомендуемая частота мониторинга CD4	Взрослые /дети >3-6 берем. -3 (2004)	для всех 3 мес. (2007)	Взрослые -6 берем/дети >-3 (2008)	Взрослые/дети >-4-6 берем. -3 (2012)	Взрослые -6 берем/дети >-3 (2011)	для всех 3 мес. (2012)	для всех 3 мес. (2009)	для всех 3-6 мес. (2013)	для всех 6 мес. (2010)	Взрослые 3 мес. дети 3-6 (2010)	нет данных



\*Часть данных отсутствуют, так как Узбекистан не представил ответы на вопросы анкеты до совещания. Приведенные данные взяты из национальных планов, разработанных в ходе совещания.

**Приложение 2: Планируемая политика в 11 странах ВЕЦА в отношении начала АРВТ и других ключевых вмешательств (2014-2015 гг.)**

Планируемые подходы в 2014-2015 гг. (на основе презентаций, сделанных в конце совещания)	Армения	Азербайджан	Беларусь	Грузия	Казахстан	Кыргызстан	Молдова	Россия	Таджикистан	Украина	Узбекистан
<b>Когда начинать АРВТ</b>											
Назначение АРВТ при уровне CD4≤500 независимо от клинической стадии по классификации ВОЗ	≤500	≤500	≤500 (2017)	≤500	≤500 (2017)	≤500	≤500	≤500 (по-этапно)	нет	≤500	≤500
Приоритет в назначении АРВТ пациентам с CD4 ≤ 350 или с учетом тяжести заболевания	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да
Назначение АРВТ детям старше 5 лет при уровне CD4≤500 независимо от клинической стадии	да	да	да	да	да	да	да	да 2007	да	да	да
<b>Критерии, не зависящие от уровня CD4</b>											
Начало АРВТ всем детям <.5 л.	нет	да	да (2015)	да (2017)	да	да	да	да	да	да	да
Начало АРВТ всем ВИЧ-инфицированным с активным ТБ	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да
Начало АРВТ всем ВИЧ-инфицированным с вирусным гепатитом В	только тяжелым	да для всех	да для всех	да для всех	да для всех (2007)	да для всех	да для всех	да для всех	да для всех	да для всех	да для всех
Предложение АРВТ всем ВИЧ-инфицированным в серодискордантных парах	да (индивидуально)	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да
Варианты ППМР	В	В	В+	В	В+ при CD4<500 (2017)	В+	В+	В+	В+	В	В+ ??? в процессе обсуждения



Планируемые подходы в 2014-2015 гг. (на основе презентаций, сделанных в конце совещания)	Армения	Азербайджан	Беларусь	Грузия	Казахстан	Кыргыз-стан	Молдова	Россия	Таджикистан	Украина	Узбекистан
<b>Рекомендации по мониторингу</b>											
Определение вирусной нагрузки	широко доступно	широко доступно	широко доступно	широко доступно	широко доступно	широко доступно	широко доступно	широко доступно	широко доступно	широко доступно	широко доступно
<b>Рекомендации по предоставлению услуг</b>											
Тестирование уязвимых групп на ВИЧ за пределами ЛПУ и их связь с услугами по лечению и помощи при ВИЧ	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да	нет
<b>Удержание пациента в системе помощи и поддержка приверженности</b>											
Предпочтение АРВП в фиксированных дозировках	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да
Рассылка СМС с напоминаниями	да	да	нет	нет	нет	да	да	да	да	да	нет
Связь в местными группами поддержки	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да	в процессе обсуждения
Начало АРВТ в туберкулезных стационарах ВИЧ-инфицированным с активным ТБ в течение 8 недель после начала лечения ТБ	да	да	да	да	да	да	да	да	нет	да	да
Назначение химиопрофилактики ТБ изониазидом ВИЧ-инфицированным с латентной формой ТБ в центрах СПИД	да	да	да	да	да	да	да	нет	да	да	да
Назначение АРВТ ВИЧ-инфицированным ПИН в программах ОЗТ	нет	да	да	нет	нет	да	нет	да	да	в процессе обсуждения	нет
Назначение и продолжение ОЗТ ВИЧ-инфицированным ПИН в центрах СПИД	нет	да	назначение – нет, продолжение – да	да	нет	да	да	нет	да	да	нет
Назначение и продолжение ОЗТ ВИЧ-инфицированных ПИН с активным ТБ в туберкулезных стационарах	нет	да	да	да	нет	нет	нет	нет	да	да	нет



## Приложение 3: Цели и задачи

WORLD HEALTH ORGANIZATION  
REGIONAL OFFICE FOR EUROPE

WELTGESUNDHEITSORGANISATION  
REGIONALBÜRO FÜR EUROPA



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ  
BUREAU REGIONAL DE L'EUROPE

ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО

### **Региональное техническое консультативное совещание ВОЗ по распространению Сводного руководства по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции**

Стамбул, Турция,  
29-31 октября 2013 г.

14 октября 2013 г.

### **Цели и задачи совещания**

#### **Предыстория**

В июне 2011 г. на встрече ООН на высшем уровне по ВИЧ/СПИДу государства-члены приняли на себя обязательство по повышению доступа к антиретровирусной терапии (АРВТ) с тем, чтобы 15 миллионов людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ) в странах с низким и средним уровнем доходов, получали к 2015 г. жизненно необходимое лечение.

Европейский план действий по ВИЧ/СПИДу на 2012-2015<sup>2</sup> гг. вменяет европейским государствам-членам достижение амбициозных целей и целевых значений, включая всеобщий доступ к лечению к 2015 г.

Хотя страны Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА) установили высокую приоритетность всеобщего доступа к АРВТ и на протяжении последних лет достигают прогресса в наращивании масштабов доступа к этому виду лечения, расчетный охват АРВТ в регионе составляет 23% от числа подлежащих и остается одним из самых низких в мире.<sup>3</sup>

Группы населения, наиболее пораженные эпидемией ВИЧ, представляют людей, употребляющих инъекционные наркотики, и их половых партнеров, заключенных, трудовых мигрантов, а также работников коммерческого секса и мужчин, практикующих секс с мужчинами. Связанная со СПИД смертность в период с 2004 г. по 2011 г в ВЕЦА увеличивалась,<sup>4</sup> указывая на низкий охват жизненно важной АРВТ и необходимость улучшения национальных программ лечения и помощи при ВИЧ/СПИД.

<sup>2</sup> Европейский план действий по ВИЧ/СПИДу на 2012–2015 гг.

<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/european-action-plan-for-hiv-aids-20122015>

<sup>3</sup> Доклад о глобальных ответных мерах на ВИЧ/СПИД

[http://www.who.int/hiv/pub/progress\\_report2011/ru/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/progress_report2011/ru/index.html)

<sup>4</sup> HIV/AIDS Surveillance in Europe 2011 ECDC/WHO

[http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Forms/ECDC\\_DisForm.aspx?ID=1009](http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Forms/ECDC_DisForm.aspx?ID=1009)

В июле 2013 г. на международной конференции по СПИДу, проходившей в Куала-Лумпур, Отдел ВОЗ по борьбе с ВИЧ выпустил “Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции”<sup>5</sup> – комплекс интегрированных руководств по применению антиретровирусных препаратов у взрослых, детей, беременных женщин и ключевых контингентов, включая потребителей инъекционных наркотиков, работников коммерческого секса и мужчин, практикующих секс с мужчинами, для лечения и профилактики ВИЧ.

Помимо клинических тем были также даны оперативные рекомендации по предоставлению услуг в различных условиях для оптимизации конечных результатов программ, а также по программным принципам в помощь странам и партнерам в принятии ими решений по справедливым и эффективным ответным мерам.

Новые руководства расширяют критерии приемлемости для назначения АРВТ и увеличивают число ЛЖВ, у которых, согласно новым критериям, есть показания к АРВТ.

Большинству стран ВЕЦА с ограниченными ресурсами и потенциалом будет непросто принять программные и оперативные решения для выполнения обязательств по обеспечению всеобщего доступа к АРТ к 2015 г. Европейское региональное бюро ВОЗ организует это техническое консультативное совещание для национальных партнеров, принимающих участие в организации и предоставлении каскада лечения и помощи при ВИЧ-инфекции в двенадцати странах ВЕЦА (Азербайджане, Армении, Беларуси, Грузии, Казахстане, Кыргызстане, Молдове, Российской Федерации, Таджикистане, Туркменистане, Узбекистане и Украине) и Турции.

## **Задачи**

1. Представить и обсудить Сводное руководство по использованию АРВП с национальными партнерами, гражданским обществом, ООН и другими техническими партнерами и донорами.
2. Обсудить и согласовать этапы представления, адаптации и внедрения Руководства, обращаясь к вопросам потенциальных препятствий, роли гражданского общества, ООН и других технических партнеров и доноров, а также помощи, требующейся со стороны ВОЗ.
3. Связать распространение Сводного руководства с инициативой ЮНЭЙДС по вопросам лечения и иными уместными глобальными и региональными стратегиями.

Проведение регионального технического консультативного совещания планируется в течение трех дней с пленарными заседаниями и сессиями рабочих групп, которые будут представлять команды стран.

## **Ожидаемые результаты**

1. Проинформировать участников консультативного совещания о контексте разработки Сводного руководства ВОЗ 2013 г. по использованию АРВП, включая рекомендации по АРВТ для взрослых и детей, ведению основных ко-инфекций, ППМР, организацию и оказание помощи, а также по ведению программ.
2. Обсудить и согласовать приоритеты при внедрении Руководства на страновом уровне.

---

<sup>5</sup> Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/download/ru/index.html>

3. Разработать проекты страновых «дорожных карт» для адаптации и внедрения Руководства.
4. Обсудить ожидаемую техническую поддержку со стороны ВОЗ, ЮНЭЙДС и других технических партнеров при внедрении пересмотренных рекомендаций

### **Участники**

- Национальные партнеры, включая менеджеров национальных программ по борьбе с ВИЧ/СПИД, национальных клинических экспертов по лечению и помощи при ВИЧ/СПИД и ППМР, организации гражданского общества, принимающие участие в оказании услуг ЛЖВ, из 12 стран ВЕЦА (Азербайджана, Армении, Беларуси, Грузии, Казахстана, Кыргызстана, Молдовы, Российской Федерации, Таджикистана, Туркменистана, Узбекистана и Украины) и Турции.
- Представители штаб-квартиры ВОЗ, Европейского регионального бюро ВОЗ, страновых офисов ВОЗ, например, координаторы программ борьбы с ВИЧ/СПИД из стран ВЕЦА.
- Основные партнерские организации, включая ЮНЭЙДС, Сотрудничающий центр ВОЗ по ВИЧ и вирусным гепатитам, ЮНИСЕФ, Глобальный фонд, CDC, Чрезвычайный план Президента США по борьбе со СПИДом (PEPFAR) и прочие.

Ожидаемое количество участников: 90 чел.

### **Место дата проведения:**

Гост. Dedeman, Yildiz posta Caddesi, 50 Esentepe 3440 Istanbul, Turkey, Istanbul@dedeman.com  
+90 (212) 337 45 00  
29-31 октября 2013 г.

### **Язык**

Английский и русский с синхронным переводом

## Приложение 4. Программа



### Региональное техническое консультативное совещание ВОЗ «Распространение Сводного руководства по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ- инфекции в странах Восточной Европы и Центральной Азии»

Стамбул, Турция, 29-31 октября 2013 г.

#### ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА

<b>ДЕНЬ 1: 29 октября, вторник</b>		
<b>8:30 – 9:00</b>	Регистрация	
<b>9.00 - 9:30</b>	Приветственные слова <ul style="list-style-type: none"> <li>• Представление участников</li> <li>• Цели и ожидаемые результаты</li> </ul>	<p>Martin Donoghoe, Европейское региональное бюро ВОЗ (ЕРБ ВОЗ)</p> <p>Министерство здравоохранения Турции</p> <p>Наира Саргсян, Группа региональной поддержки ЮНЭЙДС в Восточной Европе и Центральной Азии</p> <p>Ирина Ерамова, ЕРБ ВОЗ</p>
<b>Сессия 1. Прогресс и проблемы в наращивании масштабов лечения ВИЧ-инфекции</b>		<b>Председатели:</b> <i>Ина Карабан, Министерство здравоохранения, Беларусь</i> <i>Martin Donoghoe, ЕРБ ВОЗ</i>
<b>9:30 – 11:00</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Инициатива «Лечение 2015» и концепция стратегического инвестирования</li> <li>• Глобальный отчет по лечению ВИЧ-инфекции 2013 г.</li> <li>• Прогресс и проблемы расширения доступности лечения в Восточной Европе и Центральной Азии</li> <li>• Прогресс и проблемы расширения доступности лечения в Российской Федерации</li> <li>• Прогресс и проблемы расширения доступности лечения в Украине</li> </ul> <p>Вопросы и комментарии из аудитории</p>	<p>Naira Sargsyan, Группа региональной поддержки ЮНЭЙДС в Восточной Европе и Центральной Азии</p> <p>Marco Vitoria, штаб-квартира ВОЗ</p> <p>Ирина Ерамова, ЕРБ ВОЗ</p> <p>Олег Г. Юрин, Федеральный центр по профилактике и борьбе со СПИДом, Российская Федерация</p> <p>Татьяна А. Александрина, Государственная служба, Украина</p>

11:00 - 11:30	<i>Перерыв на чай/кофе</i>	
<b>Сессия 2.</b>	<b><i>Обзор процесса создания Руководства</i></b>	<b><i>Председатели: Ина Карабан, Министерство здравоохранения, Беларусь Martin Donoghoe, ЕРБ ВОЗ</i></b>
11:30 – 12:00	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Обоснование нового Руководства</li> <li>• Руководящие принципы</li> <li>• Процесс</li> <li>• Объем и структура Руководства</li> </ul> <p>Вопросы и комментарии из аудитории</p>	Ирина Ерамова, ЕРБ ВОЗ
<b>Сессия 3.</b>	<b><i>Преимственность оказания медицинской помощи</i></b>	<b><i>Председатели: Ина Карабан, Министерство здравоохранения, Беларусь Martin Donoghoe, ЕРБ ВОЗ</i></b>
12:00 - 12:30	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тестирование на ВИЧ и консультирование</li> <li>• Диагностика ВИЧ-инфекции и использование АРВ-препаратов для профилактики ВИЧ</li> <li>• Привлечение людей с диагнозом ВИЧ-инфекции в систему оказания помощи и лечения ВИЧ</li> </ul> <p>Вопросы и комментарии из аудитории</p>	Marco Vitoria, штаб-квартира ВОЗ
<b>Сессия 4.</b>	<b><i>Клиническое руководство на всех этапах оказания непрерывной помощи: АРТ для взрослых и подростков</i></b>	<b><i>Председатели: Татьяна А. Александрина, Государственная служба, Украина Ирина Ерамова, ЕРБ ВОЗ</i></b>
12:30 - 13:30	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Когда начинать АРТ</li> <li>• С каких схем начинать АРТ</li> <li>• Второй и третий ряд АРТ</li> <li>• Соображения по решению ключевых вопросов (постепенный отказ от d4T)</li> </ul> <p>Вопросы и комментарии из аудитории</p>	Jens Lundgren, Сотрудничающий центр ВОЗ по ВИЧ и вирусных гепатитов
13:30 – 14:30	<i>Обед</i>	
<b>Сессия 5.</b>	<b><i>Клиническое руководство на всех этапах оказания непрерывной помощи: Ведение основных инфекционных и сопутствующих заболеваний</i></b>	<b><i>Председатели: Татьяна А. Александрина, Государственная служба, Украина Ирина Ерамова, ЕРБ ВОЗ</i></b>

14:30 - 15:30	<ul style="list-style-type: none"> <li>Профилактика, скрининг и лечение распространенных инфекций (туберкулез, гепатит В и С)</li> <li>Ведение расстройств, связанных с наркопотреблением)</li> </ul> <p>Вопросы и комментарии из аудитории</p>	Jens Lundgren, Сотрудничающий центр ВОЗ по ВИЧ и вирусных гепатитов
<b>Сессия 6. Клиническое руководство на всех этапах оказания непрерывной помощи: АРТ для беременных, кормящих и не кормящих женщин</b>		<b>Председатели:</b> Айгюль Катренова, Министерство здравоохранения, Казахстан Руслан Малюта, ЮНИСЕФ
15:30 - 16:30	<ul style="list-style-type: none"> <li>Когда начинать АРТ</li> <li>С каких схем начинать АРТ</li> <li>Когда переходить на другие схемы</li> <li>Вскармливание грудных детей</li> <li>Соображения по решению ключевых вопросов (АРТ для беременных женщин: Вариант В+)</li> </ul> <p>Вопросы и комментарии из аудитории</p>	Nathan Shaffer, штаб-квартира ВОЗ
16:30 – 17:00	<i>Перерыв на чай/кофе</i>	
<b>Сессия 7. Клиническое руководство на всех этапах оказания непрерывной помощи: АРТ у детей</b>		<b>Председатель:</b> Айгюль Катренова, Министерство здравоохранения, Казахстан Руслан Малюта, ЮНИСЕФ
17:00 – 18:00	<ul style="list-style-type: none"> <li>Когда начинать АРТ</li> <li>С каких схем начинать АРТ</li> <li>Когда переходить на другие схемы</li> <li>Схемы 2<sup>го</sup> ряда</li> <li>Соображения по решению ключевых вопросов (внедрение LPV/r)</li> </ul> <p>Вопросы и комментарии из аудитории</p>	Nathan Shaffer, штаб-квартира ВОЗ
19:00 – 21:00	<b>Торжественный прием</b>	

**ДЕНЬ 2, 30 октября, среда**

**Сессия 8. Преемственность оказания медицинской помощи: Лабораторный мониторинг**

**Председатели:**  
*Айнура Кутманова, Министерство здравоохранения, Кыргызстан*  
*Charles Vitek, ЦКЗ, Украина*

**09:00 - 10:00**

- Мониторинг ответа на АРТ и диагностика неудач лечения
- Мониторинг и замена АРВ-препаратов в связи с токсичностью
- Лекарственное взаимодействие
- Соображения по решению ключевых вопросов (определение ВН в наблюдении за состоянием пациентов)
- Лечение некоторых НИЗ у ЛЖВ

Вопросы и комментарии из аудитории

Jens Lundgren, Сотрудничающий центр ВОЗ по ВИЧ и вирусных гепатитов

**Сессия 9. Руководство по организации помощи и оказанию услуг**

**Председатели:**  
*Айнура Кутманова, Министерство здравоохранения, Кыргызстан*  
*Charles Vitek, ЦКЗ, Украина*

**10:00 - 11:00**

- Приверженность к АРТ
- Удержание на всех этапах оказания непрерывной помощи
- Модели оказания медицинской помощи (интеграция и взаимосвязь; ОЗТ, децентрализация)
- Кадровые ресурсы
- Лабораторные и диагностические службы
- Система управления закупками и поставками

Вопросы и комментарии из аудитории

Nathan Shaffer, штаб-квартира ВОЗ

**11:00 - 11:30**

***Перерыв на чай/кофе***

**Сессия 10. Руководство для руководителей программ**

**Председатели**  
*Володимир Жовтяк, Союз ЛЖВ Восточной Европы и Центральной Азии*  
*Nicolas Cantau, Глобальный фонд*

**11:30 – 13:30**

- Процесс и научные доказательства в принятии решений
- Основные параметры принятия решений
- Возможности и риски
- Контрольный список решения ключевых вопросов систем здравоохранения
- Мониторинг и оценка реализации внедрения клинических рекомендаций

Marco Vitoria, штаб-квартира ВОЗ

	Новая модель финансирования Глобального фонда (NFM) и Концептуальная основа стратегических инвестиций в Восточную Европу и Центральную Азию  Вопросы и комментарии из аудитории	Nicolas Cantau, Глобальный фонд
<b>13:30 – 14:30</b>	<b><i>Обед</i></b>	
	<b><i>Сессия 11. Подготовка национальных планов действия по адаптации новых рекомендаций ВОЗ</i></b>	<b><i>Ирина Ерамова, ЕРБ ВОЗ</i></b>
<b>14:30 – 14:45</b>	Руководство для работы в группах по составлению плана действий – 13 групп по странам <ul style="list-style-type: none"> <li>• Определить ключевые рекомендации для внедрения</li> <li>• Обсудить возможные проблемы внедрения и адаптации новых рекомендаций в стране</li> <li>• Определить возможные пути преодоления выявленных проблем</li> <li>• Обсудить потребности в финансовой и/или технической поддержке для адаптации рекомендаций ВОЗ</li> </ul>	
<b>14:45 – 16:00</b>	Работа в группах по странам	<b><i>Ведущие: координаторы по ВИЧ, сотрудники страновых офисов ВОЗ</i></b>
<b>16:00 – 16:30</b>	<b><i>Перерыв на чай/кофе</i></b>	
<b>16:30 – 18:00</b>	Работа в группах по странам	<b><i>Ведущие: координаторы по ВИЧ, сотрудники страновых офисов ВОЗ</i></b>

<b>ДЕНЬ 3, 31 октября, четверг</b>		
<b><i>Сессия 12. Выводы: Ключевые индикаторы для внедрения, календарный план, преодоление проблем и запрашиваемая техническая помощь</i></b>		<b><i>Ведущие: Вадим В. Покровский, Федеральный центр по профилактике и борьбе со СПИДом, Российская Федерация Ирина Ерамова, ЕРБ ВОЗ</i></b>
<b>09:00 – 11:45</b>	Вклад стран в региональную повестку дня	
<b>11:45 – 12:15</b>	Обсуждения – последующие шаги и завершение работы	<b><i>Ведущий: Martin Donoghoe, ЕРБ ВОЗ</i></b>
<b>12:15 – 13:00</b>	<b><i>Обед</i></b>	

## Приложение 5. Список участников

WORLD HEALTH ORGANIZATION  
REGIONAL OFFICE FOR EUROPE

WELTGESUNDHEITSORGANISATION  
REGIONALBÜRO FÜR EUROPA



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ  
BUREAU REGIONAL DE L'EUROPE

ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО

---

### **Региональное техническое консультативное совещание ВОЗ по распространению Сводного руководства по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции**

**Стамбул, Турция,  
29-31 октября 2013 г.**

**21 ноября 2013 г.  
Оригинал: английский язык**

### **Окончательный список участников**

#### **Armenia**

Astghik Davidyan  
Infectious diseases specialist  
National Center for AIDS Prevention  
2 Acharyan St. 0040 Yerevan  
E-mail: [dasdoc@rambler.ru](mailto:dasdoc@rambler.ru)  
Tel: +374 (10) 61 07 30

Samvel Grigoryan  
Director  
National Center for AIDS Prevention  
2 Acharyan St. 0040 Yerevan  
E-mail: [armaids@armaids.am](mailto:armaids@armaids.am)  
Tel: +374 10 61 07 30

Armine Pepanyan  
Clinician  
Infectious diseases specialist  
National Center for AIDS Prevention  
2 Acharyan st. 0040 Yerevan  
E-mail: [peparmin66@yahoo.fr](mailto:peparmin66@yahoo.fr)  
Tel : +374 10 61 07 30

**Azerbaijan**

Sevda Ahmadova

Head Office National AIDS Centre 1/8 Mir-Gasymov str. 1022 Baku

E-mail: [s.ahmadova@mail.ru](mailto:s.ahmadova@mail.ru)

Tel: +994 12 510 0869

Esmira Almammadova

Director

National AIDS Center

1/8 Mir-Gasimova str. 2011 Baku

E-mail: [esmira.almamedova@gmail.com](mailto:esmira.almamedova@gmail.com)

Tel: +994 12 510 0869

Zuleykha Mikayilova

Senior Researcher

Institute of Obstetrics and Gynecology

B. Agayeva str. 118 Baku

E-mail: [zmikailova@list.ru](mailto:zmikailova@list.ru)

Tel: +994 1251 04113

**Belarus**

Ina Karaban

Deputy Head

Department of Hygiene, Epidemiology and Prevention

Ministry of Health of the Republic of Belarus

Myasnikova str. 39 220048 Minsk

E-mail: [inna\\_kia@list.ru](mailto:inna_kia@list.ru) [in\\_kar@belcmt.by](mailto:in_kar@belcmt.by)

Tel: +375 17 200 2931

Dmitry Paduto

Deputy Chief

City Clinical Hospital of Infectious Diseases

Kropotkin str. 76 220002 Minsk

E-mail: [ich@tut.by](mailto:ich@tut.by), [dpaduto@gmail.com](mailto:dpaduto@gmail.com)

Tel: +375 17334 1576

Anna Alexandrovna Klyuchareva

Professor, Head of Infectious Diseases Department

Belarusian Medical Academy of Post-Graduate Education

Brouki 3/1-126 220013 Minsk

E-mail: [aklyuchareva@gmail.com](mailto:aklyuchareva@gmail.com)

Tel: +375 17 257 9984

**Georgia**

Natalia Bolokadze

Infectious Diseases Physician

Infectious Diseases, AIDS and Clinical Immunology Research Center

16 Al. Kazbegi Ave 0160 Tbilisi

E-mail: [natobol@yahoo.com](mailto:natobol@yahoo.com)

Tel: +995 32 239 8473

Maia Tsereteli  
Head of Division, HIV/AIDS, Hepatitis, STI & TB  
National Center for Disease Control and Public Health  
9, Asatiani street  
0177 Tbilisi  
E-mail: [maia.tsereteli@ncdc.ge](mailto:maia.tsereteli@ncdc.ge)  
Tel : +995 32 2 397 517, ext. 118

Maya Tsintsadze  
Physician-Consultant  
Department of Epidemiology  
Infectious Diseases, AIDS & Clinical Immunology Research Center  
16, Al. Kazbegi Ave  
0160 Tbilisi  
E-mail: [mtsintso@yahoo.com](mailto:mtsintso@yahoo.com)  
Tel: 995 32 2 398 018

#### **Kazakhstan**

Aigul Katrenova  
Chief Expert  
Committee for Sanitary and Epidemiological Surveillance  
Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan  
Orinbor street 8 Akmolinskaya 010000 Astana  
E-mail: [a.katrenova@mz.gov.kz](mailto:a.katrenova@mz.gov.kz)  
Tel: 87172 74-32-93

Rafail Kipshakbayev  
Republican Centre on Prevention and Control of AIDS  
Auezova str. 84 050000 Almaty  
E-mail: [raf\\_2008@inbox.ru](mailto:raf_2008@inbox.ru), [gf.rafail@rc aids.kz](mailto:gf.rafail@rc aids.kz)  
Tel: +7 727 3758811

#### **Kyrgyzstan**

Altyn Abdyl daeva  
Head of Treatment Unit  
Republican AIDS Centre  
Logvinenko str. 8  
720040 Bishkek  
E-mail: [altyn.abdyl daeva@mail.ru](mailto:altyn.abdyl daeva@mail.ru)  
Tel: +996 312 300754

Ainura Kutmanova  
Chief Infectionist  
Ministry of Health  
Akhunbaev str., 92  
Bishkek Kyrgyzstan  
E-mail: [kutmanova@yahoo.com](mailto:kutmanova@yahoo.com)

Tel: + 996 555 276460  
Erkinbek Tostokov  
Paediatrician  
Treatment Unit, Republican AIDS Centre  
Logvinenko str. 8, 720040 Bishkek  
E-mail: [t\\_erk74@rambler.ru](mailto:t_erk74@rambler.ru)  
Tel: +996 312 300754

### **Republic of Moldova**

Pirtina Lucia  
Deputy Director, HIV/AIDS management  
Dermatology and Communicable Diseases Hospital  
Costiujeni 5/1 street  
2011 Chisinau  
E-mail: [lucia.pirtina@gmail.com](mailto:lucia.pirtina@gmail.com)  
Tel: +373 22 79 45 70

Ms Svetlana Popovici  
Coordinator, Dermatology and Non communication  
5/1 Costiujeni street, Chisinau MD 2011  
E-mail: [svet.popovich@rambler.ru](mailto:svet.popovich@rambler.ru); [svet.popovich@gmail.com](mailto:svet.popovich@gmail.com)

Adriana Tudor  
Ministry of Health  
Department of National Programs  
Str. Vasile Alexandri 2, 2009 Chisinau  
E-mail: [Adriana.tudor@ms.gov.md](mailto:Adriana.tudor@ms.gov.md)  
Tel : +373 2 226 8870

### **Russian Federation**

Inga Latysheva  
Deputy Head of Infectious Diseases Hospital  
Shlisselburgsky highway,3, pos. Ust-Izhora  
198645 Saint-Petersburg  
E-mail: : [inga-latysheva@rambler.ru](mailto:inga-latysheva@rambler.ru)

Vadim V. Pokrovsky  
Head  
Federal AIDS Center, Central Research Institute of Epidemiology  
b.2, 15, 8-ya ulitsa Sokolinoy Gory, 105275 Moscow  
Tel: +7 49 536 54680  
E-mail: [pokrovsky@hivruussia.net](mailto:pokrovsky@hivruussia.net) [federalcentre@hivruussia.net](mailto:federalcentre@hivruussia.net)

Oleg Yurin  
Deputy Head, Leading Researcher  
Federal AIDS Center, Central Research Institute of Epidemiology  
b.2, 15, 8-ya ulitsa Sokolinoy Gory, 105275 Moscow

### **Tajikistan**

Tatiana Madzhitova  
HIV Specialist  
National Center for the Prevention and Control of HIV/AIDS  
48 Dekhoti str.  
734042 Dushanbe  
E-mail: [Tatyana7707@inbox.ru](mailto:Tatyana7707@inbox.ru)  
Tel: +992 234 3343, 234 3242

Murodali Ruziev  
Director  
Republican Centre for the Prevention and Control of AIDS  
48 Dekhoti Street  
734018 Dushanbe  
E-mail: [ruziev@mail.ru](mailto:ruziev@mail.ru)  
Tel: +992 37 234-34-42

Zukhra Nurlyaminova  
Head, Outpatient Department  
Republican Centre for the Prevention and Control of AIDS  
48 Dekhoti Street  
734018 Dushanbe  
E-mail: [Zuha\\_69@bk.ru](mailto:Zuha_69@bk.ru)  
Tel: +992 372 343 342

#### **Turkmenistan**

Ogulmenli Orunova  
Epidemiologist  
Department of Epidemiological Control  
National Center of HIV prevention Administration of Communicable Diseases,  
Choganly, 2255 str. 79  
744000 Ashgabat  
E-mail: [mse@euro.who.int](mailto:mse@euro.who.int)  
Tel: +993 1223 9112

Altyngoze Yazymova  
Chief of Department  
Department of anonymous testing and outpatient treatment  
Mary Regional Center of HIV prevention  
Hangala str., 10  
745400 Mary  
E-mail: [mse@euro.who.int](mailto:mse@euro.who.int)  
Tel: 9365301731 (mobile)

#### **Ukraine**

Tetiana Alexandrina  
Head  
State Service of Ukraine on HIV/AIDS and  
Other Socially Dangerous Diseases  
Str. A. Barbuysa 5

03150 Kyiv  
E-mail: [lesya\\_ds@ukr.net](mailto:lesya_ds@ukr.net)  
Tel: +380 44 287 8720

Nataliya Nizova  
State Institution “Ukrainian Center for Socially  
Dangerous Disease Control of the Ministry of Health of Ukraine”  
19, Moskovskyj ave.  
04073 Kyiv  
E-mail: [natalya.nizova@gmail.com](mailto:natalya.nizova@gmail.com)  
Tel: +380 44 281 2357

Iaroslava Sobolieva  
Head of Department for planning and organization of  
Treatment for HIV-infected people  
State Institution “Ukrainian Center for Socially  
Dangerous Disease Control of the Ministry of Health of Ukraine”  
19, Moskovskyj ave.  
04073 Kyiv  
E-mail: [gaiovykh@ukraids.gov.ua](mailto:gaiovykh@ukraids.gov.ua)  
Tel: +380 44 281 2357

Liudmyla Storozhuk  
State Service of Ukraine on HIV/AIDS and  
Other Socially Dangerous Diseases  
Str. A. Barbuysa 5  
03150 Kyiv  
E-mail: [Lyudmilas@bigmir.net](mailto:Lyudmilas@bigmir.net)  
Tel: +380 44 287 8723

### **Uzbekistan**

Guzal Artikkhodjaeva  
Tashkent Postgraduate Medical Institute  
51, Parkentskaya  
100007 Tashkent  
E-mail: [artguzal@gmail.com](mailto:artguzal@gmail.com)  
Tel: +998 91 192 1711

Saidaziz Saydaliev  
Physician of infectious diseases  
Clinic of scientific Research Institute of Virology  
Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan  
7a Yangishahaar str., block 3  
Yunus-Abad district  
100194 Tashkent  
E-mail: [saydusha@gmail.com](mailto:saydusha@gmail.com)  
Tel.: +998 71 229 5311

Mamashokir Tukhtaboev

Chief Doctor  
The Andijon Regional Center to fight AIDS  
Kusharik 39A  
170107 Andijon  
E-mail: [and aids@rambler.ru](mailto:and aids@rambler.ru)  
Tel: +998 374 237 2761

## **Representatives of UN partner organizations**

### **UNAIDS**

Larisa Bashmakova  
Programme Officer  
UNAIDS  
160, Chui Avenue  
720040 Bishkek  
Kyrgyzstan  
E-mail : [bashmakoval@unaids.org](mailto:bashmakoval@unaids.org)  
Tel: +996 312 611 232

Jean Elie Malkin  
Director  
UNAIDS Regional Support Team  
for Europe and Central Asia  
9, Leontievsky Pereulok  
125009 Moscow  
Russian Federation  
E-mail: [malkinj@unaids.org](mailto:malkinj@unaids.org)  
Tel: +7 985 7628912

Naira Sargsyan  
Social Mobilization and Network Adviser  
UNAIDS  
9, Leontievsky Pereulok  
125009 Moscow  
Russian Federation  
E-mail: [sargsyann@unaids.org](mailto:sargsyann@unaids.org)  
Tel: +7 495 663 6791

Jacek Tyszko  
UNAIDS UCC  
Saksagans'kogo St, 36B  
01033 Kiev  
Ukraine  
E-mail: [tyszkoj@unaids.org](mailto:tyszkoj@unaids.org)  
Tel: +380 50 410

Lev Zohrabyan  
UNAIDS Country Coordinator in Uzbekistan and Turkmenistan  
75, Mustaqillik Ave.

100000 Tashkent  
Uzbekistan  
E-mail: [zohrabyanl@unaids.org](mailto:zohrabyanl@unaids.org)  
Tel: +99871-1203082

#### **UNDP**

Oksana Shubina  
HIV Grant Coordinator  
Grants Implementation Unit  
UNDP Kyrgyzstan  
UN House  
119 Razakov Str., 7th floor  
Business Center “Russia“  
Bishkek 720009  
Kyrgyzstan  
E-mail: [o.shubine@gf.undp.kg](mailto:o.shubine@gf.undp.kg)  
Tel: + 996 (312) 300 777

#### **UNICEF**

Ruslan Malyuta  
Program Officer HIV/AIDS  
UNICEF Regional Office for CEE/CIS  
5-7, avenue de la Paix  
CH-1211 Geneva 10  
Switzerland  
E-mail [rmalyuta@unicef.org](mailto:rmalyuta@unicef.org)  
Tel: +41 22 909 5523

### **Representatives of other organizations**

#### **International HIV/AIDS Alliance in Ukraine**

Sergiy Filippovich,  
Associate Director: Treatment  
5 Dymytrova St., build 10A, 9th floor  
03680 Kyiv  
Ukraine  
E-mail: [filipovych@aidsalliance.org.ua](mailto:filipovych@aidsalliance.org.ua)  
Tel:

#### **The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria**

Nicolas Cantau  
Regional Manager  
Eastern Europe and Central Asia  
Chemin de Blandonnet 8  
1214 Vernier – Geneva  
Switzerland  
E-mail: [Nicolas.cantau@theglobalfund.org](mailto:Nicolas.cantau@theglobalfund.org)  
Tel:

Lizel Channing  
Procurement and Supply Management  
Ch. de Blandonnet 8  
Vernier  
1214 Geneva  
Switzerland  
E-mail: [liezl.channing@theglobalfund.org](mailto:liezl.channing@theglobalfund.org)  
Tel: +41 58 791 1176

Nino Mdivani  
Associate Specialist, Monitoring  
Ch. de Blandonnet 8  
Vernier  
1214 Geneva  
Switzerland  
E-mail: [Nino.Mdivani@theglobalfund.org](mailto:Nino.Mdivani@theglobalfund.org)  
Tel: +41 58 791 1572

Olena Wagner  
Ch. de Blandonnet 8  
Vernier  
1214 Geneva  
Switzerland  
E-mail: [Olena.wagner@theglobalfund.org](mailto:Olena.wagner@theglobalfund.org)  
Tel: +41 58 791 1378

Vira Zemlyanska  
Programme Officer  
Ch. de Blandonnet 8  
Vernier  
1214 Geneva  
Switzerland  
E-mail: [vira.zemlyanska@theglobalfund.org](mailto:vira.zemlyanska@theglobalfund.org)  
Tel: +41 58 79 11 524

**US Centers for Disease Control and Prevention (CDC)**

Damira Bibosunova  
Kyrgyz Republic Country Team Lead  
U.S. Centers for Disease Control and Prevention  
Republican Narcology Center  
1 Suerkulov Street  
720016 Bishkek  
Kyrgyzstan  
E-mail: [DBibosunova@cdc.gov](mailto:DBibosunova@cdc.gov)  
Tel: +996-312-511581

Makhmudkhan Sharapov  
Epidemiologist

US Centers for Disease Control and Prevention  
Tashkent Office  
US Embassy, 3 Moyqurgan street, 5<sup>th</sup> block  
100093 Tashkent  
E-mail: [msharapov@cdc.gov](mailto:msharapov@cdc.gov)  
Tel: +998 71 120 79 05

Charles Vitek  
Country Director, Ukraine/Russian Federation  
Division of Global HIV/AIDS  
U.S. Centers for Disease Control and Prevention  
4 Aircraft Designer Igor Sikorsky St.  
Kyiv 04112  
Ukraine  
E-mail: [VitekCX@state.gov](mailto:VitekCX@state.gov)  
Tel.: +380 44 521 – 5140

### **Civil Society representatives**

#### **European AIDS Treatment Group**

Peter Wiessner  
Policy Co-Chair  
EATG  
Händelstrasse 22  
50674 Cologne  
Germany  
E-mail: [Peter-wiessner@t-online.de](mailto:Peter-wiessner@t-online.de)  
Tel. +49 (01) 221 80 14 96 36

#### **East Europe & Central Asia Union of PLWH (ECUO)**

Nataliia Leonchuk  
87 a, Mezhygirska str.  
03080 Kyiv  
E-mail: [Nataliya@ecuo.org](mailto:Nataliya@ecuo.org)  
Tel: +380 44 467 7565

Volodymyr Zhovtyak  
President  
87 a, Mezhygirska str.  
03080 Kyiv  
E-mail: [Vladimir@ecuo.org](mailto:Vladimir@ecuo.org)  
Tel: +380 44 467 7565

**International Treatment Preparedness Coalition in East Europe and Central Asia (ITPCRu)**

Tetyana Khan  
External Affairs Officer  
6-2 Ofitsersky Pereulok  
197110 St. Petersburg  
Russian Federation  
E-mail: [tatyana.khan@itpcru.org](mailto:tatyana.khan@itpcru.org)  
Tel: +7 812 315 1522

Gregory Vergus  
Coordinator  
Nevskiy pr 84 ap 50  
191025 St. Petersburg  
Russian Federation  
E-mail: [gregory.vergus@gmail.com](mailto:gregory.vergus@gmail.com)  
Tel: +7 911 757 7267

**Positive Living Organization**

Arda Karapinar  
Secretary-General  
Fahrettin Kerim Gökay Cd. Arsu  
Kadıköy  
Istanbul  
Turkey  
E-mail: [arda.karapinar@pozitifyasam.org](mailto:arda.karapinar@pozitifyasam.org)  
Tel: +90 5397729719

**We For Civil Equality NGO**

Karen Badalyan  
President  
P.B. Box 67  
0010 Yerevan  
E-mail: [badalyan\\_karen@yahoo.fr](mailto:badalyan_karen@yahoo.fr)  
Tel: +374 91 416999 (mobile)

## **WHO Collaborating Centre representatives**

Jens Lundgren  
Director  
WHO Collaborating Centre for HIV and Viral Hepatitis  
CHIP, University of Copenhagen  
Blegdamsvej 3B, Bldg 21.1  
2200 Copenhagen N  
Denmark  
E-mail: [jdl@cphiv.dk](mailto:jdl@cphiv.dk)  
Tel: +45 3545 5757

## **Rapporteur**

Jeffrey V. Lazarus  
WHO Collaborating Centre for HIV and Viral Hepatitis  
CHIP, University of Copenhagen  
Blegdamsvej 3B, Bldg. 21.1  
2200 Copenhagen N  
Denmark  
E-mail: [jla@cphiv.dk](mailto:jla@cphiv.dk)  
Tel: +45 5152 9926

## **Interpreters**

Yakov Fomenko  
Freelance conference interpreter  
Ap.7, 48-1 Sr. Pervomayskaya street  
105203 Moscow  
E-mail: [yakov.fomenko@gmail.com](mailto:yakov.fomenko@gmail.com)  
Tel: +7 499 461 0480

Elena Frolova  
1 Artilleriyskaya Street  
Business Center "The Europe-House"  
191014 St. Petersburg  
Russian Federation  
E-mail: [hlss@yandex.ru](mailto:hlss@yandex.ru)  
Tel: +8 812 579 6025

## **World Health Organization**

### **Regional Office for Europe**

Martin Donoghoe  
Programme Manager  
HIV/AIDS, STIs & Viral Hepatitis  
E-mail: [mdo@euro.who.int](mailto:mdo@euro.who.int)  
Tel: +45 4533 6658

Bente Drachmann  
Programme Assistant  
HIV/AIDS, STIs & Viral Hepatitis  
E-mail: [bdm@euro.who.int](mailto:bdm@euro.who.int)  
Tel: +45 4533 6659

Irina Eramova  
Senior Medical Officer  
HIV/AIDS, STIs & Viral Hepatitis  
E-mail: [ier@euro.who.int](mailto:ier@euro.who.int)  
Tel: +45 4533 6665

Bhim Narayan Pradhan  
Programme Assistant  
HIV/AIDS, STIs & Viral Hepatitis  
E-mail: [bnp@euro.who.int](mailto:bnp@euro.who.int)  
Tel: +45 4533 6819

Annemarie Rinder Stengaard  
Epidemiologist  
HIV/AIDS, STIs & Viral Hepatitis  
E-mail: [anb@euro.who.int](mailto:anb@euro.who.int)  
Tel: +45 4533 6857

Nathalie Suez-Panama  
Programme Assistant  
HIV/AIDS, STIs & Viral Hepatitis  
E-mail: [nsp@euro.who.int](mailto:nsp@euro.who.int)  
Tel: +45 4533 6864

Brenda van den Bergh  
HIV/AIDS, STIs & Viral Hepatitis  
E-mail: [bvb@euro.who.int](mailto:bvb@euro.who.int)  
Tel: +45 4533 6863

WHO Regional Office for Europe  
51, Marmorvej  
DK-2100 Copenhagen  
Denmark

**WHO Country Office, Armenia**

Gayane Ghukasyan  
National Professional Officer  
9, Alek Manukyan st., Suite 211  
0070 Yerevan  
E-mail: [ghukasyang@who.int](mailto:ghukasyang@who.int)  
Tel: +374 91 220956

**WHO Country Office, Azerbaijan**

Javahir Suleymanova  
National Professional Officer  
3, UN 50th Anniversary str.  
AZ 1001 Baku  
E-mail: [Suleymanova@euro.who.int](mailto:Suleymanova@euro.who.int)  
Tel: +994 50 2165180

**WHO Country Office, Belarus**

Vera Ilyenkova  
National Professional Officer  
Fabriciusa str. 28 (Room 401)  
220007 Minsk  
E-mail [vil@euro.who.int](mailto:vil@euro.who.int)  
Tel: +375 172 220419

**WHO Country Office, Kyrgyzstan**

Dr Saliya Karymbaeva  
National Professional Officer  
160 Chui Avenue  
720040 Bishkek  
Tel: +996 312 612677  
E-mail: [SAK@euro.who.int](mailto:SAK@euro.who.int)

**WHO Country Office, Republic of Moldova**

Silviu Ciobanu  
National Professional Officer  
29, Sfatul Tarii Street  
MD-2012 Chisinau  
E-mail: [cis@euro.who.int](mailto:cis@euro.who.int)  
Tel: +373 22 839972

**WHO Country Office, Russian Federation**

Elena Vovc  
Technical Officer  
9, Leontyevsky side-street  
125009 Moscow  
E-mail: [e.vovc@WHORUSSIA.org](mailto:e.vovc@WHORUSSIA.org)  
Tel: +7 (495) 787 21 08; +7 (495) 7872119

**WHO Country Office, Tajikistan**

Dr Sayohat Hasanova  
National Professional Officer  
'VEFA' Business Center,  
37/1, Bokhtar str.,  
734013 DUSHANBE  
E-mail: [HasanovaS@euro.who.int](mailto:HasanovaS@euro.who.int)  
Tel: +992 48 701 14 72

**WHO Country Office, Ukraine**

Iurii Kobyscha  
National Professional Officer  
30, Borychiv Tik St.  
04070 Kiev  
E-mail: [yko@euro.who.int](mailto:yko@euro.who.int)  
Tel: +380 44 425 8828

Liudmila Slobodanyk  
National Professional Officer  
30, Borychiv Tik St.  
04070 Kiev  
E-mail: [sll@euro.who.int](mailto:sll@euro.who.int)  
Tel: +380 44 425 8828

**WHO Country Office, Uzbekistan**

Jamshid Gaodev  
National Professional Officer  
16, M.Tarobiy Str.  
100100 Tashkent  
E-mail: [jag@euro.who.int](mailto:jag@euro.who.int)  
Tel: +998 71 281 51 72

**Headquarters**

Gottfried Hirnschall

Director

HIV Department

E-mail: [hirnschallg@who.int](mailto:hirnschallg@who.int)

Tel: +44 21 79 12796

Nathan Shaffer

Medical Officer

HIV Treatment and Care

HIV Department

E-mail: [shaffern@who.int](mailto:shaffern@who.int)

Tel: +41 22 79 13295

Marco Vitoria

Medical Officer

HIV Treatment and Care

HIV Department

E-mail: [vitoriam@who.int](mailto:vitoriam@who.int)

Tel: +41 22 79 11949



**Всемирная организация здравоохранения**  
**Европейское региональное бюро**  
UN City, Marmorvej 51  
DK-2100 Copenhagen Ø  
Denmark  
Тел.: +45 45 30 70 00, Факс: +45 45 30 70 01  
Эл. адрес: [aids@euro.who.int](mailto:aids@euro.who.int)  
Веб-сайт: <http://www.euro.who.int/aids>