



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

ДОПОЛНЕНИЕ

РУКОВОДСТВО ПО

САМОТЕСТИРОВАНИЮ НА ВИЧ И ИНФОРМИРОВАНИЮ ПАРТНЕРОВ

ДОПОЛНЕНИЕ К СВОДНОМУ РУКОВОДСТВУ
ПО УСЛУГАМ ТЕСТИРОВАНИЯ НА ВИЧ

ДЕКАБРЬ 2016 Г.



УСЛУГИ ТЕСТИРОВАНИЯ НА ВИЧ



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

ДОПОЛНЕНИЕ

РУКОВОДСТВО ПО

САМОТЕСТИРОВАНИЮ НА ВИЧ И ИНФОРМИРОВАНИЮ ПАРТНЕРОВ

ДОПОЛНЕНИЕ К СВОДНОМУ РУКОВОДСТВУ
ПО УСЛУГАМ ТЕСТИРОВАНИЯ НА ВИЧ

ДЕКАБРЬ 2016 Г.

#Test4HIV



Перевод с английского языка

Guidelines on HIV self-testing and partner notification: supplement to consolidated guidelines on HIV testing services
I. World Health Organization.

ISBN 978 92 890 5351 8

© **Всемирная организация здравоохранения, 2018 г.**

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

По условиям данной лицензии разрешается копирование, распространение и адаптация работы в некоммерческих целях при условии надлежащего цитирования по указанному ниже образцу. В случае какого-либо использования этой работы не должно подразумеваться, что ВОЗ одобряет какую-либо организацию, товар или услугу. Использование эмблемы ВОЗ не разрешается. Результат адаптации работы должен распространяться на условиях такой же или аналогичной лицензии Creative Commons. Переводы настоящего материала на другие языки должны сопровождаться следующим предупреждением и библиографической ссылкой: «Данный перевод не был выполнен Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), и ВОЗ не несет ответственность за его содержание или точность. Аутентичным и подлинным изданием является оригинальное издание на английском языке».

Любое урегулирование споров, возникающих в связи с указанной лицензией, проводится в соответствии с согласительным регламентом Всемирной организации интеллектуальной собственности.

Пример оформления библиографической ссылки для цитирования: Руководство по самотестированию на ВИЧ и информированию партнеров: дополнение к сводному руководству по услугам тестирования на ВИЧ [Guidelines on HIV self-testing and partner notification: supplement to consolidated guidelines on HIV testing services]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Данные каталогизации перед публикацией (CIP). Данные CIP доступны по ссылке: <http://apps.who.int/iris/>.

Приобретение, вопросы авторских прав и лицензирование. Для приобретения публикаций ВОЗ перейдите по ссылке: <http://apps.who.int/bookorders>. Чтобы направить запрос для получения разрешения на коммерческое использование или задать вопрос об авторских правах и лицензировании, перейдите по ссылке: <http://www.who.int/about/licensing/>

Материалы третьих лиц. Если вы хотите использовать содержащиеся в данной работе материалы, правообладателем которых является третье лицо, вам надлежит самостоятельно выяснить, требуется ли для этого разрешение правообладателя, и при необходимости получить у него такое разрешение. Риски возникновения претензий вследствие нарушения авторских прав третьих лиц, чьи материалы содержатся в настоящей работе, несет исключительно пользователь.

Общие оговорки об ограничении ответственности. Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого-либо мнения ВОЗ относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти, либо относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, в отношении которых пока еще может быть не достигнуто полное согласие.

Упоминание конкретных компаний или продукции отдельных изготовителей, патентованной или нет, не означает, что ВОЗ 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.

ВОЗ 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. ВОЗ ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, возникший в результате использования этих материалов.

СОДЕРЖАНИЕ

ВЫРАЖЕНИЕ БЛАГОДАРНОСТИ	vi
СОКРАЩЕНИЯ	x
ГЛОССАРИЙ	xi
РЕЗЮМЕ	xv
Цель	xv
Методология разработки руководства	xvi
Рекомендации	xvii
Значение рекомендаций для разработки и реализации программ	xviii
1 ВВЕДЕНИЕ	1
1.1 Прогресс и актуальные задачи	2
1.2 Обоснование	5
1.3 Тематический охват	5
1.4 Применение руководства	5
1.5 Цель и задачи	6
1.6 Целевая аудитория	6
1.7 Руководящие принципы	7
2 САМОТЕСТИРОВАНИЕ НА ВИЧ	9
2.1 Общая информация и обоснование	11
2.2 Обзор фактических данных	13
2.2.1 Систематический обзор по разработке, оценке и экспертизе степени обоснованности клинических рекомендаций (GRADE) по СТ-ВИЧ	13
2.2.2 Дополнительные соображения	20
2.2.3 Ценности и предпочтения при СТ-ВИЧ	21
2.2.4 Стоимость и экономическая эффективность	26
2.2.5 Систематический обзор и метаанализ эффективности ДЭТ для самотестирования на ВИЧ	27
2.2.6 Рекомендация	30

2.3	Комплекс подходов и мер для успешной реализации СТ-ВИЧ	31
2.3.1	Стратегическое планирование при предоставлении услуг по СТ-ВИЧ	31
2.3.2	Ключевая информация для пользователей и исполнителей программ	37
2.3.3	Нормативная база и механизмы	38
3	УСЛУГИ ПО ИНФОРМИРОВАНИЮ ПАРТНЕРОВ О ВИЧ	41
3.1	Общая информация и обоснование	43
3.2	Обзор фактических данных	46
3.2.1	Систематический обзор по разработке, оценке и экспертизе степени обоснованности клинических рекомендаций (GRADE) по услугам информирования партнеров о ВИЧ	46
3.2.2	Ценности и предпочтения клиентов, воспользовавшихся услугами по оказанию помощи при информировании партнеров	52
3.2.3	Стоимость и экономическая эффективность	56
3.2.4	Рекомендация	57
3.3	Аспекты успешной реализации	57
3.3.1	Поддержка со стороны законодательства и нормативно-правовых баз	58
3.3.2	Обучение работников для оказания услуг по информированию партнеров о ВИЧ и снижение рисков при оказании услуг	58
3.3.3	Способы связи с партнерами	60
3.3.4	Системы ведения документации, мониторинга и отчетности	63
	БИБЛИОГРАФИЯ	65
	Резюме и Глава 1	65
	Глава 2	66
	Глава 3	76

Приложения

Настоящий документ представляет собой дополнение к Сводному руководству по услугам тестирования на ВИЧ. С Приложениями 1–15 можно ознакомиться в Интернете по адресу <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/>. С Приложениями 16–33, которые относятся к настоящему дополнению, можно ознакомиться в Интернете по адресу <http://www.who.int/hiv/pub/vct/hiv-self-testing-guidelines/en/>.

Приложение 16: Methodology for guideline development on HIV self-testing and HIV partner notification services [Методология разработки руководства по услугам самотестирования на ВИЧ и информирования партнеров о ВИЧ]

Приложение 17: Should HIV self-testing be offered as an additional approach to delivering HIV testing services? A systematic review and meta-analysis [Нужно ли предлагать самотестирование на ВИЧ в качестве дополнительного метода оказания услуг по тестированию на ВИЧ? Систематический обзор и метаанализ]

Приложение 18: Assisted HIV partner notification services: A systematic review and meta-analysis [Оказание помощи при информировании партнеров о ВИЧ: систематический обзор и метаанализ]

- Приложение 19: Reliability of HIV rapid diagnostic tests for self-testing performed by self-testers compared to healthcare workers: A systematic review and meta-analysis [Сравнение надежности диагностических экспресс-тестов на ВИЧ при самотестировании, проводимом пользователями и работниками здравоохранения: систематический обзор и метаанализ]
- Приложение 20: Risk-benefit analysis on HIV self-testing [Анализ соотношения риска-выгоды при самотестировании на ВИЧ]
- Приложение 21: Case examples on HIV self-testing and partner notification services [Примеры из практики по услугам самотестирования на ВИЧ и информирования партнеров о ВИЧ]
- Приложение 22: Review of the social harm reported in standard HIV testing services and those reported in HIV self-testing [Анализ социального вреда, описанного при оказании стандартных услуг по тестированию на ВИЧ, и вреда, описанного при проведении самотестирования на ВИЧ]
- Приложение 23: Cost-effectiveness of different delivery approaches for HIV self-testing in Zimbabwe [Экономическая эффективность различных способов проведения самотестирования на ВИЧ в Зимбабве]
- Приложение 24: Country policy review on partner notification services [Анализ политики разных стран в отношении услуг по информированию партнеров]
- Приложение 25: Report on the values and preferences on HIV self-testing in Uganda [Доклад о ценностях и предпочтениях в отношении самотестирования на ВИЧ в Уганде]
- Приложение 26: Report on the values and preferences on partner notification in Uganda [Доклад о ценностях и предпочтениях в отношении информирования партнеров в Уганде]
- Приложение 27: Report on the values and preferences on HIV self-testing in Kenya [Доклад о ценностях и предпочтениях в отношении самотестирования на ВИЧ в Кении]
- Приложение 28: Report on the values and preferences on partner notification in Kenya [Доклад о ценностях и предпочтениях в отношении информирования партнеров в Кении]
- Приложение 29: Report on the values and preferences on HIV self-testing in Brazil [Доклад о ценностях и предпочтениях в отношении самотестирования на ВИЧ в Бразилии]
- Приложение 30: Report on the values and preferences on HIV self-testing and partner notification in Jordan, Lebanon, Morocco and Tunisia [Доклад о ценностях и предпочтениях в отношении самотестирования на ВИЧ и информирования партнеров в Иордании, Ливане, Марокко и Тунисе]
- Приложение 31: Report on the values and preferences on HIV self-testing and partner notification in Lebanon, Morocco and Tunisia [Доклад о ценностях и предпочтениях в отношении самотестирования на ВИЧ и информирования партнеров в Ливане, Марокко и Тунисе]
- Приложение 32: Report on the values and preferences on HIV self-testing and partner notification in Indonesia, Pakistan, Philippines and Thailand [Доклад о ценностях и предпочтениях в отношении самотестирования на ВИЧ и информирования партнеров в Индонезии, Пакистане, Филиппинах и Таиланде]
- Приложение 33: Guideline Development Group declaration of conflicts of interest summaries [Краткое изложение деклараций о конфликте интересов членов Группы по разработке руководства]

ВЫРАЖЕНИЕ БЛАГОДАРНОСТИ

Группа по разработке руководства

Kindi Adam (Министерство здравоохранения, Индонезия), **Oliver Anene** (The Pact, США), **Karen Champenois** (государственное учреждение здравоохранения Maison Blanche, Франция), **Kathleen Charters** (Университет Ливерпуля, Соединенное Королевство), **Martin Choo** (Глобальная сеть людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, Малайзия), **Miriam Franchini** (Министерство здравоохранения, Бразилия), **Rebecca Guy**⁺ (Институт Кирби, Австралия), **Mehdi Karkouri** (Ассоциация борьбы против СПИДа, Марокко), **Jane Wanjira Karong'e-Thiomi** (LVCT Health, Кения), **Dasha Matyushina-Ocheret** (Евразийская сеть снижения вреда, Литва), **Gertrude Ncube**⁺ (Министерство здравоохранения, Зимбабве), **Bathabile Nyathi** (Центр по изучению сексуального здоровья и ВИЧ-инфекции, Зимбабве), **Sabin Nsanzimana**⁺ (Министерство здравоохранения, Руанда), **Carla Makhlof Obermeyer**⁺ (Американский университет в Бейруте, Ливан), **Niluka Perera** (Youth Voices Count, Таиланд), **Archana Sarkar** (Институт здоровья матери и ребенка МАМТА, Индия), **Jennifer Stuart-Dixson** (Университет Вест-Индии, Ямайка), **Joseph Tak Fai Lau** (Китайский университет Гонконга, САР Гонконг, Китай), **Willem Daniel Francois Venter**⁺ (Институт репродуктивного здоровья и ВИЧ-инфекции в Университете Витватерсранда, Южная Африка) и **Vincent Wong**⁺ (Агентство США по международному развитию (ЮСАИД), США).

Техническая рабочая группа по самотестированию на ВИЧ

Nicola Desmond (Ливерпульская школа тропической медицины, Malawi Wellcome Trust, Малави), **Jane Ferguson** (Лондонская школа гигиены и тропической медицины – Africa Centre, Южная Африка), **Kimberly Green** (PATH, Вьетнам), **Karin Hatzold** (Population Services International, Зимбабве), **Pham Thi Thu Huong** (Министерство здравоохранения, Вьетнам), **David Katz** (Вашингтонский университет, США), **Agnes Kijo** (Секретариат Рабочей группы по вопросам африканской гармонизации, Объединенная Республика Танзания), **Debbie Lepine** (Health Canada, Канада), **Robin MacGowan** (Центры по профилактике и контролю заболеваний (CDC), США), **Elizabeth Marum** (CDC, США), **Peter Mugo** (KEMRI-Wellcome Trust, Кения), **Anthony Nardone** (Служба общественного здравоохранения Англии, Соединенное Королевство), **Zwoitwaho Nevhutalu** (Южноафриканский национальный совет по СПИДу, Южная Африка), **Nitika Pant Pai** (Университет Макгилла, Канада), **Trevor Peter** (Инициатива Клинтонна по доступу к услугам здравоохранения (CHAI), Ботсвана), **Praphan Phanuphak** (Тайский Красный Крест, Таиланд), **Thierry Prazuck** (Региональная больница Орлеана, отделение инфекционных и тропических болезней, Франция), **Alison Rodgers** (Университетский колледж Лондона, Соединенное Королевство), **Tanya Shewchuk** (Фонд Билла и Мелинды Гейтс, США), **Cara Kosack** («Врачи без границ», Нидерланды), **Miriam Taegtmeier**, **Victoria Watson** (Ливерпульская школа тропической медицины, Соединенное Королевство).

Внешние составители систематического обзора GRADE

Virginia Fonner (Медицинский университет Южной Каролины, США), **Caitlin Kennedy** (Блумбергская школа общественного здравоохранения Университета Джона Хопкинса, США) и **Nandi Siegfried** (независимый клинический эпидемиолог, Южная Африка).

⁺ Обозначает лиц, которые также входили в Техническую рабочую группу по самотестированию на ВИЧ.

Подтверждающие фактические данные предоставили:

Florence Anam, Margaret Happy (Международное сообщество женщин, живущих с ВИЧ, Кения), **Vendula Blaya-Novàková** (Региональное управление здравоохранения, автономное сообщество Мадрид, Испания), **Valentina Cambiano, Andrew Phillips** (Университетский колледж Лондона, Соединенное Королевство), **Niluka Perera** (Youth Voices Count, Таиланд), **Midnight Poonkasetwattana** (Азиатско-тихоокеанская коалиция по мужскому сексуальному здоровью, Таиланд), **Rebecca Kakembo, Neema Nakyango, Fred Nalugoda** (программа здравоохранения Ракаи, Уганда), **Virginia Burke, Caitlin Kennedy, Caitlin Payne** (Блумбергская школа общественного здравоохранения Университета Джона Хопкинса, США) и **Charles Witzel** (Sigma Research, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство).

Особая благодарность всем, кто поделился примерами из практики.

Внешняя экспертная группа

Matthew Avery (FHI 360, Таиланд), **Jared Baeten** (Университет штата Вашингтон, США), **Manju Bala** (Учебный региональный центр Арех по изучению и исследованию ЗППП, Индия), **Ruane Barnabas** (Университет штата Вашингтон, США), **Stephanie Behel, Pollyanna Chavez, Cari Courtenay-Quirk, Amy Medley, Bharat Parekh, Amitabh Suthar** (CDC, США), **Jacque Calnan** (ЮСАИД, США), **Valentina Cambiano, Andrew Phillips** (Университетский колледж Лондона, Соединенное Королевство), **Mohamed Chakroun** (Университетская больница Фатума Бургиба, Тунис), **Namwinga Chintu** (Общество по охране здоровья семьи, Замбия), **Gareth Coats** (Южно-Африканский фонд борьбы со СПИДом, Южная Африка), **Julie Denison** (Блумбергская школа общественного здравоохранения Университета Джона Хопкинса, США), **Carol El-Hayek** (Институт Бернета, Австралия), **Tom Ellman** («Врачи без границ», Южная Африка), **Victoria Frye, Leo Wilton** (Научно-исследовательский институт Линдсли Ф. Кимбалл, Нью-Йоркский центр крови, США), **Gitau Mburu** (Альянс по борьбе со СПИДом, Соединенное Королевство), **Kristina Grabbe** (Управление Глобального координатора по СПИДу, США), **Bernadette Hensen, Melissa Neuman** (Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство), **Yan Jiang** (Национальная референтная лаборатория по СПИДу, Китай), **Chonticha Kittinunvorakoon** (CDC, Таиланд), **Raquel Lima** (CDC, Бразилия), **Sheri Lippman** (Калифорнийский университет, США), **Peter MacPherson** (Институт Фарра, Соединенное Королевство), **Keletso Makofane** (ANOVA Health, Южная Африка), **Mohammed Majam** (Институт репродуктивного здоровья и ВИЧ-инфекции в Университете Витватерсранда, Южная Африка), **Hendramoorthy Maheswaran** (Медицинская школа Уорвик, Соединенное Королевство), **Guillermo Martínez Pérez** (Барселонский институт глобального здравоохранения, Либерия), **Christina Mwangi** (CDC, Уганда), **Sue Napierala Mavedzenge** (RTI International, США), **Anna Osborne** (CHAI, Зимбабве), **Lilian Otiso** (LVCT Health, Кения), **Roger Peck** (PATH, США), **Supabhorn Pengnonyang, Nittaya Phanuphak** (Тайский Красный Крест, Таиланд), **Jillian Sacks** (CHAI, США), **Leslie Shanks** (Inner City Health Associates, Канада), **Petra Stankard** (Population Services International, США), **Weiming Tang, Joseph Tucker** (Университет Северной Каролины Project-China, Китай), **Madhuri Thakar** (Национальный институт исследований СПИДа, Индия), **Lara Vojnov** (CHAI, Объединенная Республика Танзания), **Samantha Westrop** (Фонд НСЗ при Имперском колледже, Соединенное Королевство), **Charles Witzel** (Sigma Research, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство) и **William Wong** (Китайский университет Гонконга, САР Гонконг, Китай).

Представители учреждений ООН и других партнерских организаций

Michael Bartos⁺ (Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), Зимбабве), **Rosalind Coleman**, **Peter Godfrey-Faussett** (ЮНЭЙДС, Швейцария), **Vladanka Andreeva** (ЮНЭЙДС, Таиланд), **Ade Fakoya**, **Obinna Onyekwena**, **Alain Prat⁺** (Глобальный фонд, Швейцария), **Smiljka DeLussigny**, **Heather Ingold**, **Robert Matiru**, **Olawale Olayiwola⁺**, **Carmen Pérez Casas⁺** (ЮНИТЕЙД, Швейцария), **Lisa Nelson** (Управление Глобального координатора США по СПИДу, США), **Susan Kasedde**, **Ravi Bhairavabhotla⁺** и **Paul Nary** (Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), США).

Руководящая группа Всемирной организации здравоохранения

Основу Руководящей группы ВОЗ по разработке руководства составили: **Rachel Baggaley**, **Cheryl Johnson**, **Carmen Figueroa**, **Shona Dalal** (Департамент по ВИЧ) и **Anita Sands** (Департамент основных лекарственных средств и изделий медицинского назначения).

Члены Руководящей группы ВОЗ по разработке руководства: **Alice Armstrong**, **Meg Doherty**, **Daniel Low-Beer**, **Shaffiq Essajee**, **Ioannis Mameletzis**, **Martina Penazzato**, **Michelle Rodolph**, **Julie Samuelson**, **Annette Verster** (Департамент по ВИЧ), **David Ross** (Департамент по охране здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков), **Teodora Wi** (Департамент репродуктивного здоровья и научных исследований), **Sarah Hess** (Глобальная программа по борьбе с гепатитом), **Annabel Baddeley** (Глобальная программа по борьбе с туберкулезом), **Willy Urassa** (Программа ВОЗ по преквалификации медицинских изделий для *in vitro* диагностики), **Freddy Perez**, **Giovanni Ravasi** (Региональное бюро ВОЗ для стран Америки), **Nicole Seguy** (Региональное бюро ВОЗ для стран Юго-Восточной Азии), **Lali Khotenashvili** (Европейское региональное бюро ВОЗ), **Joumana Hermez** (Региональное бюро ВОЗ для стран Восточного Средиземноморья), **Naoko Ishikawa** (Региональное бюро ВОЗ для стран западной части Тихого океана), **Brian Chirombo** (ВОЗ, Кения), **Ishmael Nyasulu** (ВОЗ, Малави), **Busisiwe Msimanga-Radebe** (ВОЗ, Южная Африка), **Lastone Chitembo** (ВОЗ, Замбия) и **Simbarashe Mabaya** (ВОЗ, Зимбабве).

Сотрудники и консультанты Всемирной организации здравоохранения

Theresa Babovic, **Michel Beusenbergh**, **Jesus Maria Calleja Garcia**, **Caitlin Payne** (Департамент по ВИЧ), **Igor Toskin** (Департамент репродуктивного здоровья и научных исследований), **Phillipa Easterbrook**, **Stefan Wiktor** (Глобальная программа по борьбе с гепатитом), **Haileyesus Getahun**, **Avinash Kanchar** (Глобальная программа по борьбе с туберкулезом), **Mercedes Perez Gonzalez**, **Mark Lanigan**, **Robyn Meurant**, **Irena Prat** (Программа ВОЗ по преквалификации медицинских изделий для диагностики *in vitro*), **Frank Lule**, **Buhle Ncube** (Региональное бюро ВОЗ для стран Африки), **Razia Pendse**, **Dongbao Yu** (Региональное бюро ВОЗ для стран Юго-Восточной Азии), **Lali Khotenashvili** (Европейское региональное бюро ВОЗ), **Joumana Hermez** (Региональное бюро ВОЗ для стран Восточного Средиземноморья), **Ying Ru-Lo** (Региональное бюро ВОЗ для стран западной части Тихого океана), **Mukta Sharma** (ВОЗ, Бангладеш), **Leandro Sereno** (ВОЗ, Бразилия), **Po-Lin Chan** (ВОЗ, Китай), **Bharat Rewari**, **Anuj Sharma** (ВОЗ, Индия), **Christine Kisia** (ВОЗ, Кения), **Ishmael Nyasulu** (ВОЗ, Малави), **Augustin Ntilivamunda** (ВОЗ, Южная Африка), **Sithembile Slamini-Kqeketo** (ВОЗ, Свазиленд) и **Christine Chiedza Musanhu** (ВОЗ, Зимбабве).

⁺ Обозначает лиц, которые также входили в Техническую рабочую группу по самотестированию на ВИЧ.

Со стороны ВОЗ поддержку оказали: административную – **Nadia Hilal McDonald** и **Valerie Amiel**, по коммуникации – **Oyuntungalag Namjilsuren**.

Редактирование документа – Jura Editorial Services.

Особая признательность выражается Комитету ВОЗ по пересмотру руководств и секретариату этого комитета в лице **Susan Norris** и **Myriam Felber**.

Общая координация

Общую координацию процесса подготовки руководства осуществила **Rachel Baggaley** при участии **Cheryl Johnson**, **Carmen Figueroa**, **Shona Dalal** и **Anita Sands** под руководством **Andrew Ball** и **Gottfried Hirschall** (Департамент по ВИЧ, ВОЗ).

Финансирование

Финансовая поддержка настоящей работы, включая составление систематических научных обзоров, консолидацию фактических данных и написание, редактирование и печатание руководства, была обеспечена за счет средств ЮНИТЭЙД, Фонда Билла и Мелинды Гейтс и Чрезвычайного плана Президента США для оказания помощи в связи со СПИДом.

Перевод на русский язык осуществлен по инициативе и при финансовой поддержке СО НКО «Феникс ПЛЮС» и согласован с Европейским региональным бюро ВОЗ.



СОКРАЩЕНИЯ

АРВ	антиретровирусные препараты
АРТ	антиретровирусная терапия
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГРП	Группа по разработке руководства
ДКТ	доконтактная профилактика
ДММО	добровольное медицинское мужское обрезание
ДЭТ	диагностический экспресс-тест
ИППП	инфекция, передаваемая половым путем
НИП	насилие со стороны интимного партнера
НПО	неправительственная организация
ОК	обеспечение качества
ООН	Организация Объединенных Наций
ОР	относительный риск
ПКП	постконтактная профилактика
СПИД	синдром приобретенного иммунодефицита
СТ-ВИЧ	самотестирование на ВИЧ
ТБ	туберкулез
УТВ	услуги тестирования на ВИЧ
ЮНИСЕФ	Детский фонд Организации Объединенных Наций
ЮНЭЙДС	Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу
ЮСАИД	Агентство США по международному развитию
CDC	Центры по контролю и профилактике заболеваний (США) (Centers for Disease Control)
GRADE	Система оценки силы и убедительности научных рекомендаций (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation)
ICER	показатель приращения эффективности затрат (incremental cost-effectiveness ratio)
PICO	население/вмешательство/сравнение/результат (population/intervention/ comparison/ outcome)

ГЛОССАРИЙ

Алгоритм тестирования (testing algorithm) – комбинация и последовательность использования конкретных наборов тестов согласно принятым стратегиям ВИЧ-тестирования.

ВИЧ-статус (HIV status) – окончательное заключение, которое сообщается пациенту; это окончательный вывод о состоянии болезни пациента, основанный на совокупности результатов одного или нескольких наборов тестов. ВИЧ-статус может быть положительным, отрицательным или неоднозначным

Вред или социальный вред (harm or social harm) – преднамеренное или непреднамеренное причинение физического, экономического, эмоционального или психосоциального ущерба или травмы человеку другим человеком или учреждением, либо нанесение подобного ущерба или травмы самому себе до, во время или после тестирования на ВИЧ.

Генерализованная эпидемия (generalized epidemic) – ситуация, когда ВИЧ-инфекция прочно укоренилась среди общего населения. Несмотря на то что субпопуляции повышенного риска вносят диспропорционально большой вклад в распространение ВИЧ-инфекции, уровень сексуальных контактов среди общего населения достаточен для поддержания эпидемии. Косвенный количественный показатель: распространенность ВИЧ стойко превышает 1% среди беременных женщин, посещающих учреждения дородовой помощи.

Двойное направление (dual referral) – способ предоставления услуги по информированию партнера с сопровождением, при котором специально обученный поставщик услуг лично сопровождает и поддерживает ВИЧ-положительных клиентов, пока те сообщают партнерам о своем ВИЧ-статусе и об их возможном заражении ВИЧ. Поставщик также предлагает партнеру(-ам) пройти добровольное тестирование на ВИЧ.

Диагностический экспресс-тест (rapid diagnostic test) – тест *in vitro*, основанный на иммунохроматографии или иммунофилтрации, который в контексте диагностики ВИЧ-инфекции применяется для обнаружения антител к ВИЧ 1 и 2 и/или антигена р24 ВИЧ.

Дотестовая информация (pre-test information) – достоверная информация, которую обученный работник без специального образования или медицинский работник сообщают в диалоге с пациентом до проведения ВИЧ-тестирования.

Индексное тестирование (index testing) – также обозначается как «тестирование по индексному случаю ВИЧ», «индексному пациенту» или «индексному партнеру» (index case, index patient or index partner HIV testing). Это целенаправленный подход к тестированию на ВИЧ, при котором данные услуги предлагают членом домохозяйства и семьи (включая детей) человека, у которого выявлена ВИЧ-инфекция. Более подробная информация о тестировании по индексному партнеру содержится в определении понятий «информирование партнеров с сопровождением», «направление по соглашению», «двойное направление», «услуги по информированию партнеров», «самостоятельное информирование», «направление поставщиком услуг».

Ключевые группы населения (key populations) – определенные группы населения, которые в силу специфических видов высокорискованного поведения подвержены повышенному риску заражения ВИЧ вне зависимости от типа эпидемии или местного контекста. В настоящем руководстве в качестве ключевых групп рассматриваются следующие субпопуляции: мужчины, имеющие секс с мужчинами; люди, употребляющие инъекционные наркотики; люди, находящиеся в местах лишения свободы и других закрытых учреждениях; секс-работники; трансгендеры.

Контроль качества (quality control) – комплекс процедур, предназначенный для отслеживания способа и результатов тестирования с целью обеспечения надлежащего функционирования системы тестирования. Этот комплекс включает в себя проверку контрольных материалов, составление диаграмм результатов и их анализ

для выявления источника ошибки, а также оценку и документальную регистрацию всех мер, предпринятых по результатам этого анализа для исправления ситуации.

Концентрированная эпидемия (concentrated epidemic) – ситуация, когда ВИЧ-инфекция стремительно распространяется в определенных субпопуляциях (таких как мужчины, имеющие секс с мужчинами, трансгендеры, люди, употребляющие наркотики или находящиеся в местах лишения свободы и других закрытых учреждениях), но еще не укоренилась среди населения в целом. Этот тип эпидемии предполагает наличие в пределах субпопуляции активных сообществ людей с высоким поведенческим риском. Последующее прогрессирование эпидемии определяется характером связей между субпопуляциями с высокой распространенностью ВИЧ и общим населением. Косвенный количественный показатель: распространенность ВИЧ стойко превышает 5% хотя бы в одной из определенных субпопуляций, однако ниже 1% среди беременных женщин, посещающих учреждения дородовой помощи.

Медицинские устройства для диагностики in vitro (in vitro diagnostic medical devices) – устройства и материалы, применяемые отдельно или в сочетании с другими, предназначенные производителем для исследования биологических образцов, взятых из организма человека исключительно или главным образом для получения информации в целях диагностики, мониторинга или определения совместимости. Медицинское устройство для диагностики in vitro может использоваться для следующих целей: установление диагноза, скрининг, мониторинг, предрасположенность, прогноз, определение физиологического состояния.

Набор серологических тестов (serological assay) – набор тестов, позволяющий определять наличие антител в биологических образцах. Как правило, в таких тестах используется сыворотка или плазма крови, а также цельная капиллярная/венозная кровь и слюна. К таким тестам относятся, например, диагностические экспресс-тесты, тесты иммуноанализа и некоторые дополнительные тесты на ВИЧ.

Набор тестов, аналитический метод (assay) – полная процедура для обнаружения присутствия или определения концентрации аналита, включая все отдельные тесты для обнаружения антигена р24 ВИЧ или антитела к ВИЧ 1 и 2.

Направление поставщиком услуг (provider referral) – способ предоставления услуги по информированию партнера с сопровождением, при котором специально обученный поставщик услуг, с согласия ВИЧ-положительного клиента, лично и конфиденциально связывается с партнером(-ами) клиента и предлагает им пройти добровольное тестирование на ВИЧ.

Направление по соглашению (contract referral) – способ предоставления услуги по информированию партнера с сопровождением, при котором ВИЧ-положительный клиент заключает со специально обученным поставщиком услуг соглашение, что лично сообщит партнерам о своем ВИЧ-статусе и об их возможном заражении ВИЧ и в установленный срок направит партнеров на тестирование. Если в условленный срок партнер(-ы) ВИЧ-положительного клиента не обращаются за УТВ или не связываются с поставщиком услуг, поставщик сам связывается с партнером(-ами) напрямую и предлагает ему или им пройти добровольное тестирование на ВИЧ.

Насилие со стороны интимного партнера (intimate partner violence) – поведение в рамках интимных отношений, которое наносит физический, психологический или сексуальный вред партнеру по отношению, включая насильственные действия физического, сексуального, эмоционального или психологического характера, а также контролирующее поведение.

Нереактивный (отрицательный) результат теста (non-reactive test result) – результат серологического теста, при котором отсутствует реакция, указывающая на наличие аналита, который в контексте ВИЧ представляет собой антиген р24 ВИЧ-1 или антитела к ВИЧ 1 и 2.

Обеспечение качества (quality assurance) – часть процесса управления качеством, посвященная обеспечению уверенности в том, что требования к качеству будут соблюдены.

Острая инфекция (acute infection) – период, в течение которого человек становится ВИЧ-инфицированным, но ВИЧ-антитела еще не обнаруживаются серологическими тестами.

Отрицательная прогностическая ценность (negative predictive value) – вероятность того, что человек

с отрицательным результатом теста действительно не инфицирован ВИЧ (истинно отрицательное значение)

Повторное проведение тестирования (repeat testing) – ситуация, когда проводится еще одно тестирование непосредственно после получения результатов первого теста; выполняется в рамках одного и того же диагностического посещения. Используются тот же набор тестов и при наличии возможности на том же образце.

Повторное тестирование (retesting) – проводится через определенный интервал времени в следующих ситуациях: 1) ВИЧ-отрицательные лица, которые недавно подвергались или продолжают подвергаться риску заражения; 2) люди с неоднозначными результатами предшествующего тестирования; 3) ВИЧ-инфицированные лица перед началом оказания помощи и лечения. Основанием для повторного тестирования до начала оказания помощи и лечения является необходимость исключения потенциальных ошибок лабораторной диагностики и регистрации, а также подтверждение или исключение сероконверсии.

Повышение качества (quality improvement) – часть процесса управления качеством, посвященная повышению возможностей для соблюдения требований качества.

Подтвердить (ВИЧ-статус) (confirm) – поставить диагноз «ВИЧ-инфекция». Помимо положительных результатов первичных тестов требует подтверждения в соответствии с утвержденным национальным протоколом тестирования.

Положительная прогностическая ценность (positive predictive value) – вероятность того, что человек с положительным результатом теста действительно инфицирован ВИЧ (истинно положительное значение).

Работник без специального образования (lay provider) – любой человек, который выполняет функции, связанные с оказанием медицинской помощи, и обучен выполнению конкретных услуг, но не имеет формальной квалификации или диплома о высшем образовании.

Разделение труда (task sharing) – рациональное распределение функций между медицинскими работниками с более высокой профессиональной подготовкой и другими сотрудниками, такими как обученные работники без специального образования.

Реактивный (положительный) результат теста (non-reactive test result) – результат серологического теста, при котором возникает реакция, указывающая на наличие антител, который в контексте ВИЧ представляет собой антиген р24 ВИЧ-1 или антитела к ВИЧ 1 и 2.

Результат ВИЧ-теста (HIV test result) – результат единичного теста из данного набора.

Самостоятельное информирование / информирование без сопровождения (passive referral) – услуга по информированию партнеров, при которой специально обученный поставщик услуг предлагает ВИЧ-положительным клиентам самим раскрыть свой ВИЧ-статус половым партнерам и/или партнерам по употреблению инъекционных наркотиков и, учитывая вероятность заражения партнеров ВИЧ, предложить им воспользоваться УТВ.

Самотестирование на ВИЧ (HIV self-testing) – процедура, при которой человек сам берет у себя образец для анализа (околодесенную жидкость или кровь), затем проводит анализ на ВИЧ и расшифровывает результат. Как правило, это происходит в частной обстановке, причем анализ можно проводить как в одиночестве, так и с кем-то, кому вы доверяете.

Самотестирование на ВИЧ без непосредственного оказания помощи (unassisted HIV self-testing) – ситуация, при которой люди проводят самотестирование, используя только набор и предоставленную производителем инструкцию. Как и при всех остальных способах самотестирования, пользователям может быть предоставлена контактная информация для получения дополнительной поддержки, например, номера телефонов горячих линий или учебные видеоролики.

Самотестирование на ВИЧ (СТ-ВИЧ) с прямым сопровождением (directly assisted HIV self-testing (HIVST)) – ситуация, при которой специально обученные поставщики услуг или равные консультанты наглядно демонстрируют процедуру проведения и расшифровки результатов самотестирования лицам, проходящим самотестирование на ВИЧ, до или во время СТ-ВИЧ. Сопровождение такого рода реализуется в дополнение к предоставленной производителем инструкции и другим материалам, входящим в набор для СТ-ВИЧ.

Серодискордантная пара (serodiscordant couple) – сожительствующая пара, в которой один партнер является ВИЧ-положительным, второй – ВИЧ-отрицательным.

Сероконверсия (seroconversion) – ситуация, когда в инфицированном организме впервые образуются антитела к ВИЧ 1 и 2 в объеме, достаточном для обнаружения посредством определенного набора серологических тестов.

Система управления качеством (quality management system) – система управления и контроля по вопросам качества, действующая в той или иной организации. Для достижения целей по обеспечению надлежащего качества необходимо предпринимать систематические, процессно-ориентированные меры. Система управления качеством строится на таких компонентах, как документы и учетные данные, организация, персонал, оборудование, закупки и инвентаризация, управление производственным процессом, управление информацией, управление происшествием, проверки и аудиты – внешние и внутренние, модернизация технологических процессов, обслуживание клиентов, а также обеспечение безопасности на объектах.

Сортировочное тестирование (test for triage) – методика тестирования на базе местного сообщества, когда подготовленные работники без специального образования применяют единичный экспресс-тест на ВИЧ. Лица, получившие реактивный результат, затем направляются этими работниками или с помощью написанных либо наглядных инструкций в соответствующее учреждение для дальнейшего тестирования на ВИЧ с целью подтверждения результата, а в случае его подтверждения — для получения лечения, ухода и поддержки. Лиц с нереактивными результатами теста информируют, направляют в службы профилактики ВИЧ и рекомендуют им пройти повторное тестирование в соответствии с предшествующим или текущим риском ВИЧ-инфицирования и с национальными руководствами

Специфичность (specificity) – вероятность того, что набор тестов на ВИЧ позволит достоверно идентифицировать образцы, не содержащие антитела к ВИЧ 1 и 2 и/или антиген р24 ВИЧ-1.

Стратегия тестирования (testing strategy) – общее описание методики и порядка тестирования в целях решения той или иной конкретной задачи. В контексте ВИЧ, стратегия тестирования учитывает предполагаемую распространенность ВИЧ среди обследуемого населения, будь то высокая распространенность ВИЧ (5% и выше), либо низкая распространенность ВИЧ (ниже 5%).

Тестирование на месте совершения полового акта (point-of-sex testing) – ситуация, при которой люди используют диагностический экспресс-тест на ВИЧ для самотестирования, чтобы проверить потенциальных сексуальных партнеров и определять свой собственный ВИЧ-статус и ВИЧ-статус партнеров.

Услуги по информированию партнера о ВИЧ (partner notification services) – также называемые раскрытием ВИЧ-статуса или отслеживанием контактов; добровольное информирование, при котором специально обученный поставщик услуг опрашивает человека с ВИЧ о его половых партнерах и/или партнерах по употреблению инъекционных наркотиков, а затем, с согласия ВИЧ-положительного клиента, предлагает этим партнерам УТВ. Информирование партнеров осуществляется клиентом без сопровождения (самостоятельно) или с сопровождением.

Услуги по информированию партнера о ВИЧ с сопровождением (assisted partner notification services) – ситуация, при которой специально обученный поставщик услуг с согласия ВИЧ-положительного клиента сопровождает его во время раскрытия ВИЧ-статуса или же помогает клиенту анонимно известить полового партнера(-ов) и/или партнера(-ов) по употреблению инъекционных наркотиков о возможном заражении ВИЧ. Затем поставщик услуг предлагает партнеру или партнерам клиента пройти тестирование на ВИЧ. Сопровождение при информировании партнеров реализуется тремя способами: посредством информирования с соглашением, направления поставщиком услуг и двойного направления.

Чувствительность (sensitivity) – вероятность того, что набор тестов на ВИЧ позволит достоверно идентифицировать все образцы, содержащие антитела к ВИЧ 1 и 2 и/или антиген р24 ВИЧ-1.

РЕЗЮМЕ

Цель

Чтобы достичь поставленных Организацией Объединенных Наций целей 90–90–90 в отношении борьбы с ВИЧ-инфекцией и, в частности, первой цели по диагностике 90% людей с ВИЧ, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) в 2015 году выпустила *Сводное руководство по услугам тестирования на ВИЧ (1)*.

В настоящем документе содержатся обновленные рекомендации и руководство ВОЗ по:

1. Самотестированию на ВИЧ
2. Информированию партнеров

В первом издании Руководства ВОЗ обобщила существующие рекомендации по оказанию услуг тестирования на ВИЧ (УТВ) и выпустила новые рекомендации для помощи специально обученным поставщикам услуг здравоохранения, не имеющим медицинского образования, по предоставлению УТВ с использованием диагностических экспресс-тестов (ДЭТ).

Кроме того, в Руководстве подчеркивалась необходимость использования стратегических подходов к предоставлению УТВ. В частности, в нем подчеркивались широкие возможности самотестирования на ВИЧ (СТ-ВИЧ) по повышению доступности УТВ, особенно для мужчин, ключевых групп населения¹ и молодежи. В нем также подчеркивалась необходимость увеличения охвата услугами тестирования пар и партнеров, в том числе за счет предоставления УТВ партнерам людей, живущих с ВИЧ (1). Кроме того, в Руководстве отмечалось, что в странах с низким и средним уровнем доходов наблюдается рост нерегулируемого рынка СТ-ВИЧ, где часто используется продукция сомнительного качества. С момента выпуска Руководства в 2015 году все большее число стран признают необходимость содействовать развитию СТ-ВИЧ в нормативно-правовом поле и использованию для самотестирования на ВИЧ ДЭТ, качество которых проверяется и контролируется соответствующим регулирующим органом или международными организациями по нормативному контролю.

ВОЗ с 2012 года рекомендует партнерам сдавать анализы (2). Нельзя не отметить определенные достижения по включению тестирования для партнеров в национальную политику по тестированию (в особенности для партнеров женщин, посещающих женские консультации до родов), но в большинстве стран уровень тестирования партнеров по-прежнему остается низким (3).

С момента публикации Сводного руководства в 2015 году появились новые данные. Соответственно, в целях оказания дальнейшей помощи странам, менеджерам проектов, работникам здравоохранения и прочим заинтересованным лицам, которые стремятся достичь целей по борьбе с ВИЧ, поставленных на государственном или международном уровне (4), издается настоящее дополнение 2016-го года, где содержатся обновленные рекомендации и дополнительные указания по предоставлению услуг в отношении СТ-ВИЧ и оказания помощи при информировании партнеров о ВИЧ.

Целью настоящего обновленного Руководства является:

- содействие реализации и развитию этичных, эффективных, приемлемых и основанных на фактических данных методов СТ-ВИЧ и оказания помощи при информировании партнеров о ВИЧ;

1 В настоящем документе термин «ключевые группы населения» обозначает следующие группы: мужчин, имеющие секс с мужчинами; людей, находящихся в пенитенциарных и закрытых учреждениях; людей, употребляющих инъекционные наркотики; секс-работников и трансгендеров. Более подробные руководящие принципы и рекомендации по работе с ключевыми группами населения содержатся в «Сводном руководстве ВОЗ по ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения: профилактика, диагностика, лечение и уход» (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations>).

- содействие планомерному предоставлению услуг по оказанию помощи при добровольном информировании партнеров о ВИЧ в рамках стратегии общественного здравоохранения по оказанию УТВ;
- обеспечение рекомендаций по интеграции СТ-ВИЧ и помощи при информировании партнеров в методики тестирования на ВИЧ на базе сообществ и учреждений, а также по их адаптации к потребностям тех или иных групп населения;
- содействие внедрению СТ-ВИЧ в качестве соответствующей установленным нормам УТВ с использованием продукции надлежащего качества, одобренной ВОЗ, а также официальными местными и международными органами;
- формирование отношения к СТ-ВИЧ и оказанию помощи при информировании партнеров как к УТВ, которые будут способствовать расширению охвата тестированием и достижению цели 90–90–90, поставленной ООН, и мировой цели в области устойчивого развития по ликвидации СПИДа к 2030 году.

Настоящее обновленное руководство включает в себя вопросы, связанные с предоставлением услуг по СТ-ВИЧ и оказанию помощи при информировании партнеров о ВИЧ-инфекции следующим группам населения:

- всему населению в целом,
- беременным и недавно родившим женщинам,
- супружеским парам и партнерам,
- подросткам (10–19 лет) и молодым людям (15–24 лет),
- ключевым группам населения,
- уязвимым группам населения.

Методология разработки руководства

В связи с наличием новых данных о перспективных преимуществах услуг по СТ-ВИЧ и оказанию помощи при оповещении партнеров о ВИЧ независимые эксперты и заинтересованные лица предложили составить дополнение к *Сводному руководству ВОЗ по услугам тестирования на ВИЧ (1)*. Таким образом, с ноября 2015 года по август 2016 года Департамент ВОЗ по ВИЧ возглавил разработку нового руководства совместно с Руководящей группой ВОЗ по разработке руководства и независимой Группой по разработке руководства (ГРП), которая состояла из внешних экспертов, отобранных с учетом соблюдения принципа географической и гендерной сбалансированности. В эту группу входили ученые, исследователи, руководители проектов, исполнители и представители общественных организаций и объединений на уровне сообщества. Департамент по борьбе с ВИЧ, Руководящая группа по разработке руководства и ГРП сформулировали вопросы, касающиеся групп населения, мероприятий, схемы сравнения и результатов (*population, intervention, comparator, outcome; PICO*), на основе которых составлялось новое руководство. Также свой вклад в разработку руководства внесла Техническая рабочая группа по СТ-ВИЧ, которая была создана Департаментом ВОЗ по ВИЧ совместно с группой, занятой в Программе по преквалификации медицинских изделий для диагностики *in vitro*, а также Внешней экспертной группой.

С января по апрель 2016 года по инициативе ВОЗ состоялось четыре виртуальных совещания ГРП и Руководящей группы ВОЗ по разработке руководства. В ходе этих совещаний Департамент ВОЗ по ВИЧ представил обзор процедуры по разработке, оценке и экспертизе степени обоснованности клинических рекомендаций (GRADE) (5–7), и обе группы рассмотрели и доработали вопросы PICO, результаты и стратификацию в отношении всех системных обзоров. С помощью электронного опроса группы оценили относительную важность всех результатов системного обзора на основании шкалы оценки GRADE (1–9) (5).

С апреля по июль 2016 года по инициативе Департамента ВОЗ по ВИЧ состоялось четыре виртуальных совещания и одно очное собрание Технической рабочей группы по СТ-ВИЧ. В ходе этих совещаний был представлен обзор предлагаемых стандартов для преквалификации ВОЗ в отношении ДЭТ для самотестирования на ВИЧ, были проанализированы данные об эффективности ДЭТ для самотестирования на ВИЧ, использованных для самотестирования, и определен подход к оценке ДЭТ для самотестирования на ВИЧ, основанный на анализе соотношения риска-выгоды. На основе этого анализа данных и другой информации, рассмотренной на этих экспертных совещаниях, ВОЗ сформулировала совокупность технических параметров, которым должны отвечать ДЭТ для самотестирования на ВИЧ. С этими параметрами можно ознакомиться на сайте Программы ВОЗ по преквалификации медицинских изделий для диагностики *in vitro* по адресу: http://www.who.int/diagnostics_laboratory/guidance/en/

ГРП и Руководящая группа ВОЗ по разработке руководства рассмотрела и внесла вклад в разработку новых или обновленных определений, необходимых для информирования о новых руководящих принципах и проведения дополнительных работ, таких как: анализ точности и эффективности, анализ экономической эффективности, анализ соотношения между риском и выгодой, анализ государственной стратегии, оценка и опросы в отношении ценностей и предпочтений, а также анализ социального вреда.

В июле 2016 года ВОЗ организовала очное собрание членов Руководящей группы ВОЗ по разработке руководства и ГРП для обсуждения окончательных результатов системных обзоров GRADE и других дополнительных работ. На это собрание также была приглашена Техническая рабочая группа по СТ-ВИЧ, которая участвовала в обсуждении аспектов реализации и планировании ликвидации пробелов в реализации и исследованиях. На основе представленных данных ГРП вынесла рекомендации ВОЗ в отношении услуг по СТ-ВИЧ и оказанию помощи при информировании партнеров о ВИЧ.

По окончании этой процедуры Внешняя экспертная группа, эксперты агентства ООН, сотрудники Департамента ВОЗ по ВИЧ, а также других департаментов и региональных групп ВОЗ рассмотрели и внесли дополнительный вклад в настоящее руководство.

Рекомендации

В выделенном ниже тексте кратко излагаются рекомендации настоящего обновленного руководства:

НОВОЕ

Рекомендации

Самотестирование на ВИЧ должно предлагаться в качестве дополнительного способа тестирования на ВИЧ (*сильная рекомендация, среднее качество доказательств*).

Услуги по содействию в добровольном информировании партнера следует предлагать в рамках комплексного пакета услуг по тестированию и оказанию помощи, предлагаемого людям, живущим с ВИЧ (*сильная рекомендация, среднее качество доказательств*).

Обновленная рекомендация в отношении СТ-ВИЧ полностью согласуется с существующими рекомендациями ВОЗ, направленными на разделение функций, использование помощи специально обученных поставщиков услуг здравоохранения, не имеющих медицинского образования, а также применение методики *теста для сортировки (1)*. Используя метод GRADE, ГРП определила, что данные имеют умеренное качество, и, основываясь на этих данных, настоятельно рекомендовала ВОЗ предлагать СТ-ВИЧ в рамках УТВ.

Рекомендация по оказанию помощи при информировании партнеров о ВИЧ соответствует и основывается на существующих рекомендациях ВОЗ, направленных на оказание помощи парам и тестирование партнеров, включая приглашение на сдачу анализа на ВИЧ членов семьи и партнеров ВИЧ-инфицированных людей (1,2). Используя метод GRADE, ГПП определила, что данные имеют умеренное качество, и, основываясь на этих данных, настоятельно рекомендовала ВОЗ предлагать услуги по оказанию помощи при информировании партнеров о ВИЧ в рамках комплексного пакета услуг по тестированию и уходу для людей с ВИЧ.

Значение рекомендаций для разработки и реализации программ

Настоящие руководящие принципы призваны помочь странам в предоставлении двух дополнительных УТВ с целью охвата тестирования людей, которые в противном случае не стали бы сдавать анализы на ВИЧ.

Ликвидация пробелов в тестировании на ВИЧ и диагностика ВИЧ у 90% инфицированных к 2020 году является важнейшим условием для успеха глобальных мер по борьбе с ВИЧ. Настоящее руководство призвано помочь странам в предоставлении двух дополнительных УТВ, которые можно использовать с целью охвата людей, особенно людей с повышенным риском заражения ВИЧ, которые в противном случае не стали бы сдавать

анализы на ВИЧ. Они также призваны предоставить странам и проектам стратегические возможности по расширению охвата в нужных районах и среди наиболее нуждающихся групп населения, а также по повышению доступности услуг, тем самым способствуя достижению глобальных целей в области ВИЧ.

Для достижения этих целей странам необходимо оценивать конкретные ситуации, принимая во внимание конкретные эпидемиологические условия и наиболее нуждающиеся группы людей в различных населенных пунктах. Также важно, чтобы принятые программные подходы соответствовали 5 принципам ВОЗ в отношении УТВ: согласие, конфиденциальность, консультирование, верные результаты и привязка к помощи (1). Кроме того, используемые в программах подходы должны быть направлены на устранение социальных и правовых барьеров с целью повышения доступности и развития УТВ, исходя из особенностей страны и целевых групп населения.

ВВЕДЕНИЕ

1

1.1	Достижения и проблемы в сфере услуг по тестированию на ВИЧ	2
1.1.1	Мужчины по-прежнему меньше охвачены тестированием, чем женщины.	2
1.1.2	Подростки также не получают обслуживание в нужном объеме	3
1.1.3	Повышение доступности для ключевых групп населения	4
1.2	1.2 Обоснование необходимости составления руководства.	5
1.3	Тематический охват	5
1.4	Применение руководства	5
1.5	Цель и задачи	6
1.6	Целевая аудитория.	6
1.7	Руководящие принципы	7

1.1 Прогресс и актуальные задачи в сфере услуг по тестированию на ВИЧ

Важнейшим фактором борьбы с ВИЧ в мировом масштабе является знание людьми своего ВИЧ-статуса и статуса их партнеров. Важнейшими задачами оказания услуг по тестированию на ВИЧ (УТВ) являются постановка диагноза и эффективное содействие клиентам в доступе к услугам по профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ и в использовании таких услуг, включая антиретровирусную терапию, добровольное медицинское обрезание мужчин, услуги по профилактике передачи вируса от матери ребенку, предоставление мужских и женских презервативов и лубрикантов, использование противозачаточных средств, услуги снижения вреда для потребителей инъекционных наркотиков, а также доконтактную и постконтактную профилактику. Эти высокоэффективные мероприятия дают возможность снизить уровень передачи ВИЧ, а также заболеваемость и смертность в связи с ВИЧ (1,8–10).

В последнее десятилетие расширение охвата УТВ было особенно значительным. В 2005 году было подсчитано, что в Африке только 10% людей с ВИЧ знают о своем ВИЧ-статусе и что во всем мире только 12% людей, которые хотели сдать анализ на ВИЧ, смогли это сделать (11). Для сравнения, в 2015 году было подсчитано, что 55% всех людей с ВИЧ в Африке и 60% людей с ВИЧ в мире знают свой статус (12) и что в 2010–2014 годах в 122 странах с низким и средним уровнем дохода УТВ были оказаны более чем 600 миллионов человек (13). Эти достижения стали возможны во многом благодаря расширению и использованию эффективных препаратов для лечения ВИЧ, а также широкой доступности недорогих диагностических экспресс-тестов (ДЭТ). Растущая доступность и использование ДЭТ позволили увеличить объем перераспределения функций медицинского персонала. Благодаря этому УТВ теперь могут предоставляться специально обученными поставщиками услуг здравоохранения, не имеющими медицинского образования, причем в различных условиях, начиная от проведения обычного анализа в соответствующих учреждениях и заканчивая работой непосредственно на местах.

Многие из тех, кто подвергается наибольшему риску заражения ВИЧ, остаются неохваченными УТВ.

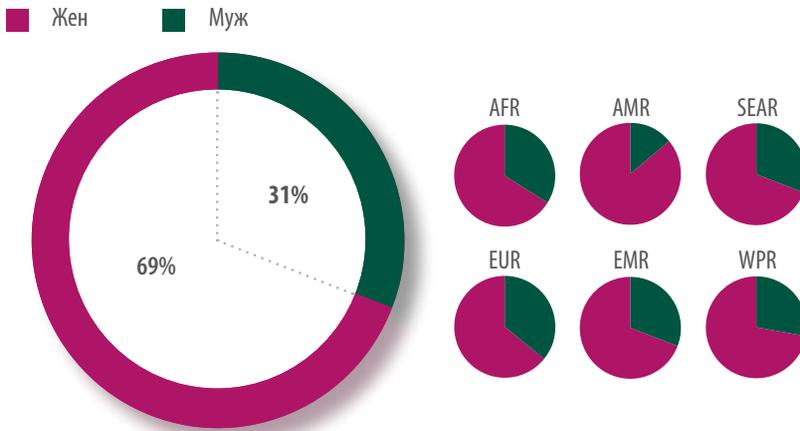
Но несмотря на все эти достижения, в тестировании на ВИЧ по-прежнему остается множество пробелов. Согласно последним оценкам, АРТ получают 77% людей, которым поставлен диагноз ВИЧ; однако 40% людей с ВИЧ по-прежнему не знают о том, что они инфицированы (12). Кроме того, несмотря на ежегодное

увеличение количества используемых тестов на ВИЧ и охвата тестированием (13), во многих местах УТВ являются недостаточно целенаправленными. Многие из тех, кто подвергается наибольшему риску заражения ВИЧ, например мужчины, партнеры людей с ВИЧ, подростки и молодежь в регионах с высоким распространением ВИЧ и из числа ключевых групп населения, остаются неохваченными УТВ.

1.1.1 Мужчины по-прежнему меньше охвачены тестированием, чем женщины

В мировом масштабе, охват мужчин услугами по тестированию на ВИЧ остается более низким, чем женщин (3). Так, в 2014 году почти 70% анализов на ВИЧ среди взрослого населения в 76 странах со средним и низким доходом были сданы женщинами (см. рисунок 1.1) (13). Согласно сводным международным данным, это связано с тем, что тестирование на ВИЧ успешно интегрировано в сферу охраны репродуктивного здоровья, включая дородовое наблюдение, но практически не является обязательным в других сферах здравоохранения. Кроме того, партнеров-мужчин редко тестируют на ВИЧ, а если это и рекомендуется, то практически не исполняется (3). По состоянию на июнь 2014 года, только половина из 58 исследованных стран с низким и средним уровнем дохода руководствовались указаниями и установленными процедурами в отношении предоставления УТВ супружеским парам (14). В менее чем половине стран УТВ оказывались более чем 20% пар в рамках дородового наблюдения, причем вероятность того, что партнеру предложат сдать анализ на ВИЧ за пределами этих медицинских учреждений, практически стремится к нулю (14). В более чем половине стран вообще отсутствуют указания, рекомендуемые предложить партнеру сдать анализ на ВИЧ в какой бы то ни было ситуации (подробнее см. Приложение 24).

Рисунок 1.1. Доля мужчин и женщин старше 15 лет, которым были предоставлены услуги по тестированию на ВИЧ, в странах с низким и средним доходом, по регионам ВОЗ, 2014 год



AFR = Африканский регион; AMR = регион стран Америки; SEAR = регион Юго-Восточной Азии; EUR = Европейский регион; EMR = регион Восточного Средиземноморья; WPR = регион западной части Тихого океана.

Источник: ВОЗ, 2015 год (13).

Барьеры, затрудняющие доступ к УТВ для мужчин, часто связаны с их убеждением в том, что медицинские услуги, в частности дородовое наблюдение, не подходят для мужчин (15). Свой вклад в эту ситуацию вносят и другие социокультурные взгляды и особенности поведения. В итоге, многие мужчины не сдают анализы, а значит, те, кто инфицирован ВИЧ, по-прежнему ничего не знают о своем заболевании и не обращаются за необходимым им лечением. Следовательно, во многих регионах уровень смертности от ВИЧ среди мужчин выше, чем у их ровесниц (16).

Для увеличения охвата мужчин УТВ нужны специальные стратегии, включая предоставление УТВ в более доступных условиях. Также необходимы способы поощрения более широкого тестирования партнеров-мужчин в регионах и группах населения с высокой распространенностью ВИЧ, а также тестирования мужчин, состоящих в отношениях с женщинами, инфицированными ВИЧ, во всех регионах и группах населения. Как отмечается в последних системных обзорах, особенно перспективными в этом направлении представляются услуги по оказанию помощи при информировании партнеров о ВИЧ, СТ-ВИЧ, ориентированные на мужчин мероприятия и работа на местах, такие как мобильное или домашнее тестирование на ВИЧ. В нескольких регионах именно они способствовали увеличению охвата мужского населения услугами по тестированию на ВИЧ (17,18).

1.1.2 Подростки также не получают обслуживание в нужном объеме

Подростки, особенно девочки, также подвергаются значительному риску заражения ВИЧ. Самый высокий риск заражения отмечается в странах Африки к югу от Сахары, где, по оценкам, проживает почти 90% ВИЧ-инфицированных подростков в мире (в возрасте 10–19 лет) (19). Кроме того, анализ ситуации в 19 странах Африки к югу от Сахары свидетельствует о том, что, независимо от пола, подростки-сироты больше рискуют заразиться ВИЧ, чем их сверстники (20).

Несмотря на насущную необходимость тестирования на ВИЧ среди подростков, охват этой группы населения остается недостаточным. По оценкам, в Африканском регионе ВОЗ менее чем каждая пятая девочка (в возрасте 15–19 лет) знает о своем ВИЧ-статусе (21,22). Недостаточная доступность и охват населения часто связаны с объективно или субъективно низким качеством услуг, а также с ограничительными законами и правилами, например с законами о возрастном цензе на тестирование, которые лишают подростков возможности пользоваться УТВ (23). Более активные усилия должны быть направлены, в частности, на повышение доступности УТВ для подростков, проживающих в регионах с высоким уровнем заболеваемости ВИЧ, в странах Африки к югу от Сахары и среди юных представителей ключевых групп населения во всех регионах.

1.1.3 Повышение доступности для ключевых групп населения

Представители ключевых групп населения также подвергаются повышенному риску заражения ВИЧ. Они составляют приблизительно 36% от 1,9 млн новых случаев заражения ВИЧ среди взрослого населения ежегодно (8,12) (см. рисунок 1.2). Несмотря на то, что все больше стран учитывают особые потребности ключевых групп населения при разработке государственных норм и правил по оказанию УТВ, реализация этих норм и правил по-прежнему отстает от теории и в большинстве регионов охват этих групп населения остается крайне низким (13).

Рисунок 1.2. Распределение новых случаев заражения ВИЧ по группам населения в мире, 2014 год



КГН - ключевые группы населения

Источник: ЮНЭЙДС, 2016 год (12).

Недостаточный охват ключевых групп населения услугами по тестированию на ВИЧ связан не только с доступностью, но и с приемлемостью услуг. Низкая приемлемость часто является отражением враждебного отношения персонала при оказании услуг, страха стигмы, дискриминации, а также карающих законов и процедур, которые криминализируют определенные виды поведения и тем самым препятствуют доступу к медицинским услугам, в том числе к УТВ (8).

Эти проблемы требуют новой направленности и новых подходов для охвата людей с невыявленным ВИЧ. Многие страны и реализуемые проекты ищут инновационные подходы к оказанию УТВ с целью достижения государственных и международных целевых показателей тестирования на ВИЧ.

1.2 Обоснование необходимости составления руководства

Настоящее руководство, составленное в 2016 году, направлено на устранение пробелов в Сводном руководстве по тестированию на ВИЧ путем предоставления рекомендаций и указаний по самотестированию на ВИЧ (СТ-ВИЧ) и оказанию помощи при информировании партнеров о ВИЧ. Особенно часто страны обращаются за рекомендациями ВОЗ в отношении СТ-ВИЧ, поскольку комплекты для СТ-ВИЧ становятся все более доступны по неофициальным каналам, таким как частные аптеки и Интернет, причем качество этой продукции зачастую вызывает множество вопросов (24–26). Аналогичным образом, в некоторых странах существуют нормы и правила в отношении информирования партнеров о ВИЧ, но на практике они все равно реализуются слабо, даже несмотря на то, что информирование партнеров является простым и эффективным методом, который способствует повышению уровня выявления лиц с ВИЧ-инфекцией. Кроме того, опасения по поводу возможного социального вреда, включая насилие в результате информирования партнеров, не были подтверждены в ходе научных исследований, проведенных до настоящего времени. Несомненно, разработчики проектов должны учитывать потенциальный ущерб, связанный с раскрытием ВИЧ-статуса, но в то же время нельзя забывать о благе диагностики ВИЧ-инфекции и направлении людей на лечение. Предоставление услуг по добровольному оказанию помощи при информировании сексуальных партнеров людей с ВИЧ и их партнеров по инъекционному потреблению наркотиков повысит количество людей, которые будут знать о том, что они заражены ВИЧ.

Страны и другие важнейшие заинтересованные стороны указали на важность этого нового руководства, позволяющего им принимать решения о том, следует ли или каким образом следует применять эти два подхода к тестированию на ВИЧ, с тем чтобы повысить их возможности по стратегической ориентации на УТВ и их расширению с учетом необходимости достижения поставленной ООН цели 90–90–90 и ускорения процесса ликвидации ВИЧ к 2030 году (4).

1.3 Тематический охват

В настоящем обновленном руководстве представлено два подхода к тестированию, которые не рассматривались в *Сводном руководстве по услугам тестирования на ВИЧ 2015 года* (1). В частности, в нем описываются и рассматриваются принципы, способствующие наиболее этичному, приемлемому и эффективному проведению процедуры СТ-ВИЧ и предоставлению услуг по оказанию помощи при информировании партнеров о ВИЧ. Подробная методика разработки настоящего руководства описана в Приложении 16. В Главе 2 подробно излагаются принципы и рекомендации по проведению СТ-ВИЧ, а в Главе 3 подробно описаны принципы и рекомендации по оказанию помощи при информировании партнеров о ВИЧ. Настоящее руководство также представлено в Сводном руководстве 2015 года в Главах 10 и 11. Оно также представлено в виде краткой аналитической справки по адресу: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/>.

1.4 Применение руководства

Настоящее руководство призвано помочь странам в реализации стратегического сочетания подходов к УТВ с учетом конкретных эпидемиологических условий. Оно согласуется с подходом к УТВ с позиции общественного здравоохранения и руководствуется принципами прав человека, изложенными в 5 принципах ВОЗ при тестировании на ВИЧ (см. Раздел 1.7)

Со справочными документами, разработанными для обоснования настоящего руководства, а также систематическими обзорами и таблицами по разработке, оценке и экспертизе степени обоснованности клинических рекомендаций, которые приводятся в приложениях, перечисленных в оглавлении, можно ознакомиться в Интернете (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/>).

1.5 Цель и задачи

Основной целью настоящих руководящих принципов является оказание более эффективной помощи и дополнение существующих подходов к УТВ с целью охвата тестированием людей, которые в противном случае не стали бы сдавать анализы на ВИЧ.

Основной целью настоящего Руководства 2016 года является дополнение существующего *Сводного руководства ВОЗ по услугам тестирования на ВИЧ* и, соответственно, оказание более эффективной помощи странам и национальным программам в попытках охватить тестированием людей, которые в противном случае не стали бы сдавать анализы на ВИЧ.

Конкретными задачами, которые необходимо решить для достижения данной цели, являются:

- поддержка и усиление существующих рекомендаций в отношении УТВ, которые содействуют странам в предоставлении пробных услуг и осуществлении демонстрационных проектов;
- содействие планомерному предоставлению услуг по оказанию помощи при добровольном информировании партнеров о ВИЧ в рамках стратегии с позиции общественного здравоохранения по оказанию УТВ;
- поддержка и усиление существующих рекомендаций для развития УТВ с участием пар и партнеров, особенно в части предложения УТВ партнерам всех людей, у которых выявляется ВИЧ;
- содействие реализации и развитию этических, эффективных, приемлемых и основанных на фактических данных методов СТ-ВИЧ и оказания помощи при информировании партнеров о ВИЧ;
- обеспечение рекомендаций по интеграции СТ-ВИЧ и помощи при информировании партнеров в существующие методики тестирования на ВИЧ на базе сообществ и учреждений, а также по их адаптации к потребностям тех или иных групп населения;
- формирование отношения к СТ-ВИЧ и оказанию помощи при информировании партнеров как к УТВ, которые будут способствовать расширению охвата тестированием и достижению цели 90–90–90, поставленной ООН.

1.6 Целевая аудитория

Настоящее руководство предназначено для руководителей программ по борьбе с ВИЧ на государственном уровне и уровне субъектов, особенно работающих в министерствах здравоохранения, которые отвечают за ответные меры государственного сектора здравоохранения в отношении ВИЧ-инфекции, в том числе за УТВ, услуги профилактики, ухода и лечения, а также для должностных лиц на государственном уровне, ответственных за борьбу с другими инфекционными заболеваниями, особенно другими формами инфекций, передаваемых половым путем, туберкулезом и вирусными гепатитами.

Кроме того, настоящее руководство будет полезно прочим поставщикам УТВ, таким как международные и национальные негосударственные, а также общественные организации на базе сообществ. Они также могут служить нормативной базой для эффективного финансирования, планирования, предоставления, мониторинга и оценки УТВ.

1.7 Руководящие принципы

Основными причинами тестирования на ВИЧ должны быть как польза для людей, сдавших анализ, так и улучшение показателей здоровья на уровне населения в целом.

При предоставлении УТВ важно применять подходы, учитывающие приоритет общественного здравоохранения и в то же время права человека. Такими приоритетными аспектами являются охват услугами здравоохранения всего населения, гендерное равенство и защита прав человека в сфере здравоохранения, таких как доступность, приемлемость и высокое качество услуг. В отношении всех УТВ, независимо

от подхода, польза для здоровья населения в целом обязательно должна быть больше, чем потенциальный вред или риск. Более того, основными причинами тестирования должны быть как польза для тех, кто сдал анализ, так и улучшение показателей здоровья на уровне населения в целом. Развитие и расширение УТВ должно быть направлено не только на повышение охвата населения тестированием или для достижения целевых показателей тестирования, но прежде всего на обеспечение доступности услуг для всех людей, нуждающихся в надлежащих, качественных УТВ, которые привязаны к услугам по профилактике, лечению и уходу. Диагностическое тестирование на ВИЧ обязательно должно быть добровольным, а согласие на него клиентов – информированным, поэтому перед сдачей анализа необходимо предоставить клиентам всю необходимую информацию.

Все виды УТВ, включая СТ-ВИЧ и услуги по информированию партнеров о ВИЧ, должны соответствовать 5 принципам ВОЗ: согласие, конфиденциальность, консультирование, верные результаты и привязка к помощи (тесная связь с услугами по профилактике, лечению и уходу) (1). Ни в коем случае не допускается принудительное или обязательное тестирование, независимо от того, исходит ли принуждение от поставщика медицинских услуг, партнера, члена семьи или любого другого человека.

Пять принципов ВОЗ в отношении услуг по тестированию на ВИЧ

Эти пять принципов в обязательном порядке применяются в отношении всех УТВ.

- **Согласие:** люди, которые пользуются УТВ, должны дать информированное согласие на тестирование и консультирование. Достаточно устного согласия, письменного согласия не требуется. Их необходимо информировать о процедуре тестирования и консультирования и о праве отказаться от данной процедуры. Не стоит исходить из предположения, что люди, которые просят о самотестировании на ВИЧ или сообщают о нем, дают или четко и недвусмысленно дали свое согласие. Крайне важно, чтобы все люди, проходящие самотестирование, знали о недопустимости обязательного или принудительного тестирования.

Информированное согласие также является обязательным условием для проектов, которые оказывают сопровождение при СТ-ВИЧ. Кроме того, крайне важно, чтобы все люди с ВИЧ знали о том, что оказание помощи при информировании партнеров о ВИЧ является добровольным, равно как и партнеров ВИЧ-положительных клиентов необходимо уведомить о том, что тестирование на ВИЧ является добровольной, а не обязательной процедурой.

- **Конфиденциальность:** УТВ должны предоставляться с соблюдением конфиденциальности. Содержание общения между поставщиком УТВ и клиентом не должно раскрываться никому без получения четкого согласия тестируемого лица. Следует соблюдать конфиденциальность, но при этом она не должна способствовать развитию атмосферы секретности, стигматизации или стыда. Консультанты должны, среди прочего, спрашивать клиентов о том, кого они хотели бы проинформировать и каким образом. Конфиденциальный обмен информацией с партнером или членами семьи (пользующимися доверием) и медицинскими работниками часто приносит большую пользу ВИЧ-положительным клиентам.

- **Консультирование:** дотестовое информирование и послетестовое консультирование можно проводить в условиях группового собеседования, если это целесообразно; однако все члены группы должны иметь возможность задать вопросы в конфиденциальной обстановке, если они этого пожелают. Любое тестирование на ВИЧ должно сопровождаться надлежащим высококачественным послетестовым консультированием на основе конкретного результата ВИЧ-теста. Для обеспечения высококачественного консультирования необходимо создавать механизмы обеспечения качества (ОК), а также системы направляющего руководства и наставничества.
В контексте СТ-ВИЧ, важно отметить, что дотестовое информирование и послетестовое консультирование можно проводить как с использованием метода прямого сопровождения (например, личной демонстрации и объяснения процедуры тестирования специально обученным поставщиком или равным консультантом), так и без непосредственного сопровождения (например, за счет предоставления инструкции производителя). Кроме того, можно прибегнуть и к другим вспомогательным средствам, таким как брошюры, ссылки на сайты, программы или видео в онлайн- или автономном режиме, горячие телефонные линии, мобильные приложения или службы СМС-сообщений.
- **Верные результаты:** при проведении тестирования следует стремиться к предоставлению высококачественных услуг по тестированию, а механизмы ОК должны гарантировать постановку достоверного диагноза. Механизм ОК может включать в себя как внутренние, так и внешние меры и должен получать поддержку со стороны национальной референтной лаборатории.
Однократный положительный результат самотестирования не является основанием для постановки диагноза ВИЧ. Необходимо сдать дополнительные анализы и получить подтверждение у обученного поставщика медицинских услуг. Кроме того, все, кому поставлен положительный ВИЧ-диагноз, до начала оказания помощи и лечения в связи с ВИЧ должны пройти повторное тестирование для подтверждения диагноза. Расшифровка отрицательного результата самотестирования будет зависеть от текущего риска заражения ВИЧ. Лица с постоянным высоким риском заражения или лица, которые принимают антиретровирусные препараты для лечения или профилактики, должны проходить повторное тестирование.
- **Привязка к помощи:** Привязка к услугам по профилактике, лечению и уходу должна включать в себя эффективное и надлежащее последующее наблюдение. Предоставление УТВ при отсутствии возможности оказания помощи или при неудовлетворительной привязке к соответствующим системам, включая АРТ, не приносит пользу ВИЧ-инфицированным людям.
В контексте СТ-ВИЧ, привязка к помощи также предполагает привязку к последующему тестированию на ВИЧ на базе сообществ или учреждений, где можно проверить результаты анализа и где клиенты смогут получить диагноз у обученных поставщиков медицинских услуг, не подвергаясь стигматизации.

САМОТЕСТИРОВАНИЕ НА ВИЧ

2

Основные пункты.	10
2.1 Общая информация и обоснование	11
2.2 Обзор фактических данных	13
2.2.1 Систематический обзор по разработке, оценке и экспертизе степени обоснованности клинических рекомендаций (GRADE) по СТ-ВИЧ.	13
2.2.2 Дополнительные соображения	20
2.2.3 Ценности и предпочтения при СТ-ВИЧ	21
2.2.4 Стоимость и экономическая эффективность	26
2.2.5 Систематический обзор и метаанализ эффективности ДЭТ для самотестирования на ВИЧ	27
2.2.6 Рекомендация	30
2.3 Комплекс подходов и мер для успешной реализации СТ-ВИЧ	31
2.3.1 Стратегическое планирование при предоставлении услуг по СТ-ВИЧ	31
2.3.2 Ключевая информация для пользователей и исполнителей программ.	37
2.3.3 Нормативная база и механизмы	38

2 САМОТЕСТИРОВАНИЕ НА ВИЧ

ОСНОВНЫЕ ПУНКТЫ

- **Самотестирование на ВИЧ (СТ-ВИЧ)** – это процедура, при которой человек сам берет у себя образец для анализа (околодесенную жидкость или кровь), затем проводит анализ на ВИЧ и расшифровывает результат. Как правило, это происходит в частной обстановке, причем анализ можно проводить как в одиночестве, так и в присутствии кого-то, кому вы доверяете. Как и другие способы тестирования на ВИЧ, СТ-ВИЧ должно быть исключительно добровольным, а не обязательным или принудительным. Хотя жалобы на злоупотребление и социальный вред поступают редко, необходимо стараться предотвращать соответствующие риски, контролировать и в дальнейшем минимизировать их.
- **При получении положительного результата**, нужно обязательно провести повторный анализ и получить подтверждение в специализированной лаборатории, проведя процедуру в соответствии с утвержденным государством алгоритмом тестирования. Необходимо четко и недвусмысленно донести до людей, проводящих само тестирование, что СТ-ВИЧ не служит для постановки окончательного положительного диагноза ВИЧ, а также разъяснить им, что нужно делать в случае получения положительного результата само тестирования.
- **Расшифровка отрицательного результата само тестирования** будет зависеть от текущего риска заражения ВИЧ. Лица, подвергающиеся постоянно высокому риску заражения, а также лица, которые сдают анализ в течение 6–12 недель после возможного контакта с вирусом, должны спустя некоторое время сдать анализ повторно. СТ-ВИЧ не рекомендуется лицам, которые знают о своем диагнозе и принимают антиретровирусные препараты, поскольку это может привести к получению неверного результата само тестирования (ложноотрицательного).
- **СТ-ВИЧ является доступным и приемлемым способом тестирования** для многих людей самых разных групп населения, поэтому оно позволяет **повысить охват и частоту тестирования на ВИЧ**, особенно среди населения с постоянно высоким риском заражения ВИЧ, у которых меньше возможностей для тестирования или которые сдают анализ реже, чем нужно.
- **Диагностические экспресс-тесты на ВИЧ (ДЭТ), используемые для само тестирования, могут показывать столь же точные результаты, как и анализы, проводимые в специализированных лабораториях**, при условии что изделия для СТ-ВИЧ отвечают всем стандартам качества и безопасности. Эффективность и точность результатов СТ-ВИЧ также повышается при личной наглядной демонстрации процедуры тестирования и использовании других вспомогательных средств, таких как видеоролики.
- **СТ-ВИЧ может осуществляться и распространяться различными способами:** в государственном и частном порядке, в том числе на базе сообществ, на базе учреждений и посредством Интернета, причем в ДЭТ для само тестирования на ВИЧ может использоваться как околодесенная жидкость, так и кровь. Таким образом, различные группы населения имеют возможность воспользоваться целым рядом вариантов при само тестировании на ВИЧ.

НОВОЕ

Рекомендация

Самотестирование на ВИЧ должно предлагаться в качестве дополнительного способа тестирования на ВИЧ (*сильная рекомендация, среднее качество доказательств*).

2.1 Общая информация и обоснование

Самотестирование на ВИЧ (СТ-ВИЧ) является инновационным способом, открывающим широкие возможности для содействия достижению первой из поставленных ООН глобальных целей 90–90–90 – чтобы к 2020 году 90% всех людей с ВИЧ знали свой статус (1). СТ-ВИЧ содействует решению этой глобальной задачи за счет охвата людей, сдающих анализ в первый раз, а также за счет создания спроса на тестирование и предоставление такой возможности большому количеству людей, особенно из числа тех, у кого еще не выявлен ВИЧ, и тех, кто подвергается постоянно высокому риску заражения и должен регулярно повторять процедуру тестирования (2).

СТ-ВИЧ – это процедура, при которой человек сам берет у себя образец для анализа (околодесенную жидкость или кровь), затем проводит анализ на ВИЧ и расшифровывает результат. Как правило, это происходит в частной обстановке, причем анализ можно проводить как в одиночестве, так и с кем-то, кому вы доверяете (2). Идея самотестирования не нова; оно используется при диагностике и лечении других заболеваний и состояний здоровья, например, при диагностике беременности, рака толстой кишки, а также для отслеживания состояния человека при диабете. Таким образом, СТ-ВИЧ представляет возможности для повышения самостоятельности пациентов, децентрализации услуг и создания спроса на тестирование на ВИЧ среди тех, кто не получил доступ к существующим услугам.

СТ-ВИЧ представляет собой удобный метод, обладающий массой достоинств для людей, которые не хотят привлекать внимание к факту тестирования и скорее предпочтут альтернативные официальным способы тестирования на ВИЧ. СТ-ВИЧ показывает высокую степень приемлемости среди различных групп населения в различных условиях (2–7), в особенности: ключевых групп населения (4,8,9), мужчин (10,11), молодежи (10,12,13), медицинских работников (7,14), основного населения (10,15,16), беременных (17) и их партнеров мужского пола (18,19), а также других супружеских пар и пар, не состоящих в браке (14,20). С начала 2000-х гг. медицинские работники в районах Африки с высоким уровнем распространенности ВИЧ (14,21–23), а также другие группы населения (24,25) проходили самотестирование на ВИЧ путем использования наборов для тестирования не установленного качества, приобретая их через неофициальные каналы, такие как частные аптеки и Интернет.

Положительный результат самотестирования необходимо проверить и подтвердить в специализированной лаборатории.

СТ-ВИЧ не является средством постановки окончательного диагноза ВИЧ. Это связано с тем, что, как и любой другой анализ на ВИЧ, однократное использование диагностического экспресс-теста (ДЭТ) не является основанием для постановки диагноза ВИЧ. Таким образом, СТ-ВИЧ скорее считается «тестом для сортировки» (2,6), после которого люди, получившие положительный результат, должны сдать анализ повторно, в специализированной лаборатории в соответствии с утвержденным государством алгоритмом тестирования (см. рисунок 2.1). Рекомендации по стратегиям и алгоритмам тестирования для постановки диагноза ВИЧ приведены в Главе 7 Сводного руководства Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) по услугам тестирования на ВИЧ (2).

Исполнители проектов, в рамках которых распространяются ДЭТ для самотестирования на ВИЧ, должны информировать людей о возможностях и ограничениях функционала теста. Кроме того, исполнители программ должны рекомендовать всем людям, получившим отрицательный результат, повторить анализ, если есть вероятность, что они контактировали с вирусом в течение предыдущих 6–12 недель или если они постоянно подвергаются высокому риску заражения ВИЧ. Всем людям, которые не знают, как правильно самостоятельно провести анализ или расшифровать его результат, должны быть предоставлены необходимые контактные данные и информация об услугах тестирования на ВИЧ (УТВ) и рекомендовано воспользоваться УТВ на базе учреждений или на базе сообщества (2).

Рисунок 2.1. Алгоритм тестирования при использовании СТ-ВИЧ



АО = Анализ 0 (“тест для сортировки”).

СТ-ВИЧ помогает повысить эффективность и результативность системы здравоохранения, направляя медицинские услуги и ресурсы на людей с положительным результатом самотестирования, которым необходимо дальнейшее тестирование, поддержка и консультация специалистов, что повышает адресность обслуживания. Лицам с положительным результатом самотестирования, которые раскрывают свой результат поставщику услуг по самотестированию, нужно порекомендовать и помочь обратиться в медицинское учреждение для сдачи дополнительного анализа на ВИЧ, и, если ВИЧ-положительный диагноз подтвердится, порекомендовать и помочь получить услуги по лечению и уходу. Лицам с отрицательным результатом самотестирования, которые раскрывают свой результат поставщику услуг по самотестированию, нужно будет в дальнейшем повторно сдавать анализы только в том случае, если возможный контакт с вирусом происходил в течение 6–12 недель до самотестирования или если они постоянно подвергаются высокому риску заражения ВИЧ (2).

СТ-ВИЧ особенно подходит для людей с постоянно высоким риском заражения ВИЧ, например для представителей ключевых групп населения и серодискордантных пар, которые получают возможность чаще сдавать анализ без частого посещения медицинских учреждений. Таким образом, СТ-ВИЧ позволяет уменьшить время и бремя тестирования на ВИЧ для медицинских служб и сократить затраты человека на частое тестирование. Тем не менее, важно, чтобы люди, проходящие самотестирование, знали об ограниченных возможностях ДЭТ для самотестирования на ВИЧ в отношении периода окна между заражением ВИЧ-инфекцией и выявлением антител к ВИЧ 1 и 2. В большинстве случаев лиц с повышенным уровнем риска заражения, которые получили отрицательный результат самотестирования и раскрыли свой результат поставщику услуг по самотестированию, необходимо направлять на дополнительный анализ, а также связывать с услугами по профилактике ВИЧ (такими как предоставление презервативов и смазок, добровольное мужское медицинское обрезание (ДММО), снижение вреда и постконтактная профилактика (ПКП)). Перед началом приема препаратов доконтактной профилактики (ДКП) необходимо сдать дополнительные анализы и подтвердить отсутствие вируса в специализированной лаборатории (26).

ВОЗ кратко описала различные способы в государственном и частном секторах, с помощью которых могут распространяться ДЭТ для самотестирования на ВИЧ. К ним относятся, в том числе, и методы распространения на базе сообществ, учреждений, через Интернет и посредством свободной продажи (2) (см. также раздел 2.3.1). Способы также различаются в зависимости от уровня и типа предоставляемой помощи. Это могут быть методы прямого сопровождения и без непосредственного сопровождения (см. вставку 2.1).

Вставка 2.1. Определения СТ-ВИЧ с прямым сопровождением и без сопровождения

СТ-ВИЧ с прямым сопровождением означает, что специально обученные поставщики услуг или равные консультанты наглядно демонстрируют процедуру проведения и расшифровки результатов самотестирования до или во время СТ-ВИЧ.

СТ-ВИЧ без сопровождения означает, что люди проводят самотестирование, используя только набор и предоставленную производителем инструкцию.

При **СТ-ВИЧ как с прямым сопровождением, так и без сопровождения**, могут использоваться вспомогательные средства, такие как горячие телефонные линии, службы СМС-сообщений, видео, консультации в социальных сетях и приложения в Интернете, которые предоставляют техническую поддержку, консультации и направление на дополнительные анализы на ВИЧ, а также услуги по профилактике, уходу и лечению ВИЧ.

Нормы и правила в отношении СТ-ВИЧ в разных странах

В разных странах нормативно-правовая база в отношении СТ-ВИЧ разработана по-разному. Согласно оценке ВОЗ в отношении норм и правил разных стран и анализу докладов различных стран, нормативно-правовая база, поддерживающая СТ-ВИЧ, существует в 23 странах (27).

ДЭТ для самотестирования на ВИЧ, одобренные к применению местными контролирующими органами, доступны во Франции, Соединенном Королевстве и Соединенных Штатах Америки (28). Некоторые другие страны приступили к реализации национальной стратегии тестирования на ВИЧ или стратегических планов, которые разрешают или поддерживают СТ-ВИЧ. Однако пока во многих из них отсутствует одобренная к применению продукция для СТ-ВИЧ, распространение которой контролируется соответствующими органами (27).

Во многих странах растут объемы неофициальных продаж продукции для СТ-ВИЧ через частные аптеки и Интернет, в особенности в Австралии (29), Китае (24), Намибии (25), Перу (9), Южной Африке (30), Филиппинах (31) и Малайзии (32). Информации об этой продукции пока мало, но вполне возможно, что значительный объем этих неофициальных и не контролируемых государством продаж включает в себя продукцию сомнительного качества, безопасности и эффективности.

2.2 Обзор фактических данных

2.2.1 Систематический обзор по разработке, оценке и экспертизе степени обоснованности клинических рекомендаций (GRADE) по СТ-ВИЧ

С 2014 года ВОЗ призывает страны проводить пробные проекты по СТ-ВИЧ для оценки возможностей этого метода. Руководство 2016 года содержит настоятельную рекомендацию ВОЗ о том, что СТ-ВИЧ должно предлагаться в качестве дополнительного метода при предоставлении УТВ. Группа по разработке руководства (ГРП) оценила проанализированные доказательства по СТ-ВИЧ как доказательства среднего качества.

Ниже приведено более подробное рассмотрение этих рекомендаций, а также кратко изложены результаты двух систематических обзоров и анализ источников о ценностях и предпочтениях лиц, прибегающих к самотестированию, и лиц, которые потенциально могут воспользоваться этим методом, а также поставщиков услуг и ключевых заинтересованных сторон.

В соответствии с методикой GRADE, в настоящем анализе первостепенная роль отводится рандомизированным контролируемым исследованиям, которые непосредственно сравнивают СТ-ВИЧ с существующими и стандартными способами тестирования на ВИЧ (такими как, например, УТВ на базе учреждений и сообществ). Прочие исследования, включая пробные эксперименты и изучения посредством наблюдения, в ходе которых были получены результаты, представляющие интерес (такие как повышение охвата населения, количества выявленных положительных результатов и привязка к лечению), но которые напрямую не сравнивали СТ-ВИЧ со стандартными УТВ, не были включены в обзор по методу GRADE, а вместо этого были обобщены. Также были обобщены исследования на тему ценностей и предпочтений, стоимости и рентабельности СТ-ВИЧ. Более подробная информация о методике и доказательствах систематического обзора содержится в Приложениях 17 и 19.

Поиски выдали 638 цитат. После удаления повторяющихся исследований эксперты проанализировали 496 уникальных записей и первоначально исключили 317 из них. После рассмотрения полных текстов оставшихся 179 записей были исключены еще 174 записи, поскольку они не соответствовали критериям включения. В конечном итоге было установлено пять рандомизированных контролируемых исследований, которые и вошли в обзор. Все пять оказались аннотациями докладов с конференций, поэтому дополнительные данные исследований были получены путем непосредственного контакта с авторами.

Все пять рандомизированных контролируемых исследований (33-37) проводились в четырех странах. Целевой группой всех исследований были мужчины. Два исследования проводились в Кении, где женщины распространяли наборы для СТ-ВИЧ среди своих партнеров мужского пола. Этот подход сравнивался с использованием специальных писем или направлений, которые приглашали бы партнеров-мужчин пройти тестирование на ВИЧ в клинике (35,36). Остальные исследования проводились среди мужчин, имеющих секс с мужчинами, в Австралии (34), САР Гонконг Китайской Народной Республики (37) и Соединенных Штатах Америки (33); все эти исследования сравнивали СТ-ВИЧ с УТВ, предлагаемыми на базе учреждений.

В ходе всех пяти рандомизированных контролируемых исследований предлагались бесплатные ДЭТ околодесневой жидкости для самотестирования на ВИЧ с инструкциями производителя, но исследования отличались по количеству распространяемых наборов и объему помощи. В Соединенных Штатах мужчинам, имеющим секс с мужчинами, был предоставлен постоянный, непрерывный доступ к наборам для СТ-ВИЧ; в Австралии участникам также обеспечили непрерывный доступ и, кроме того, каждый из них получил четыре набора для СТ-ВИЧ при регистрации в исследовании (34). В Кении женщинам предоставлялось два набора для СТ-ВИЧ при регистрации (один для себя и один для партнера-мужчины) (35,36). В Гонконге мужчинам, имеющим секс с мужчинами, при регистрации выдавался всего один комплект для СТ-ВИЧ (37). В двух рандомизированных контролируемых исследованиях комплекты для СТ-ВИЧ распространялись без непосредственного сопровождения: в дополнение к набору для тестирования участникам давали ссылку на видео (34,37), а в одном из исследований участникам предоставлялись мотивационные консультации по телефону, а также до- и послетестовые консультации в социальных сетях (37). В остальных трех рандомизированных контролируемых исследованиях участникам оказывали непосредственную помощь, в том числе наглядно демонстрировали процедуру проведения самотестирования (33,35,36); причем в двух из этих исследований наглядная демонстрация проводилась для женщин, чтобы они могли показать своим партнерам мужского пола, как надо проводить процедуру самотестирования (35,36).

Вставка 2.2. Основные результаты рандомизированных контрольных исследований, использованных в обзоре GRADE

В целом, в пяти рандомизированных контролируемых исследованиях было установлено, что, по сравнению со стандартным тестированием на базе учреждений, самотестирование на ВИЧ (СТ-ВИЧ):

- Способствует повышению уровня использования услуг тестирования на ВИЧ среди партнеров-мужчин беременных и недавно родивших женщин, а также мужчин, имеющих секс с мужчинами.
- Способствует повышению уровня использования услуг тестирования на ВИЧ для пар среди партнеров-мужчин беременных и недавно родивших женщин.
- Способствует повышению частоты тестирования на ВИЧ среди мужчин, имеющих секс с мужчинами, примерно на два раза в год.
- Не способствует ни усилению поведенческих факторов риска (таких как занятие анальным сексом без презерватива), ни увеличению случаев заражения бактериальными инфекциями, которые передаются половым путем (ИППП).
- Не способствует снижению уровня использования услуг тестирования на ИППП.
- Не способствует повышению уровня социального вреда и других неблагоприятных явлений (только в одном случае отмечался социальный вред, который напрямую не был связан с СТ-ВИЧ).

Уровень использования услуг тестирования на ВИЧ

СТ-ВИЧ способствует повышению уровня использования услуг тестирования на ВИЧ. В трех (35–37) из пяти рандомизированных контролируемых исследований сообщалось об уровне использования услуг тестирования на ВИЧ. Метаанализ этих результатов свидетельствует о том, что СТ-ВИЧ удваивает уровень использования услуг тестирования на ВИЧ по сравнению со стандартными УТВ (относительный риск (ОР) = 2,12; 95 ДИ%: 1,51; 2,98) (см. рисунок 2.2). (Более подробная информация содержится в Приложении 17).

Рисунок 2.2. Мета-анализ уровня использования услуг тестирования на ВИЧ через три и шесть месяцев



М-Х: метод Мантлелла-Хэнзеля; ДИ: доверительный интервал

Два исследования, проведенные в Кении, в ходе которых женщины раздавали комплекты по СТ-ВИЧ своим партнерам-мужчинам, также показали увеличение количества тестирований пар по сравнению с методом, при котором мужчинам раздавали пригласительные письма или направления на анализ в клинике (35,36).

Исследование в Гонконге, проводившееся среди мужчин, имеющих секс с мужчинами (37), показало, что уровень использования услуг тестирования на ВИЧ в группе использующих СТ-ВИЧ был выше, чем в группе

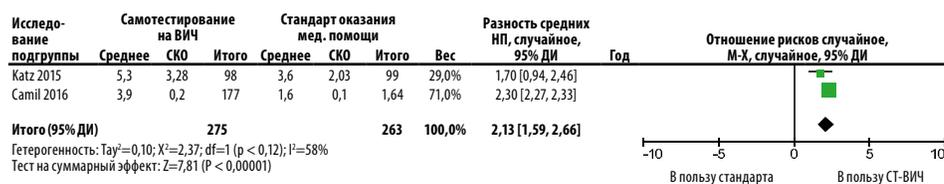
лиц, проходящих тестирование на ВИЧ на базе учреждений, причем как в подгруппе недавно сдававших анализ на ВИЧ (> 1 -2 тестов за 3 года) ($OR = 1,75$; 95% ДИ: 1.46, 2.08), так и в подгруппе лиц, которые не сдавали анализ в последнее время (0 тестов за 3 года) ($OR = 2.22$; 95% ДИ: 1.61; 3.08). В этом исследовании анализ уровня использования услуг тестирования на ВИЧ также показал, что мужчины, имеющие секс с мужчинами, которые при регистрации в исследовании заявили, что у них был незащищенный анальный половой акт, также чаще проходили тестирование, если они попадали в группу СТ-ВИЧ по сравнению с группой, использующей стандартные УТВ ($OR = 1,75$; 95% ДИ: 1.26, 1.81) (37). Эти результаты свидетельствуют о том, что мужчины, имеющие секс с мужчинами, из группы повышенного риска скорее воспользуются услугой по СТ-ВИЧ, чем стандартными УТВ на базе учреждений.

Эти выводы подтверждаются результатами других систематических обзоров (4,6,38), испытаний и исследований путем наблюдения, которые проводились в Кении (39,40), Лесото (41), Малави (10,42) и Зимбабве (16). Они показывают те же тенденции повышения уровня использования услуг тестирования на ВИЧ вследствие предложения услуг по СТ-ВИЧ. Например, двухлетнее кластерное рандомизированное исследование в Малави показало повышение уровня использования услуг по СТ-ВИЧ с прямым сопровождением на базе сообщества примерно на 76,5% среди населения в целом (общее повышение: 84%, 14 004/16 660) при коррекции с учетом общего оборота населения (10). За два года 44% людей, принявших участие в исследовании, сдавали анализ на ВИЧ впервые. Уровень использования услуг по тестированию был неизменно высоким и на первом, и на втором году исследования среди подростков (16-19 лет) (95%, 2374/2502 и 2405/2502), молодых людей (16-29 лет) (90%, 8333/9315 и 8503/9315), женщин (85%, 6835/7802 и 6445/7802) и мужчин (68%, 5902/8643 и 5924/8643) (10). Аналогичным образом, исследования среди ключевых групп населения, прежде всего мужчин, имеющих секс с мужчинами, и женщин из числа секс-работников, также показывают высокий уровень использования услуг тестирования на ВИЧ, когда им предлагается СТ-ВИЧ (4,5).

Частота тестирования на ВИЧ

СТ-ВИЧ повышает частоту тестирования на ВИЧ среди мужчин, имеющих секс с мужчинами. В двух из пяти рандомизированных контролируемых исследований сообщается о частоте тестирования на ВИЧ среди мужчин, имеющих секс с мужчинами (33,34). В обоих исследованиях мужчины в группе, использующих СТ-ВИЧ, в среднем за 12-15 месяцев сдавали анализ на два раза больше, чем в группе лиц, пользующихся УТВ на базе учреждений (разность средних = 2,13; 95% ДИ: 1,59; 2,66) (33,34) (см. рисунок 2.3).

Рисунок 2.3. Мета-анализ среднего количества тестов среди мужчин, имеющих секс с мужчинами, за 12–15 месяцев



В Австралии СТ-ВИЧ позволило значительно повысить частоту тестирования на ВИЧ среди тех, кто не сдавал анализ на ВИЧ в последнее время (0 тестов в > 2 лет или никогда ранее не сдавали анализ) по сравнению со стандартными методами тестирования (33,34). Соотношение показателей в этой подгруппе показывает, что за 12 месяцев мужчины в группе, использующей способ СТ-ВИЧ, сдают анализы в 5,54 раза чаще, чем мужчины из группы, использующей стандартный способ тестирования на ВИЧ (соотношение показателей = 5,54; 95% ДИ: 3,15; 9,74).

Исследование в США показало, что СТ-ВИЧ также способствует повышению ежеквартального уровня использования услуг тестирования на ВИЧ среди мужчин, имеющих секс с мужчинами (76%; 74/98), по сравнению со стандартными УТВ (54%; 53/99) (33).

Несомненно, исследования, результаты которых рассмотрены выше, немногочисленны, но заявленное ими повышение частоты тестирования на ВИЧ может иметь важное значение для общественного здравоохранения, особенно при охвате людей с невыявленной ВИЧ-инфекцией и лиц с постоянно высоким риском заражения, которые не имеют доступа к существующим услугам. Подобное или большее устойчивое увеличение частоты тестирования на ВИЧ, которому способствует СТ-ВИЧ, среди групп повышенного риска поможет выявить большее число случаев заражения и приведет к снижению уровня заболеваемости ВИЧ, если создать условия для эффективной привязки к услугам по профилактике и лечению инфекции (43,44).

Поведенческие факторы риска заражения ВИЧ вследствие использования СТ-ВИЧ

В исследованиях не отмечается усиление поведенческих факторов риска заражения вследствие использования СТ-ВИЧ. В одном из пяти рандомизированных контролируемых исследований сообщалось о поведенческих факторах риска в связи с СТ-ВИЧ (33). По данным этого исследования, за 9 месяцев последующего наблюдения у МСМ из группы, использующей способ СТ-ВИЧ, не отмечалось увеличение количества анальных половых актов по сравнению с мужчинами из группы, использующей стандартные УТВ (ОР = 0,94; 95% ДИ: 0,55; 1,61). По данным того же исследования, в группе мужчин, использующих СТ-ВИЧ, отмечалось меньшее количество случаев заражения бактериальными инфекциями, передающимися половым путем (ИППП), чем в группе, использующей стандартные УТВ (ОР = 0,41; 95% ДИ: 0,15; 1,13).

Кроме того, по данным австралийского исследования, использование способа СТ-ВИЧ никак не отразилось на частоте, с которой мужчины, имеющие секс с мужчинами, сдавали анализы на ИППП (34).

По данным других наблюдательных исследований, которые не вошли в анализируемые рандомизированные контролируемые испытания, для некоторых людей СТ-ВИЧ может представлять интерес с точки зрения тестирования потенциальных сексуальных партнеров (11,18,45,46). Исследования показывают, что в этом случае положительный результат самотестирования заставляет отказаться от незащищенного полового акта (18,45). Эти данные также свидетельствуют о том, что СТ-ВИЧ можно использовать для серосортинга (выбора сексуального партнера на основе заявляемого им ВИЧ-статуса) и получения информации при принятии решения о своих действиях, в том числе касательно профилактики ВИЧ-инфекции, например, об использовании презерватива (18,45). Однако во многих из этих исследований пользователи тестов не знали, что из-за технических особенностей современные тест-системы СТ-ВИЧ имеют «период окна» длительностью три месяца, а потому не способны выявлять вирус на ранней стадии.

Поэтому принятие решение об отказе от презервативов может быть уместно в длительных отношениях, если оба партнера не подвергаются постоянно высокому риску заражения, но эксперты не рекомендуют отказываться от презервативов, если вы выбираете по ВИЧ-статусу партнеров из числа групп населения с высоким риском заражения ВИЧ (например, секс-работников и МСМ) на основании результата самотестирования (47). Необходимо доносить до пользователей, особенно из числа ключевых групп населения с постоянно высоким риском заражения, информацию о возможных рисках использования систем СТ-ВИЧ, чтобы они могли принимать информированные решения и использовать соответствующие меры профилактики.

Социальный вред

В обзоре отмечался всего один случай причинения вреда, который не был непосредственно связан с СТ-ВИЧ (35). В этом рандомизированном контролируемом исследовании описывался один случай насилия со стороны интимного партнера (НИП), причем как в группе, использующей СТ-ВИЧ, так и в группе стандартного тестирования на ВИЧ (1/297 в группе СТ-ВИЧ; 1/303 в контрольной группе) (35). В группе,

использующей способ СТ-ВИЧ, вред не был непосредственно связан с СТ-ВИЧ: женщина-участница сообщила, что это произошло, потому что она решила принять участие в исследовании, не посоветовавшись с мужем (35). Участница сообщила, что ушла из дома на три недели, а потом вернулась. Через два месяца, во время последующего визита, она сообщила исследователям, что помирилась с мужем. В группе, использующей стандартный способ тестирования на ВИЧ, одна женщина-участница также сообщила о НИП (35).

Это позволяет сделать вывод о том, что СТ-ВИЧ не способствует повышению риска НИП. Эти риски в большей степени зависят от условий, ситуации и взаимоотношений супружеских пар и партнеров. Эти результаты согласуются с данными, полученными в результате систематических обзоров, которые оценивают вред в контексте различных видов УТВ (48), УТВ для пар (49) и самотестирования на ВИЧ и другие заболевания (50), а также других исследований путем наблюдения. Во время двухлетнего кластерного рандомизированного исследования, проведенного в городах Малави, не наблюдалось ни одного случая НИП, самовредительства или самоубийства в связи с СТ-ВИЧ или другим способом тестирования на ВИЧ в сообществе (10). По результатам исследования в Соединенных Штатах сообщалось, что из 124 случаев, когда мужчины предлагали СТ-ВИЧ своим сексуальным партнерам, 7 приводили к словесной конфронтации и ни один из них не привел к физическому насилию (45). Другие исследования также показывают, что первоначальные сообщения о «принуждении» к тестированию скорее оказывались «уговорами» или «призывами» (10,20,51). Например, в Малави в основном именно мужчины, которые проходили самотестирование со своими партнерами-женщинами, сообщали о принуждении к тестированию; причем 94,4% из них (252/267) также заявили, что будут рекомендовать СТ-ВИЧ своим друзьям и членам семьи, а 92,2% (130/141) заявили, что они очень довольны СТ-ВИЧ (10).

Несмотря на то, что большинство пользователей считают, что СТ-ВИЧ способствует расширению возможностей (20,51), исследование в Малави, проведенное среди супружеских пар, которые получили наборы СТ-ВИЧ, показало, что в 2 из 17 пар люди испытывали давление со стороны партнера, а также сложности при получении серодискордантных результатов (20). Аналогичным образом, в Кении 4 из 265 ВИЧ-отрицательных беременных и недавно родивших женщин и секс-работниц, которые раздавали наборы СТ-ВИЧ своим партнерам и клиентам-мужчинам, сообщили о случаях НИП; два из них произошли с недавно родившими женщинами, а два – с секс-работницами (18). Неясно, были ли эти случаи напрямую связаны с СТ-ВИЧ, поскольку 41% участниц исследования заявили, что они уже сталкивались с НИП в течение 12 месяцев до начала исследования. Две женщины в послеродовом периоде, которые сообщили о словесных оскорблениях во время ссоры с мужьями, рассказали, что это было связано с получением положительного результата теста (18). Обе женщины ушли из дома, но позже вернулись и помирились с мужьями. Одна женщина сообщила, что ее муж (у которого был обнаружен ВИЧ) в результате встал на учет в клинике и что теперь они используют презервативы во время секса (18). Вызывает озабоченность два случая с секс-работницами, которые раздавали тест-системы СТ-ВИЧ своим клиентам и испытали физическое насилие; одна из них рассказала о насильственном половом акте без презерватива (18). Это дает основания полагать, что не все способы тестирования подходят для всех ситуаций и что в работе с уязвимыми группами населения по-прежнему необходимо проявлять осторожность.

В целом, результаты исследований можно считать обнадеживающими, но при реализации проектов важно осознавать важность и сложность процедур мониторинга, отчетности и оценки социального вреда в связи с СТ-ВИЧ. Как и в отношении всех остальных УТВ, в этих проектах рекомендуется использовать контекстно-зависимые подходы к внедрению СТ-ВИЧ с учетом принципов этики, безопасности и приемлемости. Кроме того, важное значение имеют стратегии снижения рисков в отношении социального вреда и создание активных систем мониторинга и отчетности.

СТ-ВИЧ-положительность

Основной целью УТВ является максимально возможная эффективность охвата людей с невыявленной ВИЧ-инфекцией. О ВИЧ-положительности сообщалось в одном из пяти рандомизированных контролируемых исследований (33), где указывалось, что мужчины, имеющие секс с мужчинами, из группы

Таблица 2.1. Обзор данных о ВИЧ-положительности на основе исследований СТ-ВИЧ

Исследование/ местоположение	Подход к СТ-ВИЧ	Группа населения	Заявленная ВИЧ-положительность ^a	Оценка распространенности ВИЧ ^b
Thirumurthy et al., 2016 (18); Кения	Распространение среди партнеров	Мужчины (старше 18 лет)	3% (4/144)	4,8%
Choko et al., 2015 (10); Малави	На базе сообщества	Население в целом	11,8% (1257/10614), 95% ДИ: 11,2–12,5%	9,1%
Choko et al., 2015 (10); Малави	На базе сообщества	Мужчины (40–49 лет)	22,5%, 95% ДИ: 19,4–25,8%	7,1%
Choko et al., 2015 (10); Малави	На базе сообщества	Подростки (16–19 лет)	2,5%, 95% ДИ: 1,9–3,2%	1,8–3,2%
Napierala Mavedzenge et al., 2016 (52); Зимбабве	На базе сообщества	Население в целом	8% (47/590)	14,7%
Sibande et al., 2016 (16); Зимбабве	На базе сообщества	Население в целом	14,3% (1153/8095)	14,7%
Zhong et al., 2016 (53); Китай	Другой/модель соц. предпринимательства	МСМ	4,5% (8/178)	0,037% ^c
Tao et al., 2014 (54); Китай	На базе сообщества	МСМ	15% (33/220)	0,037% ^c
Green et al., 2016 (55); Вьетнам	На базе сообщества	МСМ, ТГ, ПИН	7% (24/344)	0,5%
Thirumurthy et al., 2016 (18); Кения	Распространение среди партнеров	Партнеры/клиенты ЖСР	14% (41/298)	4,8%
Cowan et al., 2016 (56); Зимбабве	На базе учреждений	ЖСР	30% (98/325)	14,7%
Medline et al., 2015 (57); США	По Интернету	МСМ	3,5% (2/57)	0,6% ^d
Katz et al., 2015 (58); США	На базе сообщества	МСМ	6,1% (12/197)	0,6% ^d
Mayer et al., 2014 (59); США	Другой с прямым сопровождением	МСМ	1,2% (2/161)	0,6% ^d

^a Оценка ВИЧ-положительности на основании количества сообщений о положительном результате самотестирования и подтвержденном диагнозе ВИЧ.

^b Распространенность ВИЧ в стране по оценке ЮНЭЙДС, 2016 г., <http://aidsinfo.unaids.org/>, по состоянию на 10 августа 2016 г.

^c Распространенность ВИЧ в Китае в 2015 г. по оценке ЮНЭЙДС, 2016 г., http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/CHN_narrative_report_2015.pdf, по состоянию на 23 августа 2016 г.

^d Оценка ВИЧ-положительности в США в 2012 г., <http://www.avert.org/professionals/hiv-around-world/western-central-europe-north-america/usa>, по состоянию на 23 августа 2016 г.

МСМ = мужчины, имеющие секс с мужчинами.

ТГ = трансгендерные лица.

ПИН = потребители инъекционных наркотиков.

ЖСР = женщины из числа секс-работниц.

СТ-ВИЧ в два раза чаще получают положительный результат, чем в группе, использующей стандартный способ тестирования (ОР = 1,97; 95% ДИ: 0,37; 10,52).

В других рандомизированных контролируемых исследованиях, включенных в анализ GRADE, ничего не сообщалось о ВИЧ-положительности, то есть о доле людей с положительным, в дальнейшем подтвержденным результатом самотестирования на ВИЧ. Но в ряде других исследований, посвященных СТ-ВИЧ, которые напрямую не сравнивают этот способ со стандартными УТВ, отмечается ВИЧ-положительность в размере от 3 до 14% среди населения к югу от Сахары в целом и от 1 до 30% среди ключевых групп населения (см. таблицу 2.1).

2.2.2 Дополнительные соображения

Привязка к дальнейшему тестированию на ВИЧ, а также профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ

В одном из пяти рандомизированных контролируемых исследований сообщалось о привязке к дальнейшему тестированию после СТ-ВИЧ (36). В этом исследовании 72% (n = 396) партнеров-мужчин беременных женщин, которые получили набор для СТ-ВИЧ, сообщили о том, что они обратились в соответствующие учреждения с целью получения дальнейших УТВ (36). Этот показатель нельзя сравнивать с подходами, использующими стандартные УТВ на базе учреждений, поскольку только СТ-ВИЧ требует привязки к дальнейшему тестированию.

Ни в каких других исследованиях, включенных в обзор GRADE, не сообщалось о привязке к дальнейшим УТВ или услугам по профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ. Поэтому были проанализированы результаты дополнительных испытаний и наблюдательных исследований, в которых сообщалось о показателях, касающихся привязки к медицинской помощи. Здесь приведен обзор этих результатов.

Среди населения в целом в странах Африки к югу от Сахары привязка к медицинской помощи составляла 50–56%. Среди населения Малави в целом СТ-ВИЧ на базе сообщества совместно с оценением и началом лечения на дому в три раза увеличили привязку к медицинской помощи по сравнению со стандартными УТВ и медицинским обслуживанием на базе учреждений (181/8194, 2,2% против 63/8466, 0,7%, ОР = 2,94; 95% ДИ: 2,10; 4,12; p < 0,001) (60). Кроме того, в Малави было проведено двухлетнее кластерное рандомизированное исследование с использованием того же подхода к СТ-ВИЧ с сопровождением на базе сообщества, но с применением направлений в клинику для обеспечения привязки. Согласно этому исследованию, 56,3% (524/930) людей, которые получили положительный результат при СТ-ВИЧ, были привязаны к медицинской помощи (10). Когортное исследование в Кении показало схожую привязку к уходу: 50% (2/4) женщин в дородовом или послеродовом периоде сообщили, что их партнеры мужского пола обратились за медицинской помощью в течение трех месяцев после самотестирования и получения положительного результата (18).

Среди ключевых групп населения привязка к медицинской помощи составляла приблизительно 20–100%. Два наблюдательных исследования в Соединенных Штатах показали 100%-ную привязку к медицинской помощи среди четырех мужчин, имеющих секс с мужчинами, по два в каждом исследовании. Они прошли самотестирование и получили подтверждение ВИЧ-положительного диагноза (59,61). В САР Гонконг 20% (2/10) мужчин, имеющих секс с мужчинами, которые были не уверены в результатах самотестирования или получили положительный результат, сдали дальнейшие анализы на ВИЧ или обратились за консультацией к врачу, тогда как большинство (8/10) использовали еще один комплект СТ-ВИЧ для повторного тестирования (62). Во Вьетнаме экспериментальное исследование СТ-ВИЧ на базе сообщества среди мужчин, имеющих секс с мужчинами, транссексуалов и потребителей инъекционных наркотиков показало, что 100% людей, проходивших самотестирование на ВИЧ, сдали подтверждающие анализы и обратились за медицинской помощью (55). В Кении 88% (23/26) секс-работниц сообщили, что их партнеры или клиенты

мужского пола, которые прошли самотестирование на ВИЧ, начали лечение в связи с ВИЧ (18). В Зимбабве 99% (97/98) женщин из числа секс-работников с положительным результатом самотестирования, которые получили подтверждение диагноза, получили дальнейшую медицинскую помощь (56).

Хотя эти выводы основаны на небольшом количестве случаев, они дают основание полагать, что, как и во всех подходах к УТВ, показатели привязки неудовлетворительны, если не используются научно обоснованные меры по привязке к медицинской помощи. Тем не менее, результаты также свидетельствуют о том, что СТ-ВИЧ в сочетании с оценкой или началом лечения на дому могут иметь особую эффективность, так же как и другие стратегии с сопровождением на базе сообщества, СТ-ВИЧ для пар и партнеров, а также подходы к СТ-ВИЧ на базе учреждений.

Для реализации этих услуг по привязке к медицинской помощи требуется обученный персонал, способный предоставлять последующие услуги. Необходима дальнейшая оценка стратегий и подходов, которые помогают обеспечивать привязку к медицинской помощи, а также профилактике после СТ-ВИЧ, особенно для ключевых групп населения, которые менее охотно прибегают к медицинской помощи, особенно в условиях ограничительных законов и правил.

(Дополнительная информация о привязке к медицинской помощи содержится в разделе 2.3.1, посвященном планированию предоставления услуг).

2.2.3 Ценности и предпочтения при СТ-ВИЧ

В процессе подбора исследований для анализа GRADE было найдено 125 исследований, в которых сообщалось о тех или иных аспектах ценностей, предпочтений и осуществимости в отношении СТ-ВИЧ для фактических или потенциальных лиц, проходящих самотестирование, работников здравоохранения, представителей директивных органов или других заинтересованных лиц. Места проведения исследований: на территории Северной и Южной Америки – Бразилия (63–66), Канада (67–69), Мексика (70), Перу (9,71), Пуэрто-Рико (72), США (12,45,58,61,73–104); в Африке – Эфиопия (22), Кения (14,18,23,39,40,105–112), Лесото (41), Малави (10,19,20,42,51,113,114), Нигерия (115), Южная Африка (116–121), Замбия (15,122,123), Зимбабве (16,52,56,124,125); в Азии и Тихоокеанском регионе – Австралия (8,29,126–130), Китай (24,53,54,62,131–140), Индия (17,141), Сингапур (142), Вьетнам (55); в Европе – Франция (143–145), Италия (146), Голландия (147–149), Испания (150–153), Соединенное Королевство (11,154); а также другие многострановые исследования (21,46,155–158). В одном из рандомизированных контролируемых исследований, которое проводилось в Австралии, также сообщалось о ценностях и предпочтениях в отношении СТ-ВИЧ среди мужчин, имеющих секс с мужчинами (34). Ценности и предпочтения в отношении СТ-ВИЧ также анализировались в нескольких систематических обзорах (4–7), включая сводные (159).

Кроме того, для настоящих рекомендаций было проведено качественное исследование ценностей и предпочтений среди рыбацкого сообщества, секс-работников, населения в целом и работников здравоохранения в Уганде, а также и молодежи из ключевых групп населения в Индонезии, Пакистане, на Филиппинах и в Таиланде (160,161).

Здесь представлены результаты этих исследований по ключевым группам населения, населению в целом, парам и партнерам, молодежи (в возрасте от 15 до 24 лет), а также работникам здравоохранения и другим основным заинтересованным лицам.

Ключевые группы населения

Приемлемость и готовность использовать СТ-ВИЧ, как правило, высоки среди ключевых групп населения (4,18,56,112,131,132), несмотря на отдельные сигналы о недостаточной поддержке, возможном социальном вреде, низкой точности результатов тестирования, а также высоких затратах, которые препятствуют

доступу к СТ-ВИЧ (4,72,80). В целом, ключевые группы населения чаще всего считают основными преимуществами СТ-ВИЧ удобство и возможность сохранения конфиденциальности, а также отмечают простоту и безболезненность этого способа тестирования (4,80) наряду с отсутствием необходимости специально посещать учреждение здравоохранения (112).

Согласно некоторым исследованиям среди мужчин, имеющих секс с мужчинами, и секс-работниц, эти группы населения предпочитают ДЭТ околодесенной жидкости при СТ-ВИЧ ввиду его безболезненности. Тогда как представители других групп населения заявили, что предпочитают использовать ДЭТ по образцу крови при СТ-ВИЧ, поскольку считают их более точными (11,55). Например, исследование во Вьетнаме показало, что потребители инъекционных наркотиков предпочитают использовать ДЭТ по образцу крови при СТ-ВИЧ, тогда как большинство мужчин, имеющих секс с мужчинами, и секс-работницы, заявили, что предпочитают ДЭТ по околодесенной жидкости (55).

Несмотря на широкий диапазон возможных способов и каналов распространения наборов для СТ-ВИЧ, некоторые исследования показывают, что мужчины, имеющие секс с мужчинами, транссексуалы и секс-работницы, предпочитают, чтобы наборы для СТ-ВИЧ можно было купить без рецепта в аптеках, магазинах или через Интернет (4). Исследования в Австралии, Китае, Бразилии, Перу, Соединенном Королевстве и Соединенных Штатах показали, что для большинства мужчин, имеющих секс с мужчинами,

Пример из практики. “A hora é agora” («Сейчас самое время»): Интернет-стратегия по самотестированию на ВИЧ в Бразилии

“A hora é agora” («Сейчас самое время») – это комплексная программа по повышению уровня тестирования на ВИЧ и укреплению привязки к медицинской помощи среди мужчин, имеющих секс с мужчинами. Проект проводился в городе Куритиба в Бразилии. В программе используется безопасная веб-платформа (www.ahoraeagora.org/), а также приложения для iOS и Android, предлагающие мужчинам, имеющим секс с мужчинами, бесплатный комплект самотестирования на ВИЧ (СТ-ВИЧ) по околодесенной жидкости (до двух комплектов в полгода), а также презервативы, лубриканты и помощь при привязке к медицинской помощи.

Мужчинам предоставляется доступ к видеоурокам и мультимедийным инструкциям о том, как правильно использовать комплект СТ-ВИЧ и расшифровывать результаты; они могут получить дополнительную поддержку по круглосуточной телефонной горячей линии. Если самотестирование дает положительный или неоднозначный результат, пользователей направляют в городской Центр консультирования и тестирования на ВИЧ (COA) для проведения повторного анализа. Там, при подтверждении положительного результата самотестирования, людям помогают получить необходимое лечение и уход. Эта программа активно развивается на базе виртуальных и мобильных ресурсов (социальных сетей, сайтов знакомств), а также индивидуальных равных консультаций в рамках мероприятий общественной/сексуальной направленности.

По состоянию на 31 января 2016 года в рамках этой программы было распространено более 4000 наборов СТ-ВИЧ, большинство из которых были отправлены по почте. 17% (432/2527) мужчин, имеющих секс с мужчинами, которые запросили комплект СТ-ВИЧ, сообщили о результатах тестирования через веб-платформу. Из них 4% (19/432) сообщили о положительном результате самотестирования. В целом, у 81% (30/37) мужчин, имеющих секс с мужчинами, которые сообщили о том, что они провели самотестирование, и сдали повторный анализ в COA, был подтвержден диагноз ВИЧ.

Источник: Приложение 21.

и женщин-трансгендеров наиболее удобным способом получения наборов СТ-ВИЧ является их заказ через Интернет и онлайн-сайты знакомств для геев, которые отправляют наборы прямо на дом или в другое указанное место (4,9,57,66,100,154). Кроме того, вполне удобными и приемлемыми вариантами распространения комплектов для этих групп населения являются торговые автоматы и раздача наборов для СТ-ВИЧ на различных мероприятиях (98,99,101). Исследование в Кении показало, что секс-работницы предпочитают получать наборы для СТ-ВИЧ в аптеках или частных клиниках, а не государственных (112). Кроме того, они готовы распространять наборы для СТ-ВИЧ среди своих коллег, друзей, основных партнеров и клиентов (18).

Население в целом

В рассматриваемых исследованиях СТ-ВИЧ является в высшей степени приемлемым методом с точки зрения взрослого населения в целом, которое демонстрирует полную готовность содействовать развитию и использованию СТ-ВИЧ.

Во многих африканских странах наблюдается неизменно высокий интерес к СТ-ВИЧ. В Зимбабве межгрупповое исследование среди 289 представителей взрослого населения показало, что 80% из них готовы пройти самотестирование и почти 90% готовы пройти самотестирование при условии его низкой стоимости (124). Аналогичным образом, в Замбии 76% (1216/1600) заявили, что они определенно прошли бы СТ-ВИЧ, если бы оно было доступно (122). В Кении обобщение результатов нескольких исследований показало, что конфиденциальность и расширение личных прав и возможностей являются ключевыми стимулами для самотестирования на ВИЧ и что пользователи хотели бы иметь доступ к комплектам СТ-ВИЧ в клиниках или аптеках (111). Подробные опросы с целью изучения предпочтений населения в Южной Африке также показали высокую приемлемость СТ-ВИЧ, поскольку эта процедура воспринимается как способ преодоления барьеров, характерных для существующих УТВ, таких как отсутствие доверия к работникам и системе здравоохранения в целом (117).

В Европе и в регионе Северной и Южной Америки исследования выявили аналогичные уровни высокой приемлемости этого метода среди населения в целом (76,150,153,154). В Соединенных Штатах в 2006 году, еще до появления СТ-ВИЧ, 56,2% (95% ДИ: 54,7; 57,7) представителей взрослого населения, которые участвовали в телефонном опросе, сказали, что СТ-ВИЧ является для них приемлемым методом (76), а две трети представителей групп повышенного риска выразили желание пройти СТ-ВИЧ (76). В Испании 80% (2699/3373) лиц, посещающих мобильные пункты оказания УТВ, высказались за то, чтобы сделать СТ-ВИЧ доступным (153). Кроме того, в Испании 84% (174/207) пользователей ДЭТ по крови из пальца (СТ-ВИЧ без непосредственного сопровождения) заявили, что они готовы проходить самотестирование на ВИЧ и в будущем (150). В Соединенном Королевстве среди 555 пользователей ДЭТ по крови из пальца 98% заявили, что они собираются воспользоваться таким тестом снова, а также отметили простоту его использования (154).

Возможными препятствиями для использования СТ-ВИЧ среди населения в целом являются опасения по поводу риска насилия, самовредительства или самоубийства; неправильного использования наборов для СТ-ВИЧ; точности; неоказания поддержки; высокой стоимости. Например, в Кении 61% (n = 1133) людей заявили, что комплекты для СТ-ВИЧ могут быть использованы неправильно. Кроме того, озвучивались опасения по поводу возможных самоубийств или разглашений результатов самотестирования (110). В Замбии озвучивались те же опасения, хотя и в меньших масштабах: хотя 35% (n = 1617) респондентов заявили, что у них есть опасения по поводу СТ-ВИЧ, 98% из них сказали, что эти проблемы являются незначительными и могут быть устранены (122). Опасения по поводу точности СТ-ВИЧ, как правило, касались того, как правильно провести анализ, а также того, какой тест является более точным – ДЭТ по крови из пальца или ДЭТ околодесенной жидкости (122). В одном качественном исследовании, проведенном в Южной Африке, определенная доля респондентов мужского пола заявили, что при СТ-ВИЧ они предпочли бы воспользоваться ДЭТ по крови из пальца, поскольку считают его более точным (117).

В некоторых исследованиях отмечались опасения по поводу причинения социального вреда, но тут важно отметить, что практически все эти исследования проводились среди лиц, которые никогда не проходили самотестирование на ВИЧ. И наоборот, в исследованиях, в которых проводилось СТ-ВИЧ, редко отмечались сообщения о социальном вреде (см. раздел 2.2.1). Кроме того, в рассмотренных исследованиях, несмотря на различные опасения, озвученные пользователями, уровень заинтересованности и желания, чтобы СТ-ВИЧ стало доступным, был неизменно высоким.

Супружеские пары и партнеры

В рассмотренных исследованиях пары и партнеры из общего населения и ключевых групп населения в Кении (14,18,40,105), Малави (20,51) и Соединенных Штатов (45,58,92,94,95,102,162) сообщили о высоком уровне приемлемости и интерес к использованию СТ-ВИЧ.

В Соединенных Штатах мужчины, имеющие секс с мужчинами, особенно те, у кого бывают случайные партнеры и кто не пользуются презервативами, заявили, что они заинтересованы в использовании СТ-ВИЧ в качестве одного из способов снижения вреда путем отбора потенциальных партнеров для секса (45,92,95,102,162). В двух связанных исследованиях мужчины, имеющие секс с мужчинами, из группы повышенного риска предположили, что СТ-ВИЧ может повысить честность при раскрытии ВИЧ-статуса (102), и сообщили, что после того, как их партнер получил положительный результат самотестирования, они оказали эмоциональную поддержку и помогли своему партнеру получить медицинскую помощь (92). Поставщики услуг также сообщают, что СТ-ВИЧ для пар может служить одним из способов охраны здоровья мужчин, имеющих секс с мужчинами (102,162).

Для сожительствующих гетеросексуальных пар СТ-ВИЧ может служить как для определения ВИЧ-статуса, так и для укрепления отношений. В Малави СТ-ВИЧ рассматривалось в качестве стимулирующего, инновационного способа тестирования совместно с партнером, укрепления связей с родственниками и решения проблем, связанных с подозрением на неверность (20,51). В малавийском исследовании для женщин, по их собственному признанию, стимулом для самотестирования с супругом служили долгосрочные цели сохранения здоровья и «единения», в то время как мужчины заявляли, что их нужно убедить в необходимости самотестирования (хотя и осознавали его несомненную пользу), и рассматривали СТ-ВИЧ как более гибкий и менее устрашающий способ, чем УТВ на базе учреждения (20). СТ-ВИЧ также предоставило парам возможность раскрыть информацию о ранее скрываемом ВИЧ-положительном статусе, что помогло облегчить внутренние конфликты (20). Исследования в Малави и Кении также продемонстрировали, что распространение наборов для СТ-ВИЧ среди партнеров считается как безопасным, так и приемлемым способом (19,105).

В кенийском исследовании серодискордантные пары, которые знали о статусе своего партнера и использовали ДКП, высоко оценили приемлемость СТ-ВИЧ (40). В межгрупповом исследовании с участием 120 пар 92,5% пар отметили простоту использования СТ-ВИЧ, и почти 40% прошли самотестирования со своим партнером (40).

Как и в случае всех остальных УТВ, важно учитывать потенциальные риски, а также преимущества для супружеских пар и партнеров. Проведенные на сегодняшний день исследования и приведенные выше данные указывают на то, что СТ-ВИЧ имеет множество преимуществ при минимальном риске причинения вреда, но стоит учитывать и тот факт, что всегда остается вероятность принуждения или НИП в зависимости от ситуации, условий и динамики отношений. Парам сложно справиться с получением серодискордантных результатов, вне зависимости от того, как проводится тестирование на ВИЧ. Некоторые партнеры, которые вместе проходят самотестирование и получают отрицательные результаты теста на ВИЧ, могут отказаться от использования презервативов, что может привести к заражению ВИЧ или другими ИППП, если у них есть другие сексуальные партнеры. В то же время, другие пары, которые вместе проходят самотестирование и получают положительный или серодискордантный результат, могут начать использовать презервативы и поддержать друг друга в процессе дальнейшего тестирования на ВИЧ и получения услуг по профилактике и лечению ВИЧ, что имеет множество преимуществ, включая

профилактику заражения ВИЧ. Подобно другим УТВ для супружеских пар и партнеров, СТ-ВИЧ может не подходить отдельным лицам или парам, которые сообщают о НИП в текущих отношениях (49). Таким образом, для снижения потенциальных рисков и получения максимальной пользы супружеским парам и партнерам необходимо предоставлять четкую и ясную информацию о самотестировании. (Дополнительную информацию см. в разделе 2.2.1 выше и в Главе 4, а также в разделе 5.4 Главы 5 *Сводного руководства по услугам тестирования на ВИЧ*).

Молодежь (в возрасте от 15 до 24 лет)

Несмотря на немногочисленность исследований, посвященных желанию молодежи (15-24 лет) использовать комплекты для СТ-ВИЧ, их данные свидетельствуют о высоком интересе к СТ-ВИЧ в Канаде (68), Франции (143), Южной Африке (116) и США (12,80,103,104).

В Канаде опрос студентов показал, что 81% считают, что СТ-ВИЧ без непосредственного сопровождения с использованием ДЭТ по околосекретной жидкости, является приемлемым способом, несмотря на некоторые опасения относительно его точности и привязки к медицинской помощи (68). Аналогичные результаты были выявлены среди южноафриканских студентов (116), которые также заявили, что СТ-ВИЧ расширяет их возможности, помогает «нормализовать» ситуацию с ВИЧ и что льготные или бесплатные наборы для тестирования могут помочь людям получить доступ к СТ-ВИЧ.

По данным трех исследований, проведенных в Соединенных Штатах, молодежь из групп повышенного риска заражения ВИЧ демонстрирует высокую готовность использовать комплекты для СТ-ВИЧ (12,103,104). Одно из этих исследований показало, что ключевыми стимулами для самотестирования на ВИЧ являются простота доступа, отсутствие необходимости в посещении клиники, быстрое получение результата, а также тот факт, что наборы для СТ-ВИЧ могут использоваться при немоногамных отношениях (104). В то же время в исследовании отмечалось, что молодые люди не знали о периоде окна (104). Другое исследование среди молодых афроамериканцев также показало, что СТ-ВИЧ является более предпочтительным, чем УТВ на базе учреждения, поскольку оно обеспечивает конфиденциальность и повышает удобство пользователя, одновременно смягчая проблему стигмы и повышая готовность пользоваться УТВ (12,103). В то же время молодые люди выразили озабоченность по поводу доступа к подтверждающему тестированию и возможности справиться с положительным результатом самотестирования, а также выразили сомнения, что люди с низким социально-экономическим статусом смогут понять предоставленные инструкции (12,103). Аналогичные предпочтения были отмечены и среди молодежи во Франции, особенно в случае если наборы для СТ-ВИЧ выдаются бесплатно или предоставляются с возможностью получения помощи и сопровождения (143).

Работники здравоохранения и другие ключевые заинтересованные стороны

В условиях широкой распространенности ВИЧ СТ-ВИЧ показывает высокую степень приемлемости среди работников здравоохранения для целей тестирования самих себя, особенно среди тех, кто ранее не сдавал анализ. Уровень неофициального СТ-ВИЧ среди работников здравоохранения является высоким в Эфиопии, Кении, Малави, Мозамбике и Зимбабве (7), где медицинские работники рассматривают СТ-ВИЧ как способ снижения стигмы и дискриминации в отношении тестирования на ВИЧ и как способ сдачи анализа, которым могут воспользоваться члены их семей (7). В Эфиопии 70% (n = 307) медицинских работников сообщили, что они неофициально прошли самотестирование на ВИЧ (22). Из тех, кто прошел самотестирование, 82% заявили, что сделали это из-за большей степени конфиденциальности, а 14% сказали, что они проходят самотестирование, потому что им не хватает времени на получение стандартных УТВ (22). В Кении данные исследования экономической целесообразности показали, что после распространения наборов для СТ-ВИЧ и проведения ознакомительной беседы 89% (680/765) респондентов заявили, что они будут рекомендовать СТ-ВИЧ другим медицинским работникам (14).

Медицинские работники и ключевые заинтересованные стороны, которые обеспечивают или оказывают содействие в предоставлении УТВ, отмечают высокую приемлемость СТ-ВИЧ при его надлежащей реализации, использовании точных и простых ДЭТ, а также при наличии привязки к медицинской помощи

(69,157,158). В двух исследованиях, проведенных в Канаде, основные заинтересованные стороны и медицинские работники заявили, что возможность проведения СТ-ВИЧ должна повсеместно предоставляться государством (67,69). Одно из исследований в Канаде показало, что треть поставщиков услуг хотели бы получить дальнейшее образование в области СТ-ВИЧ и предпочли бы в большей степени опираться на сообщество при распространении комплектов для СТ-ВИЧ (67). В Зимбабве фокус-группы показали, что работники здравоохранения считают СТ-ВИЧ эффективным способом охвата людей с недиагностированным ВИЧ, особенно мужчин и людей, живущих в районах с ограниченным доступом к УТВ, но в то же время их беспокоит то, как внедрение СТ-ВИЧ может повлиять на их работу и на сохранение рабочих мест других работников здравоохранения (125).

(Полный систематический обзор GRADE, включая ценности и предпочтения в отношении того, следует ли предлагать СТ-ВИЧ в качестве дополнительного подхода к УТВ, см. в Приложении 17).

2.2.4 Стоимость и экономическая эффективность

Проблема потенциальных затрат на внедрение СТ-ВИЧ или закупку ДЭТ для самотестирования беспокоят как разработчиков национальной политики, так и конечных потребителей. Данные о стоимости и экономической эффективности рассматривались в трех исследованиях (163–165) и одном отчете (28), которые включены в экспертный обзор.

Оценка рыночного ландшафта, проведенная ЮНИТЭЙД/ВОЗ, показывает, что в странах с высоким уровнем доходов ДЭТ для самотестирования на ВИЧ напрямую доступны потребителям примерно за 7,50–43 долл. США, а в странах с низким и средним уровнем дохода (в рамках исследований) – за 3–16 долл. США (28,31). Из-за затрат на дополнительную упаковку и внесение изменений в набор для тестирования, а также ряда неопределенностей на рынке, цены на ДЭТ для тестирования на ВИЧ в настоящее время выше, чем цены на наборы для профессионального использования (0,50–11 долл. США за набор) (28).

При оценке стоимости СТ-ВИЧ важно учитывать не только расходы на один набор для тестирования, но и финансовые последствия различных подходов к СТ-ВИЧ в различных условиях и среди разных групп населения.

В Соединенных Штатах распространение наборов для СТ-ВИЧ без сопровождения через приложение для знакомств для геев показало, что общие расходы проекта на распространение 455 наборов составили довольно большую сумму (17 600 долл. США), что было обусловлено стоимостью набора для тестирования (26 долл. США). Расходы на зарплату персоналу и рекламу составили всего 25% от общих расходов проекта. Использование менее дорогих наборов для тестирования сделало бы этот способ СТ-ВИЧ без сопровождения значительно более рентабельным (163).

Как показало исследование затрат на проведение проекта по СТ-ВИЧ с прямым сопровождением на базе сообщества в Малави, в рамках которого специально обученный поставщик медицинских услуг по мере необходимости оказывал помощь пользователям наборов для самотестирования, средняя стоимость медицинских услуг специально обученного поставщика для каждого участника проекта, прошедшего самотестирование на базе сообщества, составила 8,78 долл. США, что сопоставимо с расходами в пересчете на одно тестирование с использованием УТВ на базе учреждения (7,53–10,57 долл. США) (165). Когда СТ-ВИЧ оценивалось на основании затрат на один выявленный ВИЧ-положительный случай, СТ-ВИЧ на базе сообщества показало более высокую среднюю стоимость медицинских услуг, равную 97,50 долл. США, чем УТВ на базе учреждения, равную 25,18–76,14 долл. США (165). Эти результаты отражают более низкую распространенность ВИЧ среди тех, кто воспользовался услугами по СТ-ВИЧ на базе общины, а также тот факт, что подход, основанный на СТ-ВИЧ, отличается более высокими затратами на персонал и системы мониторинга по сравнению с УТВ на базе учреждений. Эти затраты, вероятно, можно было бы снизить за счет более целенаправленных стратегий и методов, которые сокращали бы объем прямого сопровождения, например, за счет групповых презентаций по применению наборов для СТ-ВИЧ или использования возможностей социальных сетей и видеороликов для инструктажа и сопровождения.

Снижения затрат также можно достигнуть за счет использования менее дорогих, но эффективных систем мониторинга и оценки и сокращения стоимости одного набора для СТ-ВИЧ.

Согласно математической модели, основанной на данных из Зимбабве, СТ-ВИЧ может показывать высокую экономическую эффективность при стоимости одного набора для тестирования, равной 3 долл. США за единицу, и умеренном (на 20%) увеличении объема тестирования на ВИЧ в связи с СТ-ВИЧ (164). В этом контексте модель СТ-ВИЧ на базе сообщества за 20 лет позволит сэкономить 75 млн. долл. США на расходах на медицинское обслуживание и предотвратить потерю 7000 лет здоровой жизни по причине наступления инвалидности (164). Эта математическая модель была дополнена с учетом имеющихся данных для оценки экономической эффективности различных подходов к СТ-ВИЧ в Зимбабве (на базе сообщества, распространение среди партнеров и на базе аптек). Было установлено, что, учитывая высокий уровень охвата тестированием и тот факт, что примерно 85% людей с ВИЧ знают свой статус, большинство всех других дополнительных подходов к оказанию УТВ будут менее экономически выгодными, чем СТ-ВИЧ. Однако СТ-ВИЧ показал свою рентабельность (с учетом порога экономической эффективности в размере 500 долл. США), только когда он использовался при вторичном распространении посредством аптек и секс-работниц для охвата партнеров мужского пола на уровне сообщества (166).

Вероятно, СТ-ВИЧ покажет более высокую экономическую эффективность в условиях более низкого охвата тестированием, если возрастет привязка к медицинской помощи после самостоятельного тестирования, если ВИЧ-отрицательные люди будут привязаны к услугам по профилактике ВИЧ, такими как ДКП и ДММО, и если люди, подвергающиеся постоянно высокому риску заражения ВИЧ, станут чаще проходить тестирование. С учетом того, что все больше стран продвигаются в направлении реализации политики «лечения для всех», внедрение СТ-ВИЧ, скорее всего, станет более рентабельным, поскольку все пациенты с ВИЧ-положительным диагнозом будут иметь право на антиретровирусную терапию (АРТ), что принесет дополнительную пользу для здоровья. Кроме того, предпринимается множество усилий для разработки новых продуктов и снижения цен на наборы для СТ-ВИЧ, которые в настоящее время стоят больше, чем ДЭТ для профессионального использования.

2.2.5 Систематический обзор и метаанализ эффективности ДЭТ для самостоятельного тестирования на ВИЧ

В этом разделе представлены результаты систематического обзора эффективности ДЭТ, используемых для самостоятельного тестирования на ВИЧ. (Более подробную информацию см. в Приложении 19).

Для выявления доказательств эффективности ДЭТ для самостоятельного тестирования на ВИЧ эксперты провели поиск по трем электронным базам данных и шести базам данных с материалами конференций, охватывающим период до 1 апреля 2016 года. Дополнительная серая литература была изучена посредством Google Scholar. В обзор включались только те исследования, которые проводились среди людей, использовавших ДЭТ для самостоятельного тестирования на ВИЧ и сообщивших о совпадении результатов или чувствительности и специфичности этих ДЭТ по сравнению с тестированием, проведенным обученным медицинским работником.

На предварительном этапе отбора из 2332 работ в обзор было включено 25 исследований, в том числе два рандомизированных контролируемых исследования (167,168); остальные исследования были наблюдательными. Эти 25 исследований были разнообразными с точки зрения дизайна, но во всех сообщалось о соответствии результатов ДЭТ для самостоятельного тестирования на ВИЧ и результатов, полученных обученным медицинским работником. Исследования проводились в основном в городских условиях ($n=20$), четыре – в условиях сельской местности (17,167,169,170) и одно – среди обеих групп населения (168). В 15 исследованиях использовались только оральные ДЭТ на ВИЧ по околодесенной жидкости (10,17,42,68,96,108,131,167,168,170–175), в 6 использовались только ДЭТ по крови (142,150,169,176–178), а в 4 использовались образцы как околодесенной жидкости, так и крови (84,85,179,180). В 11 исследованиях пользователям предоставлялось прямое сопровождение (10,17,42,68,85,131,167,170,175,176,178), 13 исследований проводились без непосредственного сопровождения в процессе самостоятельного тестирования (68,84,96,108,142,168,169,172–174,177,179,180), а в ходе одного исследования использовались оба подхода (150).

Вставка 2.3. Обзор результатов исследований в отношении эффективности ДЭТ для самотестирования на ВИЧ

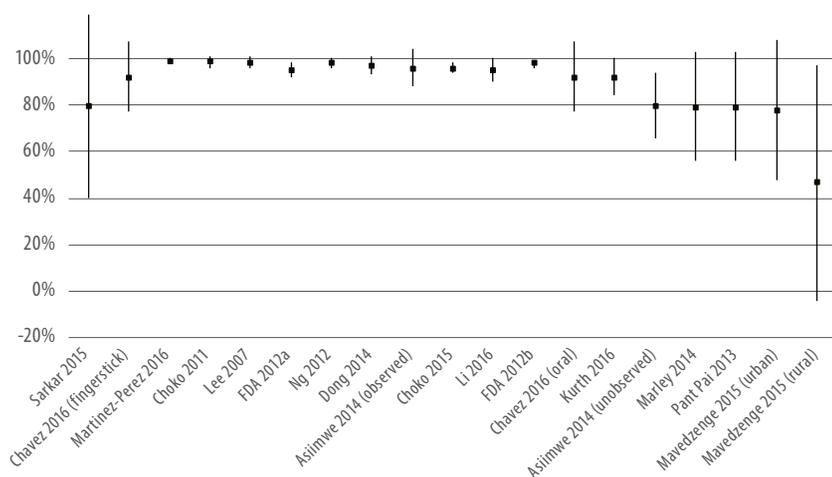
В целом, проанализированные исследования позволяют сделать следующие выводы:

- Пользователь диагностического экспресс-теста (ДЭТ) на ВИЧ может применять этот тест и расшифровывать его результат столь же успешно, как и специально обученный медицинский работник.
- ДЭТ на ВИЧ при самотестировании могут демонстрировать приемлемые показатели чувствительности и специфичности, особенно при использовании надлежащих и качественных устройств, а также обеспечении презентаций и других вспомогательных средств, таких как инструкции по использованию и видео.

Эффективность ДЭТ для самотестирования на ВИЧ

Пользователь диагностического экспресс-теста ДЭТ на ВИЧ может применять этот тест и расшифровывать его результат столь же успешно, как и специально обученный медицинский работник. Данные 16 исследований СТ-ВИЧ как с прямым сопровождением, так и без непосредственного сопровождения, а также данные исследования, в ходе которого использовались оба подхода, показали практически полную согласованность (при расчете коэффициента каппа Коэна) между пользователями наборов для самотестирования и специально обученными медицинскими работниками (см. рисунок 2.4). Не было выявлено различий в согласованности между пользователями наборов для самотестирования и специально обученными медицинскими работниками по виду подхода, наблюдению, виду образца и ВИЧ-положительности (с прямым сопровождением: 0,98; 95% ДИ: 0,96–0,99 по сравн. с подходом без непосредств. помощи: 0,98; 95% ДИ: 0,96–0,99; 12 33%, 95% ДИ: 19,5–98,1).

Рисунок 2.4. Согласованность результатов тестов, проведенных пользователями самостоятельно, по сравнению с тестами, проведенными специально обученными медицинскими работниками (измеренная коэффициентом каппа Коэна) (n=16)



Источник: Figueroa et al, 2016 (181).

ДЭТ на ВИЧ в руках пользователей, самостоятельно проводящих анализ, могут демонстрировать высокую степень чувствительности и специфичности. Несмотря на широкий диапазон заявленных показателей

чувствительности, только в 2 исследованиях из 20 сообщалось о том, что эти показатели ниже 80%; причем в одном из этих исследований не предоставлялось информации о том, как интерпретировать слабые полоски, говорящие о положительном результате (175), а в другом было высказано предположение, что длинные инструкции только запутали участников из группы сельских жителей с низким уровнем грамотности (52). За исключением двух этих исследований с чувствительностью менее 80%, показатели чувствительности и специфичности у ДЭТ по крови (84,142,169,177) были выше, чем у ДЭТ по околодесневой жидкости (10,17,42,108,131,167,168,170,171,173–175) (чувствительность 96,2–100% по сравнению с 80–100%; специфичность 99,5–100% по сравнению с 95,1–100%). Однако в целом различий в чувствительности или специфичности между подходами с прямым сопровождением и теми, которые не предполагали непосредственное сопровождение, не отмечалось (181) (см. таблицу 2.2).

Таблица 2.2. Чувствительность и специфичность ДЭТ для самотестирования по типу подхода (n=16)

Исследования	Показатели чувствительности (95% ДИ)	ИП/(ИП+ЛО)	Показатели специфичности (95% ДИ)	ИО/(ИО+ЛП)	ВИЧ-положительность	Группа населения
ТИП ПОДХОДА						
С прямым сопровождением						
Pant Pai 2013	66,7% (29,9, 92,5)	6/6+3	100% (98,5, 100)	242/242+0	3,6% (9/251)	Работники здравоохранения (100%)
Sarkar 2015	100% (15,8, 100)	2/2+0	100% (98,1, 100)	197/197+0	0,9% (2/202)	Беременные (100%)
Choko 2011	97,9% (88,9, 99,9)	47/47+1	100% (98,3, 100)	210/210+0	16,9% (48/283)	НЦ (100%)
Choko 2015 ^a	93,6% (88,2, 97,0)	132/132+9	99,9% (99,6, 100)	1507/1507+1	8,6% (141/1649)	НЦ (100%)
Marley 2014 ^b	100% (54,1, 100)	6/6+0	98,6% (95,9, 99,7)	209/209+3	5,8% (13/222)	НЦ (100%)
Asiimwe 2014 (группа под наблюдением)	100% (75,3, 100)	13/13+0	99,1% (95,0, 100)	109/109+4	10,6% (13/122)	НЦ (100%)
Asiimwe 2014 (группа без наблюдения)	90,0% (68,3, 98,8)	18/18+2	95,1% (89,0, 98,4)	98/98+5	17,2% (20/116)	НЦ (100%)
Martínez-Perez 2016	98,8% (96,9, 99,7)	323/323+4	100% (99,8, 100)	1860/1860+0	14,9% (327/2187)	НЦ (100%)
Без непосредственного сопровождения						
Gras 2014	96,2% (80,4, 99,9)	25/25+1	Н/Д	Н/Д	100% (26/26)	ЛЖВ (100%)
Lee 2007	98,8% (93,5, 100)	83/83+1	99,6% (97,9, 100)	260/260+1	24,3% (84/345)	НЦ (90%) и КГН (10%)
Dong 2014	97,7% (88,0, 99,9)	43/43+1	99,5% (97,1, 100)	186/186+1	19,0% (44/231)	НЦ (100%)
Chavez 2016 (группа тестирования по КП/ЦК)	100% (54,1, 100)	6/6+0	100% (99,2, 100)	486/486+0	1,7% (9/515)	КГН (100%)
Chavez 2016 (группа тестирования по околодес. жидкости)	88,9% (51,8, 99,7)	8/8+1	100% (99,3, 100)	501/501+0	1,7% (9/515)	КГН (100%)
Li 2016	94,4% (84,6, 98,8)	51/51+3	99,3% (96,1, 100)	139/139+1	28,9% (55/190)	КГН (100%)
Kurth 2016	89,7% (72,6, 97,8)	26/26+3	99,4% (96,8, 100)	173/173+1	14,3% (29/203)	НЦ (100%)
FDA фаза III 2012	91,7% (84,2, 96,3)	88/88+8	100% (99,9, 100)	4902/4902+1	1,9% (96/4903)	НЦ (86,9%) и КГН (13,1%)
Mavedzenge 2015 (группа сельского населения)	66,7% (9,4, 99,2)	2/2+1	94,7% (85,4, 98,9)	54/54+3	8% (5/62)	НЦ (100%)
Mavedzenge 2015 (группа городского населения) ^c	80,0% (28,4, 99,5)	4/4+1	97,8% (88,5, 99,9)	45/45+1	9% (16/172)	НЦ (100%)
Ng 2012	97,4% (94,0, 99,1)	186/186+5	99,9% (99,3, 100)	791/791+1	19,3% (192/994)	НЦ (63,7%), ЛЖВ (20%), КГН (16,3%)
FDA фаза IIb 2012	97,9% (96,2, 99,0)	470/470+10	99,8% (98,8, 100)	472/472+1	51,9% (526/1013)	НЦ (42,4%), ЛЖВ (51,3%), КГН (6,3%)

Н/Д нет данных; ИП истинно положительный; ЛП ложно положительный; ЛО ложно отрицательный; ИО истинно отрицательный; ИО истинно отрицательный; КП/ЦК кровь из пальца/цельная кровь; НЦ население в целом; КГН ключевая группа населения; ЛЖВ люди, живущие с ВИЧ

^a Четыре участника принимали АРВ-терапию; они получили отрицательный результат при самотестировании и положительный при подтверждающем.

^b В этом исследовании оценивалась точность в подвыборке участников (229/800).

^c Один участник принимал АРВ-препараты; он получил отрицательный результат при самотестировании и положительный при подтверждающем.

Гетерогенность: чувствительность 12 55,1%; специфичность 12 78,7%. Коэффициент корреляции Спирмена -0,259, p=0,285.

По крови из пальца/цельной крови По околодесневой жидкости

Несмотря на высокие в целом показатели чувствительности и специфичности, были выявлены типичные ошибки при проведении самотестирования и расшифровке результатов, такие как неправильный забор образца (укол пальца или сбор мазка с десен) (42, 131, 168, 178) и неправильное использование или пролитие буферного раствора (42, 168, 170, 171, 174). Некоторые из этих ошибок, такие как неправильный сбор образца, привели к получению неверных результатов самотестирования, а из-за других снижалась чувствительность теста. Исследования, использующие ДЭТ на основе крови из пальца/цельной крови (84, 85, 150, 169, 178, 180), показали более высокую долю недействительных результатов по сравнению с исследованиями, в которых использовались ДЭТ на основе околodesенной жидкости (0,4–9,5% по сравнению с 0,2–4,5%) (17, 42, 84, 85, 131, 167, 168, 170, 171, 173, 174, 179, 180).

Ученые, проводившие исследование среди сельского населения с низким уровнем грамотности в Зимбабве, которое показало низкую чувствительность теста (66,7% 95% ДИ 9,4; 99,2), предположили, что ошибки пользователей при проведении самотестирования и расшифровке результатов, вероятно, были связаны с трудностями в чтении и понимании инструкции по использованию (168). Кроме того, в нескольких исследованиях, в которых участвовали люди с известным ВИЧ-положительным статусом, сообщалось, что у этих пользователей чаще возникали ошибки при проведении самотестирования или интерпретации результата самотестирования (171, 177).

Использование ДЭТ для самотестирования на ВИЧ лицами, принимающими антиретровирусные (АРВ) препараты

В 3 из 25 исследований, включенных в обзор, сообщалось, принимали ли участники АРВ-препараты для лечения или профилактики, включая исследования среди участников с известным ВИЧ-положительным статусом. В этих исследованиях использовались ДЭТ по околodesенной жидкости; в двух из них участники, принимающие АРВ-препараты, получили отрицательный результат при самотестировании, но в дальнейшем, при проведении подтверждающего анализа в соответствии с утвержденным алгоритмом, получили положительный результат (10, 168). В то же время, в третьем исследовании как результаты СТ-ВИЧ, так и результаты подтверждающего анализа были отрицательными, поскольку поскольку в качестве подтверждающего использовался тот же ДЭТ по околodesенной жидкости (179). Несмотря на сравнительно скудные данные о влиянии АРВ-препаратов на эффективность ДЭТ на ВИЧ, некоторые исследования показывают, что они зачастую дают ложно отрицательные результаты при серологических исследованиях (на антитела), поскольку антитела к ВИЧ подавляются и не обнаруживаются в биологическом материале (2, 182). Это создает ситуацию неопределенности при проведении всех серологических исследований, в особенности при использовании ДЭТ по околodesенной жидкости. (Более подробная информация содержится в Главе 7 Сводного руководства по услугам тестирования на ВИЧ). Именно поэтому нельзя исключать вероятность того, что в исследованиях, показавших низкий уровень чувствительности ДЭТ по околodesенной жидкости, участвовали лица, принимавшие АРВ-препараты.

Несмотря на высокую точность СТ-ВИЧ – до 100% чувствительности и 100% специфичности, особенно при использовании качественных тест-систем и четком следовании инструкциям по применению (181), – как и в случае всех остальных анализов на ВИЧ, однократный положительный результат ДЭТ на ВИЧ не является основанием для однозначной постановки диагноза ВИЧ. Все положительные результаты самотестирования должны быть подтверждены специально обученным медицинским работником в соответствии с установленной госстандартом процедурой проведения анализа (2). В настоящее время не рекомендуется, чтобы люди в частном порядке проводили подтверждающее тестирование посредством СТ-ВИЧ.

(Более подробная информация об этом систематическом обзоре эффективности ДЭТ для самотестирования на ВИЧ содержится в Приложении 19).

2.2.6 Рекомендация

После рассмотрения доказательств, представленных в двух систематических обзорах, анализа исследований, посвященных ценностям и предпочтениям, осуществимости и использованию ресурсов, а

также обзора государственных стратегий и процедур в разных странах, Группа по разработке руководства (ГРП) пришла к единому мнению и приняла решение о выработке рекомендации в отношении СТ-ВИЧ.

Используя метод GRADE для оценки качества представленных доказательств, ГРП установила, что эти доказательства имеют умеренное качество. Принимая во внимание все доказательства и потенциальные выгоды и риски для общественного здравоохранения, ГРП посчитала, что преимущества СТ-ВИЧ существенно перевешивают возможные риски. Таким образом, ГРП пришла к единогласному мнению и сообщила, что ВОЗ настоятельно рекомендует способствовать доступности СТ-ВИЧ в качестве дополнительного подхода к оказанию УТВ.

НОВОЕ

Рекомендация

Самотестирование на ВИЧ должно предлагаться в качестве дополнительного способа тестирования на ВИЧ (*сильная рекомендация, среднее качество доказательств*).

2.3 Комплекс подходов и мер для успешной реализации СТ-ВИЧ

Чтобы максимально использовать преимущества СТ-ВИЧ, важно не только высокое качество тест-систем, но и эффективность отдельных компонентов программы по реализации этого метода, таких как подходы к оказанию услуг, способы упрощения привязки к медицинскому обслуживанию, а также наличие систем мониторинга и отчетности.

Программы, имеющие все эти компоненты, будут еще более успешными при разработке в сотрудничестве с Министерством здравоохранения и другими соответствующими правительственными и неправительственными организациями, такими как организации на базе сообществ, организации людей, живущих с ВИЧ, основными группами населения и сообществами, затронутыми ВИЧ, а также исследователями.

2.3.1 Стратегическое планирование при предоставлении услуг по СТ-ВИЧ

При планировании программы по реализации СТ-ВИЧ важно, прежде всего, проанализировать и оценить существующие программы по предоставлению УТВ, а также определить, где и как лучше реализовывать СТ-ВИЧ, чтобы оно дополняло другие УТВ и устраняло пробелы в охвате населения существующими УТВ. Именно в этом случае СТ-ВИЧ может способствовать повышению эффективности системы здравоохранения. Также важно отслеживать и оценивать воздействие и результаты реализации СТ-ВИЧ, а также проводить дальнейшие исследования, с тем чтобы определить наиболее эффективные и приемлемые подходы в различных условиях и к разным группам населения (см. вставку 2.4).

Подход СТ-ВИЧ особенно эффективен при охвате людей с высоким риском заражения ВИЧ, которые не могут получить доступ или испытывают трудности с доступом к существующим услугам. В условиях низкой распространенности ВИЧ это могут быть партнеры людей с ВИЧ и ключевые группы населения. В условиях высокой распространенности ВИЧ это могут быть мужчины, серодискордантные пары и партнеры, подростки и молодежь, ключевые и другие уязвимые группы населения – в зависимости от конкретной страны.

В зависимости от условий, особенности местности и численности населения, которое должна охватить программа, может быть использован целый комплекс различных подходов к оказанию услуги по СТ-ВИЧ. Эти подходы могут в большей степени опираться на учреждения или сообщества, реализовываться посредством вторичного распространения (например, раздаваться сексуальными партнерами), интегрироваться с другими смежными программами и мерами здравоохранения, а также распространяться через аптеки, торговые автоматы, Интернет или другие общественные и частные каналы (см. рисунок 2.5).

Рисунок 2.5. Различные подходы к предоставлению услуги по СТ-ВИЧ



Вставка 2.4. Краткое изложение подходов к предоставлению услуги по самотестированию на ВИЧ

Распространение на базе сообщества. В Малави реализация подхода по самотестированию на ВИЧ (СТ-ВИЧ) на базе сообщества среди населения в целом привела к тому, что уровень самотестирования повысился на 77%. При этом 44% людей, прошедших самотестирование, сдавали анализ на ВИЧ впервые. Самый высокий уровень охвата СТ-ВИЧ наблюдался среди подростков и молодежи. Среди всех, кто прошел самотестирование, у 11,8% подтвердился диагноз ВИЧ; 56,3% из них начали получать необходимую медицинскую помощь (10).

Тестирование пар и партнеров. В Кении раздача женщинам в дородовой или послеродовой период, а также секс-работницам в мобильных консультационных центрах наборов для СТ-ВИЧ с целью их последующего распространения среди сексуальных партнеров и знакомых мужского пола привело к повышению охвата сексуальных партнеров мужского пола тестированием на 98%, а партнеров мужского пола в парах на 51–83% (18).

Распространение на базе учреждений. СТ-ВИЧ может улучшить охват и эффективность тестирования на ВИЧ в поликлиниках, особенно в условиях генерализованной эпидемии, когда тестирование на ВИЧ рекомендуется проводить всем людям, посещающим поликлинику. Лицам, посещающим поликлинику, может быть предоставлена возможность самостоятельно сдать анализ на ВИЧ в ожидании других услуг или получить комплект для СТ-ВИЧ, чтобы провести самотестирование дома или отдать комплект партнеру. В настоящее время этот подход проходит апробацию в Малави, Замбии и Зимбабве (183).

Вставка 2.4. Краткое изложение подходов к предоставлению услуги по самотестированию на ВИЧ (продолжение)

Интеграция услуг и аутрич-работа. В Зимбабве была проведена оценка оказания услуги по СТ-ВИЧ мужчинам на базе сообщества и учреждения в рамках аутрич-стратегии, направленной на повышение уровня добровольного медицинского обрезания у мужчин (183). Следует также учитывать интеграцию с другими моделями в рамках существующих программ общественного здравоохранения, таких, например, которые направлены на борьбу с туберкулезом, инфекциями, передающимися половым путем, вирусными гепатитами, а также на предоставление контрацептивов.

Интернет-аутрич для ключевых групп населения. В нескольких исследованиях сообщается, что мужчины, имеющие секс с мужчинами, получают комплекты для СТ-ВИЧ через Интернет и приложения для социальных сетей. В Китае благодаря программе, предлагающей бесплатное самотестирование онлайн и высылающей комплекты по почте, были охвачены тестированием мужчины из групп повышенного риска, 15% из которых получили положительный результат самотестирования; все эти мужчины затем сдали подтверждающие анализы (54). В Бразилии работает веб-сайт, предоставляющий мужчинам, которые имеют секс с мужчинами, информацию и бесплатные комплекты для СТ-ВИЧ, причем их можно забрать в аптеке или получить по почте (66). Исследования в Соединенных Штатах показали, что продвижение и распространение комплектов для СТ-ВИЧ через Интернет, социальные сервисы, торговые автоматы и программы ваучеров являются приемлемыми для населения и способствуют повышению уровня СТ-ВИЧ среди мужчин, имеющих секс с мужчинами (91,98,100).

Распространение через аптеки. Во Франции, Великобритании и США комплекты для СТ-ВИЧ можно официально приобрести без рецепта в аптеках и других розничных магазинах. Кроме того, во многих других странах их можно приобрести неофициально (2). В Кении проводится рандомизированное исследование, в рамках которого комплекты для СТ-ВИЧ распространяются через аптеки. Оно призвано оценить приемлемость, повышение уровня использования услуг по тестированию, ВИЧ-положительность и степень привязки к медицинской помощи (39).

Программы ДКП. Поскольку СТ-ВИЧ позволяет охватить людей из групп повышенного риска заражения, оно может стать отправной точкой программ доконтактной профилактики (ДКП). При использовании соответствующих технологий СТ-ВИЧ можно включить в программы ДКП. Например, исследование, проведенное в Кении среди серодискордантных пар, которые принимали ДКП, показало повышение уровня использования услуги СТ-ВИЧ на 90%, причем 69% участников рассказали о результате своим партнерам (у всех пользователей услуги был подтвержден отрицательный диагноз ВИЧ) (40). Такой подход поможет снизить затраты на повторное тестирование между посещениями медицинских учреждений (184), а также стимулировать использование ДКП (2). Потенциальные возможности использования СТ-ВИЧ в рамках предоставления услуг ДКП являются важной областью исследований. Тем не менее, пока не будет проведена адекватная оценка использования диагностических экспресс-тестов на ВИЧ (ДЭТ) для самотестирования среди людей, принимающих препараты ДКП, этот подход следует применять с большой осторожностью, поскольку эффективность ДЭТ на ВИЧ в этих условиях может быть достаточно низкой.

Программы на рабочем месте. СТ-ВИЧ открывает возможности по проведению тестирования на ВИЧ на рабочем месте в рамках профилактических программ по гигиене и охране труда. Такой подход поможет охватить мужчин, в том числе из групп населения с повышенным риском заражения в отдельных регионах, таких как шахтеры, рыбаки и водители грузовиков, а также работники здравоохранения и их партнеры в целях повышения эффективности мероприятий по профилактике ВИЧ. Например, СТ-ВИЧ может быть более предпочтительным решением для медицинских работников, которые неохотно используют существующие услуги по тестированию на ВИЧ и постконтактной профилактике после потенциального заражения ВИЧ из-за боязни стигмы и дискриминации со стороны других медицинских работников (14). В рамках программ на рабочем месте необходимо подобрать варианты получения доступа к комплектам СТ-ВИЧ, которые будут

приемлемы и достаточно конфиденциальны для сотрудников, в том числе через аптеки, Интернет, приложения для мобильных телефонов и торговые автоматы в офисах. Также следует предоставить информацию о профилактике, лечении и уходе в связи с ВИЧ, в том числе о том, где и как пользователи могут в конфиденциальном порядке воспользоваться этими услугами и горячими линиями, по которым можно получить консультацию.

Способы СТ-ВИЧ с прямым сопровождением и без сопровождения

В зависимости от группы населения для оказания помощи людям, использующим самотестирование, применяются различные способы той или иной степени интенсивности. Поддержка пользователям может предлагаться в качестве прямого сопровождения либо без непосредственного сопровождения (см. таблицу 2.3). Например, группам людей с ограниченными возможностями, низким уровнем грамотности и проживающие в сельской местности может быть необходимо прямое сопровождение в форме наглядных демонстраций и объяснений до, во время и после самотестирования. Однако, независимо от типа подхода, пользователи, имеющие доступ к Интернету и социальным сетям, а также люди, которые проходят самотестирование часто или повторно, могут использовать только инструкции или дополнительные виды помощи, такие как консультации по горячим линиям и текстовым сообщениям, видео и другие способы обеспечения поддержки СТ-ВИЧ, предоставляемые в комплекте для тестирования.

Таблица 2.3. Способы обеспечения поддержки СТ-ВИЧ с прямым сопровождением и без непосредственного сопровождения

Способы обеспечения поддержки	С прямым сопровождением	Без непосредственного сопровождения
Краткие наглядные, индивидуальные или групповые демонстрации того, как правильно использовать комплект и как расшифровать результат	✓	
В Интернете – виртуальные демонстрации или демонстрации в социальных сетях, как правильно использовать комплект и как расшифровать результат	✓	✓
Личная, непосредственная помощь во время процедуры самотестирования	✓	
Инструкция по использованию: <ul style="list-style-type: none"> • Графическая/письменная • Брошюры или листовки с информацией о местных услугах в связи с ВИЧ и контактной информацией, например поликлиники, круглосуточной горячей линии • Мультимедийные инструкции 	✓	✓
Удаленная поддержка по телефону, социальным сетям, текстовым сообщениям, QR-кодам, Интернет-приложениям или мобильным приложениям для обмена сообщениями	✓	✓

Привязка к другим УТВ, а также мерам по профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ

Помимо определения наилучшего подхода к предоставлению услуги по СТ-ВИЧ, при разработке программ необходимо рассмотреть вопрос о том, как обеспечить привязку к профилактике, лечению и уходу после СТ-ВИЧ. Необходимы дальнейшие исследования, мониторинг и оценка стратегий, которые облегчают привязку к уходу после СТ-ВИЧ. Во вставке 2.5 обобщаются применяемые в настоящее время подходы к привязке.

Вставка 2.5. Краткий обзор стратегий привязки после самотестирования на ВИЧ

Упреждающее наблюдение на базе сообщества силами равных консультантов и/или аутрич-работников (лично или по телефону/текстовым сообщениям/с помощью приложений для обмена сообщениями). В частности, в тех случаях, когда обученные общественные работники отвечают за распространение комплектов для самотестирования на ВИЧ (СТ-ВИЧ), эти работники могут предлагать последующее и дополнительное консультирование после тестирования, а также помощь и/или сопровождение при направлении на подтверждающее тестирование.

Оценка и начало лечения на дому с поддержкой и активным наблюдением со стороны организаций и объединений на базе сообщества. Этот подход доказал свою эффективность при привязке к медицинской помощи в Малави среди населения в целом, включая молодежь (10,60). Этот же подход был эффективно использован среди ключевых групп населения во Вьетнаме (55).

Брошюры и листовки, распространяемые вместе с комплектами для СТ-ВИЧ, содержат информацию об услугах тестирования на ВИЧ (УТВ), профилактике, лечении и уходе в связи с ВИЧ, а также информацию о других заболеваниях, таких как туберкулез, инфекции, передающиеся половым путем, и вирусные гепатиты.

Телефонные горячие линии, по которым пользователи звонят до или после самотестирования для получения психосоциальной и/или технической помощи, также могут предоставлять направления и осуществлять привязку к УТВ и другим видам обслуживания в связи с ВИЧ, а также к немедицинским услугам, таким как юридическая поддержка и программы поддержки жертв насилия.

Службы текстовых сообщений для мобильных устройств могут предоставлять информацию, напоминания, видеоролики и сообщения, которые способствуют привязке к медицинской помощи после СТ-ВИЧ.

Онлайн- и автономные компьютерные программы и приложения обладают широкими возможностями по предоставлению информации о привязке к медицинской помощи. В настоящий момент используются такие способы, как интерактивные текстовые, аудио- или видеоконсультации и программы, работающие в режиме диалога, которые дают пошаговые инструкции о том, что делать после получения положительного результата самотестирования.

Оплаченные квитанции, купоны и компенсационные выплаты могут облегчить процесс привязки к медицинской помощи, особенно среди групп населения, которые для получения услуг вынуждены преодолевать структурные преграды, такие как отдаленность и высокая стоимость проезда.

Талоны на посещение врача и направления, выдаваемые клиентам, также могут способствовать привязке к медицинской помощи, если на них обозначены конкретные дата и время посещения врача либо имя и номер телефона контактного лица и учреждения, куда можно обратиться за помощью.

СТ-ВИЧ для пар и партнеров может способствовать привязке к медицинской помощи, как было доказано в ходе исследования в Кении, когда женщины раздавали комплекты для СТ-ВИЧ своим партнерам-мужчинам, которые в свою очередь обращались за медицинской помощью (18).

Системы мониторинга и отчетности

Системы мониторинга и отчетности играют важнейшую роль при всех подходах к УТВ, включая СТ-ВИЧ. Учитывая частный, конфиденциальный характер СТ-ВИЧ, могут возникнуть особые проблемы со сбором информации об эффективности программы по СТ-ВИЧ, изучении мнения пользователей и отслеживанием возможного социального вреда. Несмотря на то, что к настоящему моменту поступило крайне мало сообщений о случаях нанесения социального вреда, крайне важно, чтобы в программах использовались существующие системы мониторинга и отчетности о социальном вреде или других неблагоприятных событиях, а также о корректирующих действиях и последующих мерах для эффективного разрешения инцидентов с нанесением социального вреда, если таковые возникнут.

Для отслеживания результатов программ иногда в показатели мониторинга и оценки УТВ необходимо включать СТ-ВИЧ. Для оптимизации процесса мониторинга СТ-ВИЧ во многих программах по УТВ стали использовать сочетание средств отчетности, описанных во вставке 2.6.

Вставка 2.6. Краткое описание средств мониторинга и отчетности

Мониторинг и анализ звонков на горячие линии по самотестированию на ВИЧ (СТ-ВИЧ) и текстовых сообщений, включая присылаемые снимки результатов самотестирования, которые могут быть использованы для оценки количества положительных результатов тестирования и выявления сообщений о неисправностях в работе тестов, неблагоприятных событиях или случаях социального вреда.

Системы наблюдения на уровне сообществ и опросы домашних хозяйств/населения, оценки воздействия на здоровье и поведенческие исследования можно адаптировать таким образом, чтобы они собирали информацию не только о повышении уровня тестирования на ВИЧ, но и о способе тестирования, чтобы иметь возможность оценить, какая доля всех диагнозов поставлена с помощью СТ-ВИЧ и зафиксировать случаи нанесения социального вреда и неблагоприятные события.

В регистрационные журналы учреждений можно включить графу об СТ-ВИЧ, где будет, например, отмечаться, что клиенты прошли самотестирование перед посещением учреждения, предоставляющего услуги по тестированию на ВИЧ, а также записываться сообщаемый ими результат самотестирования. В этих же журналах можно фиксировать информацию о привязке к услугам по профилактике, лечению и уходу.

С помощью опросов и приложений в Интернете и по мобильным телефонам пользователи могут высказывать свое мнение о наборах для самотестирования, а также сообщать о неисправностях в работе тестов, неблагоприятных событиях или случаях социального вреда.

Существующие системы послепродажного контроля можно использовать для выявления и сообщения о проблемах, связанных с диагностическими экспресс-тестами, используемыми для СТ-ВИЧ.

Электронные считыватели и мобильные приложения, которые помогают пользователям расшифровывать результаты самотестирования, можно связать с системами медицинской информации. После этого результаты тестирования или другие данные о пациенте и показатели его здоровья могут быть отправлены в электронном виде в те учреждения, которые отслеживают эффективность программ СТ-ВИЧ и показатели работы комплектов для СТ-ВИЧ.

Денежные или неденежные стимулы можно использовать для поощрения пользователей, чтобы они охотнее сообщали о своих впечатлениях от процедуры самотестирования на ВИЧ.

2.3.2 Ключевая информация для пользователей и исполнителей программ

Все ДЭТ на ВИЧ для самостоятельного тестирования, будь то по околодесенной жидкости или крови, которые закупаются или используются для СТ-ВИЧ, должны быть одобрены соответствующими надзорными органами, либо можно использовать результаты международного нормативного контроля.

Полноценные, проверенные, четкие и краткие инструкции по использованию наборов для СТ-ВИЧ имеют решающее значение для сведения к минимуму ошибок и максимального повышения эффективности ДЭТ на ВИЧ, используемых при самостоятельном тестировании. Печатные инструкции – письменные и/или графические – крайне необходимы для правильного использования тестов и расшифровки результатов. Очень полезными могут быть наглядные демонстрации того, как использовать комплекты для СТ-ВИЧ, а также дополнительная информация в зависимости от конкретной группы населения, особенно в сельских районах или для населения с низким уровнем грамотности и плохим качеством образования (10,17,42,68,85,131,167, 170,175,176,178). В некоторых случаях целесообразно использовать и другие вспомогательные инструменты, такие как телефонные или Интернет-службы обмена сообщениями, которые предоставляют информацию об СТ-ВИЧ и отвечают на вопросы о том, как выполнить самостоятельное тестирование и расшифровать его результат, поскольку они повышают эффективность процедуры среди определенных групп населения (181).

Предтестовая информация и послетестовое консультирование должны быть понятными и легко доступными. Это могут быть вложенные инструкции или брошюры, горячие линии, службы обмена текстовыми сообщениями, наглядные демонстрации, консультации, проводимые специально обученными поставщиками услуг, волонтерами или равными консультантами, онлайн- или автономные компьютерные программы, а также видеоролики в Интернете.

Необходимо четко и ясно довести до сведения пользователей теста информацию о том, что положительный результат должен быть обязательно подтвержден дополнительным анализом на ВИЧ, проведенным в специализированной лаборатории. Кроме того, **крайне важна информация о том, что делать после получения положительного результата теста** – куда обратиться, чтобы получить УТВ, помощь в профилактике, лечение и уход в связи с ВИЧ без осуждения и дискриминации. **Также уместна будет информация о туберкулезе, ИППП и вирусных гепатитах**, поскольку люди с ВИЧ имеют высокие риски заражения сочетанной инфекцией.

При получении отрицательного результата самостоятельного тестирования, как правило, не нужно сдавать дополнительные анализы на ВИЧ. Однако **необходимо четко и ясно довести до сведения пользователей тестов, что отрицательный результат не всегда указывает на отсутствие вируса**. Точность результатов зависит от качества используемого теста, возможных ошибках при проведении самостоятельного тестирования или расшифровке результатов, а также от ограничений тестирования в связи с периодом окна, когда наличие ВИЧ в крови еще не выявляется анализом. Как и в случае с другими видами анализа на ВИЧ, **лицам, которые могли контактировать или контактировали с вирусом за 6–12 недель до проведения анализа, необходимо пройти повторное тестирование или обратиться в специализированное учреждение** в соответствующие сроки в зависимости от риска заражения и вида проводимого теста.

Поставщикам услуг и пользователям тестов необходимо помнить, что **СТ-ВИЧ не рекомендуется людям, которые знают свой ВИЧ-статус и принимают АРВ-препараты для лечения или профилактики**, неверного результата самостоятельного тестирования (ложно отрицательному), особенно при использовании ДЭТ по околодесенной жидкости.

Также необходимо четко и ясно довести до сведения пользователей теста информацию о том, что **результаты самостоятельного тестирования на ВИЧ не следует использовать для серосортинга или оправдания поведения, повышающего риск заражения ВИЧ**, такого как незащищенный секс после получения отрицательного результата самостоятельного тестирования. Поскольку отрицательный результат

самотестирования не всегда указывает на то, что человек является ВИЧ-отрицательным, **пользователей тестов нужно призывать к использованию существующих возможностей по профилактике заражения ВИЧ**, таких как презервативы и ДКП, независимо от полученного результата самотестирования.

Как и в случае с другими видами анализа на ВИЧ, необходимо предоставлять информацию и готовые, учитывающие ситуацию и целевую аудиторию **формулировки о раскрытии статуса с целью сокращения риска нанесения социального вреда** и оказания помощи супружеским парам и семьям, которым предстоит справиться с новостью о положительном результате самотестирования или серодискордантных результатах самотестирования. Лицам или супружеским парам, которые сообщают о НИП со стороны нынешнего партнера, рекомендуется раскрывать свой статус или проходить тестирование совместно с партнером только в том случае, если можно гарантировать безопасность обоих партнеров. В рамках услуг по СТ-ВИЧ в ходе консультирования при подходах с прямым сопровождением либо с помощью листовок-вкладышей/инструкций при подходах без сопровождения необходимо предлагать привязку к дальнейшему тестированию, профилактике, лечению и уходу, а также услуги для жертв домашнего и сексуального насилия (2,49).

Разъяснительная и просветительская работа на уровне сообщества – включая сети людей с ВИЧ, таких как ключевые и подверженные повышенному риску заражения группы населения, специально обученные работники, проводящие тестирование, и медицинские работники – **об СТ-ВИЧ крайне важна** для повышения уровня самотестирования и минимизации рисков некорректного использования. Также важно сообщить поставщикам услуг, что СТ-ВИЧ может служить инструментом для создания спроса на существующие услуги и тем самым повысить их роль в оказании УТВ. Также для повышения понимания и осведомленности могут быть полезны такие информационные инструменты, как брошюры, вспомогательные пособия и стандартные операционные процедуры, особенно в сочетании с обучающими занятиями и информационными беседами.

Включение СТ-ВИЧ в комплексные программы предоставления услуг по охране сексуального здоровья особенно важно в регионах, где наблюдается рост числа заболеваний ИППП. СТ-ВИЧ, несомненно, является инновационным способом повышения уровня тестирования на ВИЧ среди клиентов, которые в противном случае могли бы не узнать бы свой ВИЧ-статус, но в то же время возможность проходить тестирование без посещения специализированных учреждений по охране сексуального здоровья может привести к тому, что некоторые пользователи будут реже пользоваться другими услугами, например реже сдавать анализы на ИППП. Даже в том случае, когда клиенты с повышенным риском заражения получают отрицательный результат самотестирования на ВИЧ, им **необходимо предоставить информацию о дальнейшем тестировании на ВИЧ и лечении, а также о других ИППП и вирусном гепатите**. Кроме того, нужно посоветовать им воспользоваться всем комплексом услуг по охране сексуального здоровья.

В будущем можно будет предоставлять пользователям услуг по СТ-ВИЧ электронные считыватели и/или мобильные приложения, которые помогут им расшифровывать результаты и выявлять ошибки при проведении анализа. И изготовители тест-систем, и внешние поставщики в настоящее время разрабатывают целый ряд таких инструментов. Однако в отношении использования этих инструментов предстоит решить еще немало проблем, таких как защита данных, точность и обеспечение равного доступа (например, доступность мобильных технологий и смартфонов существенно различается в разных регионах мира и среди групп населения, а для правильной работы приложений необходимо, чтобы смартфоны отвечали определенным техническим требованиям).

2.3.3 Нормативно-правовая база и механизмы

В настоящее время СТ-ВИЧ проводится во многих странах, где отсутствует официальная нормативно-правовая база, полностью регулирующая процедуры контроля качества, продажи, распространения и использования наборов для СТ-ВИЧ. Для оптимизации внедрения СТ-ВИЧ необходимо будет пересмотреть, разработать и согласовать целый ряд законодательно-правовых норм и положений. В частности, разработчики нормативов, регулирующие органы и исполнители должны проводить совместную работу для рассмотрения следующих аспектов (185):

Необходимо пересмотреть или разработать **законы и положения**, разрешающие продажу, распространение, рекламу и использование СТ-ВИЧ для диагностики в лабораторных условиях. Страны должны обеспечить четкие механизмы государственной проверки и регистрации наборов для СТ-ВИЧ. Странам, где ДЭТ для СТ-ВИЧ доступны неофициально, возможно, потребуется разработать дополнительные механизмы для решения этой проблемы за счет информирования потребителей о том, как определять соответствие наборов для СТ-ВИЧ стандартам качества, а также за счет принятия мер юридического характера по недопущению на внутренние рынки товаров сомнительного качества.

Чтобы предоставить населению возможность проводить самостоятельное тестирование на ВИЧ, возможно, потребуется пересмотреть или разработать **правила и нормы по доступу к тестированию на ВИЧ**. В частности, нормы могут предусматривать особый **возрастной ценз** для СТ-ВИЧ, так чтобы подростки также могли проходить самостоятельное тестирование на ВИЧ и в дальнейшем получать привязку к необходимым дополнительным услугам. Эти нормы должны предусматривать, в частности, защиту тестирования несовершеннолетних без согласия опекунов, например в школах.

Для защиты людей, которые прибегают к самостоятельному тестированию, может потребоваться пересмотреть или разработать **законы, нормы и правила**, направленные на борьбу со злоупотреблениями и ненадлежащим использованием самостоятельного тестирования (такими как принудительное тестирование, насилие, дискриминация и преследование). Кроме того, может возникнуть необходимость разработки способов для сообщения о злоупотреблениях и ненадлежащем использовании самостоятельного тестирования, а также для контроля и разрешения этих вопросов.

Может потребоваться пересмотр или разработка **норм и правил в области здравоохранения и управления, национальных стратегий тестирования и утвержденных алгоритмов тестирования** с целью включения в них СТ-ВИЧ. Для этого может потребоваться внесение изменений в существующие нормы, чтобы обеспечить признание СТ-ВИЧ в качестве теста для сортировки, который не заменяет собой первоочередные анализы. Такое изменение может включать в себя пересмотр норм в части того, кому разрешено проводить анализ на ВИЧ и расшифровывать его результаты. Работникам здравоохранения и сотрудникам в рамках национальных программ может потребоваться инструктаж, техническая поддержка и обучение по вопросам интеграции СТ-ВИЧ в существующую модель оказания УТВ.

Может потребоваться пересмотр и изменение **механизмов контроля качества** с учетом включения СТ-ВИЧ. Возможно, потребуется внедрение и/или изменение **механизмов послепродажного контроля** для выявления и сообщения о проблемах в отношении ДЭТ, используемых для СТ-ВИЧ. Кроме того, для фиксации, контроля и разрешения возможных вопросов, связанных с нанесением социального вреда можно использовать **системы мониторинга на базе сообществ** и другие механизмы.

В странах, где действующее законодательство требует раскрытия ВИЧ-положительного статуса, необходимо пересмотреть **правовые вопросы, связанные с раскрытием результатов** СТ-ВИЧ другим людям (в том числе сексуальным партнерам). Следует четко указывать, что СТ-ВИЧ не обеспечивает постановку окончательного ВИЧ-положительного диагноза и, следовательно, раскрытие положительного результата не имеет никакого смысла, пока его не подтвердит поставщик медицинских услуг надлежащей квалификации. Распространение информации об УТВ должно решать эту проблему и разъяснять правовые последствия СТ-ВИЧ в отношении раскрытия его результатов с учетом того, что раскрытие результатов должно поощряться, когда это безопасно и полезно, но не являться обязательным.

Рекомендуемая литература

- Technical specifications for WHO prequalification - Human immunodeficiency virus (HIV) rapid diagnostic tests for professional and/or self-testing. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/diagnostics_laboratory/guidance/en/).
- Operational research note on HIV self-testing. Geneva: Global Fund; 2016 (https://www.theglobalfund.org/media/5723/core_opresearchimplementationhivselftesting_briefingnote_en.pdf).
- Сводное руководство по услугам тестирования на ВИЧ. Всемирная организация здравоохранения, 2016 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/317659/Consolidated-guidelines-HIV-testing-services-2015-ru.pdf?ua=1).
- March 2014 supplement to the consolidated HIV guidelines on the use of antiretroviral therapy – a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/arvs2013supplement_march2014/en/).
- A short technical update on HIV self-testing. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2014 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2603_self-testing_en_0.pdf).
- WHO/UNITAID HIV self-testing technology landscape – 2nd edition. Geneva: UNITAID; 2016 (http://unitaid.org/images/marketdynamics/publications/UNITAID_HIV_rapid_diagnostic_tests_for_self-testing.pdf).

УСЛУГИ ПО ИНФОРМИРОВАНИЮ ПАРТНЕРОВ О ВИЧ

3

Основные пункты	42
3.1 Общая информация и обоснование	43
3.2 Обзор фактических данных	46
3.2.1 Систематический обзор по разработке, оценке и экспертизе степени обоснованности клинических рекомендаций (GRADE) по услугам информирования партнеров о ВИЧ	46
3.2.2 Ценности и предпочтения клиентов, воспользовавшихся услугами по оказанию помощи при информировании партнеров	52
3.2.3 Стоимость и экономическая эффективность	56
3.2.4 Рекомендация	57
3.3 Аспекты успешной реализации	57
3.3.1 Поддержка со стороны законодательства и нормативно-правовых баз	58
3.3.2 Обучение работников для оказания услуг по информированию партнеров о ВИЧ и снижение рисков при оказании услуг	58
3.3.3 Способы связи с партнерами	60
3.3.4 Системы ведения документации, мониторинга и отчетности	63

3 УСЛУГИ ПО ИНФОРМИРОВАНИЮ ПАРТНЕРОВ О ВИЧ

ОСНОВНЫЕ ПУНКТЫ

- Информирование партнеров о ВИЧ является **добровольным** и осуществляется специально обученными работниками здравоохранения и не имеющими специального медицинского образования поставщиками услуг здравоохранения, которые спрашивают человека, у которого диагностирован ВИЧ, о его половых партнерах или партнерах по инъекционному потреблению наркотиков и **с согласия ВИЧ-положительного клиента** предлагают этим партнерам пройти добровольное тестирование на ВИЧ. Информирование партнеров осуществляется без непосредственного сопровождения или же с прямым сопровождением.
- Оказание помощи при информировании партнеров (направление поставщиком услуг, направление по соглашению, двойное направление) **увеличивает охват услугами тестирования среди партнеров ВИЧ-положительных клиентов**, что позволяет **выявить больше ВИЧ-инфицированных людей** и предоставить им уход и лечение.
- **Социальный вред и другие неблагоприятные явления при таком способе информирования партнеров отмечаются редко.** Специально обученные поставщики услуг должны предлагать помощь по информированию партнеров в тех случаях, когда это целесообразно и не причинит вреда клиенту. Чтобы снизить потенциальный вред или риск, можно использовать службы поддержки или психологической помощи, такие как горячие линии и тесты для выявления насилия со стороны интимного партнера.
- **ВИЧ-положительным клиентам нужно предложить несколько вариантов помощи при информировании партнеров** (направление по соглашению, направление поставщиком услуг, двойное направление) и выбрать метод исходя из предпочтений клиента. Клиент также может отказаться от сопровождения.
- **Помощь при информировании партнера должна оказываться только с согласия клиента.** Обязательное или принудительное оповещение является недопустимым. Клиенту необходимо сообщить о преимуществах и рисках информирования о ВИЧ, чтобы он мог принять информированное и безопасное решение.
- **Не допускается информирование кого-либо кроме партнеров ВИЧ-положительных лиц.** К информированию партнеров, особенно в случаях, когда клиент и/или партнер принадлежит к ключевым группам населения, чье поведение в данном регионе преследуется по закону, не должны привлекаться судебные и правоохранительные органы, а также поставщики услуг, не связанных со здравоохранением.
- **Успешное и безопасное выполнение программ по информированию партнеров о ВИЧ невозможно без поддержки со стороны государства.** Странам следует проанализировать собственное законодательство, чтобы определить, что можно сделать для оказания большей поддержки людям, живущим с ВИЧ, например пересмотреть практику обязательного или принудительного оповещения партнеров, которая может привести к стигматизации, уголовному преследованию или дискриминации людей с ВИЧ и людей, принадлежащих к ключевым группам населения.

НОВОЕ

Рекомендация

Услуги по содействию в добровольном информировании партнеров о ВИЧ следует предлагать в рамках комплексного пакета услуг по тестированию и оказанию помощи, предлагаемого людям, живущим с ВИЧ (*сильная рекомендация, умеренное качество доказательств*).

3.1 Общая информация и обоснование

По данным на конец 2015 года, число людей, живущих с ВИЧ, во всем мире превышало 36 миллионов человек, причем 40% из них не знали о своем диагнозе (1). Чтобы увеличить число людей, знающих о своем ВИЧ-статусе, и достичь поставленной Организацией Объединенных Наций цели 90–90–90 по борьбе с ВИЧ, – в частности, первой цели по диагностике 90% людей с ВИЧ к 2020 году (1), – необходимо разработать новые подходы для повышения эффективности и увеличения охвата тестирования. Таким подходом как раз является добровольное информирование партнеров о ВИЧ: оно помогает увеличить охват тестированием и выявить людей, не знающих, что у них ВИЧ.

Оказание помощи по информированию партнеров уже несколько десятилетий является важным методом контроля инфекционных заболеваний и применяется в программах по борьбе с туберкулезом и инфекциями, передающимися половым путем (ИППП). Различные методики информирования партнера об ИППП доказали свою эффективность при диагностике и лечении ИППП, а также при профилактике повторных инфекций (2). Отслеживание контактов и добровольное тестирование членов семей больных с открытой формой туберкулеза также являются эффективными и стандартными методами, успешно применяющимися в сообществах с высоким уровнем инфицированности туберкулезом и ВИЧ (3).

Если у человека выявлен ВИЧ, то в высшей степени вероятно, что его половые партнеры и партнеры по употреблению инъекционных наркотиков также окажутся ВИЧ-положительными (4–10). Однако услуги по тестированию партнеров, включая информирование партнеров о ВИЧ, широко не предлагаются и не оказываются, вследствие чего охват населения тестированием остается низким (11). В то же время преимущества УТВ для пар и партнеров хорошо известны: в парах присутствует взаимная поддержка при профилактике, уходе и лечении и лучше соблюдаются врачебные указания и меры по профилактике передачи вируса от матери к ребенку (12,13). Тестирование партнеров также приводит к тому, что серодискордантные пары ответственнее относятся к профилактике ВИЧ: пользуются презервативами, рано начинают антиретровирусную терапию (АРТ); ВИЧ-положительные партнеры принимают медикаменты, а ВИЧ-отрицательные соблюдают меры доконтактной профилактики (ДКП) (12,13).

В 2012 году ВОЗ разработала указания, в которых парам и партнерам рекомендуется УТВ и взаимное раскрытие ВИЧ-статуса и подчеркивается важность тестирования партнеров людей с диагнозом ВИЧ независимо от эпидемиологической ситуации (12) (см. вставку 3.1). В 2013 году ВОЗ также выпустила рекомендации по тестированию на ВИЧ на базе сообществ, в рамках которых членам семей ВИЧ-инфицированных предлагается оказывать УТВ на дому (см. вставку 3.1).

Вставка 3.1. Рекомендации ВОЗ по услугам тестирования на ВИЧ

- Лицам с известным ВИЧ-статусом и их партнерам следует предлагать услуги по тестированию на ВИЧ для пар и партнеров, а также поощрять взаимное раскрытие ВИЧ-статуса (сильная рекомендация, низкое качество доказательств применительно ко всем лицам с ВИЧ во всех эпидемиологических ситуациях) (*условная рекомендация, низкое качество доказательств применительно к ВИЧ-отрицательным лицам в зависимости от уровня распространенности ВИЧ в конкретной стране*).
- В дополнение к плановому тестированию и консультированию по инициативе медицинских работников ВОЗ рекомендует предлагать услуги по тестированию на ВИЧ на базе сообществ в комплексе с услугами по профилактике, лечению и уходу (*сильная рекомендация, низкое качество доказательств применительно ко всем группам населения в условиях генерализованной эпидемии ВИЧ и ключевым группам населения в условиях концентрированной эпидемии ВИЧ*).

Источник: ВОЗ, 2015 (14).

Исследования (5–7,9,11,14–16), систематические обзоры (2,17), а также исследования и модели экономической эффективности (18–21) указывают на преимущества предоставления УТВ партнерам людей с диагнозом ВИЧ. Помогая ВИЧ-положительным людям предлагать УТВ близким, можно способствовать тестированию партнеров и охватить услугами по выявлению, лечению и профилактике ВИЧ людей, которые в настоящее время не могут воспользоваться этими услугами. Партнерам, у которых выявлен ВИЧ, можно будет предложить услуги по лечению, а партнерам, чей результат окажется отрицательным, – подобрать средства профилактики. Однако должное значение тестированию пар и партнеров до сих пор не придается, и оно не получило широкого применения, несмотря на рекомендации ВОЗ и на то, что во многих странах такое тестирование входит в нормативно-правовые базы в отношении ВИЧ.

Вставка 3.2. Определения информирования партнеров без сопровождения и с прямым сопровождением

Под информированием партнера о ВИЧ (также: раскрытие ВИЧ-статуса, отслеживание контактов) понимается добровольное информирование, при котором специально обученный поставщик услуг опрашивает человека с ВИЧ о его половых партнерах и/или партнерах по употреблению инъекционных наркотиков, а затем, с согласия ВИЧ-положительного клиента, предлагает этим партнерам УТВ. Информирование партнеров осуществляется клиентом без сопровождения (самостоятельно) или с сопровождением.

Услуги по информированию партнеров о ВИЧ без сопровождения (самостоятельное информирование): ситуация, при которой специально обученный поставщик услуг предлагает ВИЧ-положительному клиенту самому раскрыть свой ВИЧ-статус половому партнеру и/или партнерам по употреблению инъекционных наркотиков и, учитывая вероятность заражения партнеров ВИЧ, предложить им УТВ.

Услуги по информированию партнеров о ВИЧ с сопровождением: ситуация, при которой специально обученный поставщик услуг с согласия ВИЧ-положительного клиента сопровождает его во время раскрытия ВИЧ-статуса или же помогает клиенту анонимно информировать полового партнера(-ов) и/или партнера(-ов) по употреблению инъекционных наркотиков о возможном заражении ВИЧ. Затем поставщик услуг предлагает партнеру или партнерам клиента пройти тестирование на ВИЧ. Сопровождение при информировании партнеров реализуется тремя способами: посредством направления по соглашению, информирования поставщиком услуг и двойного направления.

Направление по соглашению: ВИЧ-положительный клиент заключает со специально обученным поставщиком услуг соглашение, что лично сообщит партнеру(-ам) о своем ВИЧ-статусе и об их возможном заражении ВИЧ и в установленный срок направит партнера(-ов) на тестирование. Если в условленный срок партнер(-ы) ВИЧ-положительного клиента не обращаются за УТВ или не связываются с поставщиком услуг, поставщик сам связывается с партнером(-ами) напрямую и предлагает ему или им пройти добровольное тестирование на ВИЧ.

Направление поставщиком услуг: специально обученный поставщик услуг, с согласия ВИЧ-положительного клиента, лично и конфиденциально связывается с партнером(-ами) клиента и предлагает им пройти добровольное тестирование на ВИЧ.

Двойное направление: специально обученный поставщик услуг лично сопровождает и поддерживает ВИЧ-положительного клиента, пока тот сообщает партнерам о своем ВИЧ-статусе и об их возможном заражении ВИЧ. Поставщик также предлагает партнеру(-ам) пройти добровольное тестирование на ВИЧ.

Нормативно-правовая база в отношении ВИЧ

В настоящее время нормы и правила, касающиеся информирования партнеров о ВИЧ, действуют в 67 странах.

Нормативно-правовые базы в отношении ВИЧ значительно различаются по степени проработанности процедуры оказания услуг по информированию партнеров. Страны, где процедура информирования партнеров связана с тестированием на ВИЧ, есть во всех регионах ВОЗ.

Как следует из проведенного в 2016 году анализа находящихся в открытом доступе государственных нормативно-правовых документов в отношении УТВ, 54% (67 из 123) стран рекомендуют услуги по информированию партнеров о ВИЧ; однако только в 20 из рассмотренных нормативно-правовых баз предусмотрен такой подход (22). Эти нормативно-правовые документы рекомендуют информировать партнеров различным группам населения, включая пары, подростков, беременных женщин, потребителей инъекционных наркотиков, однако информирование всех половых партнеров рекомендуется только в 43% (29 из 67) стран (см. рисунок 3.1а) (22). В нормативно-правовых документах обычно говорится об информировании партнеров самими клиентами с последующим информированием поставщиком услуг; в нескольких случаях говорится исключительно об информировании поставщиком услуг или оповещении с соглашением (см. рисунок 3.1b). Ни одной из изученных нормативно-правовых баз не предусмотрены меры, направленные на защиту ВИЧ-положительных лиц от возможного вреда, которым им грозит раскрытие ВИЧ-статуса и информирование партнера. В 19 странах информированное согласие на УТВ не упоминается в нормативно-правовых документах, а в 21 стране информирование партнеров о ВИЧ так или иначе является обязательным. ВОЗ не поддерживает обязательное информирование партнеров о ВИЧ. В настоящем документе предлагаются альтернативные подходы, направленные на то, чтобы клиент мог принять решение добровольно, и обеспечивающие информированное согласие и право на отказ.

Рисунок 3.1а. Группы, которым рекомендуется информирование партнеров о ВИЧ

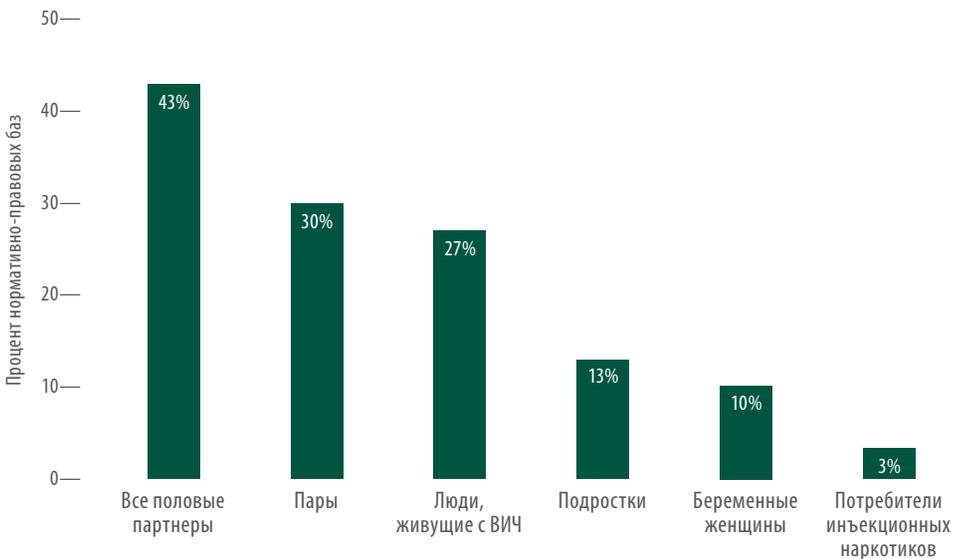
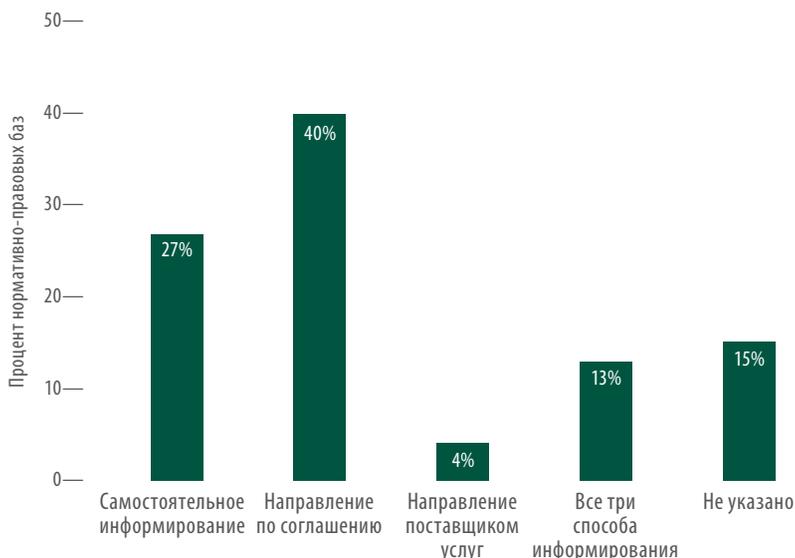


Рисунок 3.1в. Способы информирования партнеров, отмеченные в нормативно-правовых базах



Примечание: в некоторых нормативно-правовых базах указаны несколько способов информирования

3.2 Обзор фактических данных

3.2.1 Систематический обзор по разработке, оценке и экспертизе степени обоснованности клинических рекомендаций (GRADE) по услугам информирования партнеров о ВИЧ

С 2012 года ВОЗ рекомендует УТВ партнерам всех людей, у которых выявлен ВИЧ (12,13). В настоящем документе 2016 года ВОЗ настоятельно рекомендует включить услуги по содействию в добровольном информировании партнеров о ВИЧ в комплекс мер, направленных на увеличение охвата населения услугами по тестированию на ВИЧ. Группа по разработке руководства (ГРП) оценила проанализированные доказательства по информированию партнеров как имеющие умеренное качество.

Ниже эти рекомендации представлены более подробно; также кратко изложены результаты систематического обзора и анализ источников о ценностях и предпочтениях поставщиков и получателей услуг по информированию партнеров. В соответствии с методикой GRADE, основными источниками данных для настоящего анализа послужили рандомизированные контролируемые исследования и исследования, в которых результаты информирования партнеров о ВИЧ с сопровождением (направление по соглашению, направление поставщиком услуг, двойное направление) сравниваются с результатами самостоятельного информирования клиентом или отсутствия информирования. (Более подробная информация о методике и доказательствах систематического обзора содержится в Приложении 18).

Поиски выдали 1742 цитаты. После удаления повторяющихся результатов осталось 1407 уникальных записей. При первичном просмотре было исключено 1057 из этих записей, и еще 340 записей были исключены при вторичном просмотре, поскольку они не соответствовали критериям включения: 4 оказались отзывами или комментариями, 46 – исследованиями экономической целесообразности, 4 относились к стоимости, 56 представляли ценности и предпочтения конечных пользователей, а 230 не содержали значимой информации. В итоге для анализа были отобраны 4 рандомизированных контролируемых исследования, которые отвечают заданным критериям. (Более подробная информация содержится в Приложении 18).

Отобранные три индивидуальных рандомизированных контролируемых исследования и одно кластерное рандомизированное контролируемое исследование проводились в Кении (9), Малави (5,7) и Соединенных Штатах (6). В трех исследованиях услуги по оказанию помощи при информировании партнеров (направление по соглашению или направление поставщиком услуг) сравнивались с самостоятельным информированием партнера клиентом, а в четвертом сравнивались немедленное и отложенное информирование. В одном исследовании клиентам, выбравшим самостоятельное информирование, выдавали приглашительные письма для партнеров (7). В исследованиях участвовали следующие группы населения: беременные женщины на дородовом наблюдении, пациенты клиник по лечению ИППП, клиенты центра по тестированию на ВИЧ и пациенты окружных медицинских центров (женщины, мужчины, имеющие секс с мужчинами, и потребители инъекционных наркотиков). Также в анализ были включены шесть наблюдательных исследований среди населения в целом, проведенных в Камеруне (23), Мозамбике (24), Испании (15), на Тайване (26), в Объединенной Республике Танзания (25) и Соединенных Штатах (27), поскольку в них ВИЧ-положительным клиентам были предложены различные способы информирования партнеров о ВИЧ (направление поставщиком услуг, направление по соглашению и информирование самим клиентом) и приводятся данные о результатах выбора.

Вставка 3.3. Основные результаты исследований, рассмотренных в обзоре GRADE

В целом, в четырех исследованиях было установлено, что:

- Услуги по оказанию помощи при информировании партнеров (направление поставщиком услуг или направление по соглашению) помогают увеличить охват услугами тестирования на ВИЧ среди партнеров ВИЧ-положительных клиентов.
- Услуги по информированию партнеров о ВИЧ с оказанием помощи помогают выявить значительное число ВИЧ-положительных людей.
- Услуги по информированию партнеров о ВИЧ с сопровождением помогают увеличить привязку к медицинской помощи среди партнеров ВИЧ-положительных людей.
- Случаи нанесения социального вреда и иные неблагоприятные явления после информирования партнеров о ВИЧ с сопровождением или без сопровождения отмечаются редко.

Охват партнеров ВИЧ-положительных клиентов услугами по тестированию на ВИЧ

Оказание помощи при информировании партнеров помогает увеличить охват партнеров ВИЧ-положительных людей услугами по тестированию на ВИЧ. Во всех трех рандомизированных контролируемых исследованиях и в кластерном рандомизированном контролируемом исследовании, включенных в обзор GRADE, отмечается, что оказание помощи при информировании партнеров о ВИЧ: а) увеличивает охват УТВ среди партнеров ВИЧ-положительных людей по сравнению с информированием без сопровождения, причем это верно как для населения в целом, так и для ключевых групп населения; б) позволяет выявить ВИЧ у большего числа людей; в) обеспечивает привязку к медицинской помощи большему числу людей, так как на лечение направляются партнеры, у которых впервые выявлен ВИЧ.

Метаанализ результатов трех рандомизированных контролируемых исследований показывает, что оказание помощи при информировании партнеров в 1,5 раза увеличивает охват УТВ среди партнеров ВИЧ-положительных клиентов (относительный риск (ОР) = 1,48; 95% ДИ: 1,22–1,80; χ^2 для гетерогенности = 0,52; I^2 = 0%) по сравнению с информированием без сопровождения (5–7) (см. рисунок 3.2). Схожими оказались результаты анализов чувствительности, в которых в знаменатель подставляли только тех партнеров, которых удалось установить (ОР = 1,39; 95% ДИ: 0,93; 2,06). Положительный эффект наблюдался и при включении в метаанализ кластерного рандомизированного контролируемого исследования, хотя результаты и оказались менее точными (ОР = 1,91; 95% ДИ: 0,93; 3,93). Был проведен метаанализ всех

четырёх исследований с учетом соотношения, показывающего, сколько партнеров, прошедших тестирование или вернувшихся в клинику, в среднем приходится на индексного пациента; этот метаанализ показал, что там, где информирование партнеров проходило с помощью поставщика, число таких партнеров было вдвое выше, чем там, где информирование производилось клиентом самостоятельно (соотношение показателей = 2,04; 95% ДИ: 1,11; 3,77).

Рисунок 3.2. Мета-анализ уровня использования услуг тестирования на ВИЧ среди партнеров ВИЧ-положительных клиентов



Источник: ВОЗ, 2016 (9).

Одно исследование (5) также показало увеличение охвата тестированием на ВИЧ среди пар и основных партнеров. В кластерном рандомизированном контролируемом исследовании, проводившемся в Кении, число впервые сдающих анализ на ВИЧ партнеров ВИЧ-положительных клиентов значительно увеличивалось после немедленного информирования с сопровождением по сравнению с отложенным информированием (14,7%, 81/550 против 0,7%, 4/569; показатель заболеваемости = 14,80; 95% ДИ: 5,35; 40,93).

В одном исследовании (5) сравнивались информирование по соглашению и самостоятельное информирование. Было установлено, что выбор информирования по соглашению в качестве услуги по оказанию помощи при информировании партнера позволяет вдвое увеличить охват тестированием на ВИЧ среди партнеров ВИЧ-положительных клиентов ($OR = 2,08$; 95% ДИ: 1,33, 3,25) по сравнению с самостоятельным информированием. Схожими оказались результаты анализов чувствительности, в которых в знаменатель подставляли только тех партнеров, которых удалось установить ($OR = 2,1$; 95% ДИ: 1,36, 3,23).

Во всех шести наблюдательных исследованиях информирование партнеров с оказанием помощи приводило к увеличению охвата тестированием на ВИЧ среди информированных партнеров по сравнению с самостоятельным информированием (15, 23–27, 29). В исследовании, проведенном в Объединенной Республике Танзания, 93% ВИЧ-положительных лиц предпочли самостоятельное информирование остальным способам (направление по соглашению и направление поставщиком услуг), и среди информированных таким образом партнеров 96% (232/242) согласились пройти тестирование, а 100% (7/7) согласились на тестирование с сопровождением (25).

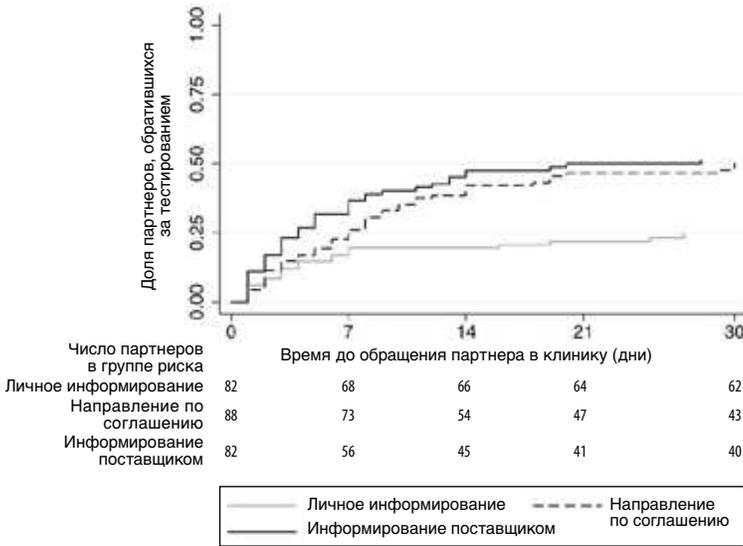
В ходе двух рандомизированных контролируемых исследований в Малави выяснилось, что разрыв в количестве информированных партнеров при самостоятельном информировании и информировании с помощью поставщика услуг со временем увеличивается (5,7). В первую неделю после выявления у клиента ВИЧ число партнеров, обратившихся за тестированием в клинику после самостоятельного информирования клиентом, было примерно равно числу обратившихся после информирования с помощью поставщика. Однако в дальнейшем партнеры, информированные с участием поставщика услуг, обращались за тестированием чаще, чем информированные самим клиентом (см. рисунок. 3.3а, 3.3.б) (5,7).

Проведенное в Кении кластерное рандомизированное контролируемое исследование, в котором сравнивались отложенное и немедленное информирование с помощью поставщика услуг, показало, что за тестированием на ВИЧ чаще обращались информированные немедленно (71,3%, 392/550 против 14,9%, 85/569; $PZ = 4,83$; 95% ДИ: 3,66; 6,39) (9).

В наблюдательном исследовании из Объединенной Республики Танзания тестирование на ВИЧ согласились пройти 70% партнеров ВИЧ-положительных лиц, информированных в течение недели после выявления вируса (25). Эти результаты, хотя и взяты из небольшого числа исследований, показывают, что если ВИЧ-положительные клиенты не сообщают партнерам о своем статусе в течение первой недели после выявления вируса, то в дальнейшем вероятность информирования партнеров снижается. Во всех исследованиях, независимо от метода, партнеры чаще обращались за тестированием на ВИЧ, если с ними связывался поставщик услуг.

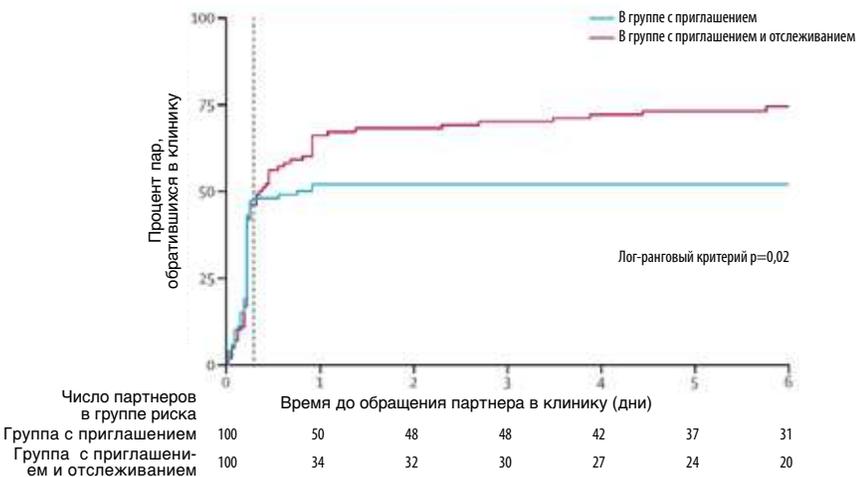
Рисунок 3.3. Сроки обращения партнеров ВИЧ-положительных клиентов в клинику после информирования с сопровождением и без сопровождения (Малави)

Рисунок 3.3а.



Источник: Brown et al., 2011 (5).

Рисунок 3.3б.



Примечание: пунктирная линия на отметке в 8 дней указывает дату предполагаемого информирования поставщиком услуг.

Источник: Rosenberg et al., 2015 (7). Приводится с разрешения издательства Elsevier (журнал The Lancet HIV, 2015, выпуск 2 (11), стр. e483-e491).

Охват УТВ при самостоятельном информировании клиентом

Во всех шести наблюдательных исследованиях охват УТВ среди информированных партнеров был выше при информировании с помощью поставщиков услуг. В пяти из этих исследований отмечалась повышенная выявляемость ВИЧ-положительных партнеров, а в двух исследованиях, упоминающих о привязке к медицинской помощи, отмечалось, что после информирования с сопровождением такую привязку получает больше людей, чем после информирования без сопровождения. Однако информирование без сопровождения также приводило к увеличению охвата УТВ среди партнеров (2–65%) как в рандомизированных контролируемых исследованиях, так и в наблюдательных исследованиях (5–7,15,24, 25). В ряде наблюдательных исследований уровень охвата УТВ при информировании без сопровождения был приблизительно такой же, как и при информировании с сопровождением в других исследованиях. Два исследования, выявивших крайне низкий уровень охвата УТВ среди участников, выбравших самостоятельное информирование партнера, проводились в Соединенных Штатах до того, как стала доступна тройная терапия (3%) (6), и в то время, когда отчетность о введении услуг по информированию партнеров оставалась низкой (2%) (27). В остальных исследованиях охват УТВ при информировании без сопровождения находится на уровне 20–65% (5,7,15,24–26,29). Можно сделать вывод, что достаточно просто предложить ВИЧ-положительному клиенту услуги по информированию партнеров в устной форме во время консультации или в письменной форме через приглашительное письмо или направление в клинику, чтобы увеличить охват УТВ, а значит, эта методика может применяться при масштабном внедрении услуг по информированию партнеров.

Выявление новых случаев заражения ВИЧ среди партнеров ВИЧ-положительных клиентов

Как правило, ВИЧ обнаруживается у значительного количества людей, пришедших на тестирование после информирования с сопровождением. В трех рандомизированных контролируемых исследованиях и одном кластерном рандомизированном контролируемом исследовании ВИЧ был выявлен у значительного числа партнеров ВИЧ-инфицированных лиц (до 72% в одном исследовании среди партнеров беременных ВИЧ-положительных женщин) (5–7,9). В метаанализе трех индивидуальных рандомизированных контролируемых исследований информирование с помощью поставщика услуг позволяло выявить среди установленных партнеров в 1,5 раза больше ВИЧ-инфицированных людей по сравнению с информированием без сопровождения (ОР = 1,47; 95% ДИ: 1,12, 1,92; χ^2 для гетерогенности = 0,14; I² = 0%). Сходными оказались результаты анализа чувствительности, при которых в знаменатель подставляли количество установленных партнеров (ОР = 1,49; 95% ДИ: 1,14, 1,95). О пользе информирования партнеров с сопровождением свидетельствуют и данные по кластерному рандомизированному контролируемому исследованию (ОР = 1,97; 95% ДИ: 0,91, 4,24 (см. Приложение 18).

Число установленных партнеров, у которых был выявлен ВИЧ, оказывалось выше в группах, где информирование проходило с оказанием помощи поставщиком услуг (ОР = 1,37; 95% ДИ: 0,98, 1,93). Данные метаанализа, включающие результаты кластерного рандомизированного контролируемого исследования, также говорят в пользу информирования партнеров с сопровождением (ОР = 1,97, 95% ДИ: 0,91, 4,24; χ^2 для гетерогенности = 20,76; I² = 86%) (см. рисунок 3.4).

Рисунок 3.4. Доля партнеров, у которых впервые был выявлен ВИЧ (по результатам тестирования всех установленных партнеров)



Что касается охвата УТВ, количество партнеров, у которых тестирование выявило ВИЧ, оценивалось только в одном рандомизированном контролируемом исследовании (5), где сравнивались направление по соглашению и информировании самим клиентом. Это исследование показало, что услуги по оказанию помощи при оповещении партнера позволяют в два раза увеличить выявляемость ВИЧ среди партнеров (ОР = 1,91; 95% ДИ: 1,07; 3,18) по сравнению с информированием без оказания помощи. Сходными оказались результаты анализов чувствительности, при которых в знаменатель подставляли количество установленных партнеров (ОР = 1,8; 95% ДИ: 1,02; 3,18).

Во всех наблюдательных исследованиях ВИЧ был выявлен у 0–86% партнеров ВИЧ-положительных лиц (15,24,25,27,29). Значительное количество ВИЧ-положительных партнеров (5–80%) было выявлено и в ходе исследований экономической целесообразности, проведенных среди населения в целом и ключевых групп населения, особенно среди мужчин, имеющих секс с мужчинами, и потребителей инъекционных наркотиков (16,30–51).

Привязка к уходу и терапии среди партнеров ВИЧ-положительных клиентов

Информирование с сопровождением увеличивает привязку к медицинской помощи по сравнению с информированием без сопровождения. Таковы результаты двух исследований, метаанализ которых показывает, что в группе, где информирование проходило с помощью поставщика услуг, в три раза больше ВИЧ-положительных партнеров получили привязку к медицинской помощи по сравнению с группой, где информирование осуществлялось самими клиентами (соотношение показателей = 3,76; 95% ДИ: 2,41; 5,86) (7,9). Рандомизированное контролируемое исследование в Малави также показало, что информированные поставщиком услуг партнеры лиц, у которых впервые был выявлен ВИЧ, в течение месяца после информирования обращались за тестированием в клинику чаще, чем те, кого информировали сами клиенты (45,5%, 15/33 против 19,2%, 5/26) (7).

Помимо включенных в обзор GRADE рандомизированных контролируемых исследований, пять исследований экономической целесообразности показали, что значительное число партнеров, у которых был впервые выявлен ВИЧ, были направлены в клинику на обследование или АРТ (84–100%) (23–25,29,37,40).

Социальный вред после информирования партнеров

В рассмотренных исследованиях услуги по оказанию помощи при информировании партнера не привели к случаям физического насилия или насилия со стороны интимного партнера.

Случаи нанесения социального вреда и иные неблагоприятные явления после информирования партнеров о ВИЧ с сопровождением или без сопровождения отмечались редко. Однако существуют опасения, что раскрытие ВИЧ-статуса может привести к причинению вреда (52); это в особенности касается ключевых и уязвимых групп населения. В частности, опасения вызывают ситуации, в которых определенные виды поведения, связанные с ВИЧ, могут преследоваться по закону,

например прием инъекционных наркотиков, или когда один партнер финансово зависит от другого и боится лишиться социальной и финансовой поддержки. Такие опасения высказывались неоднократно (53,54), однако когда при оценке вероятных социальных последствий раскрытия ВИЧ-статуса или информирования партнера статистика неблагоприятных явлений действительно велась, то случаи причинения вреда отмечались крайне редко (5–7,9).

Во всех трех рандомизированных контролируемых исследованиях и в кластерном рандомизированном контролируемом исследовании случаи насилия или причинения вреда отмечались редко (5,7,9). В рандомизированных контролируемых исследованиях в Кении и Малави говорится, что причинение вреда не было связано с услугами по оказанию помощи при информировании партнеров о ВИЧ, так как эти случаи были зарегистрированы до начала исследования (7,9). Иногда после сбора данных о случаях насилия со стороны интимного партнера (НИП) исследователи исключали из исследования участников, ранее

подвергавшихся такому насилию, чтобы уберечь их от неблагоприятных последствий раскрытия ВИЧ-статуса. В метаанализе двух индивидуальных рандомизированных контролируемых исследований и одного кластерного рандомизированного контролируемого исследования количество неблагоприятных явлений, в ходе которых участники подвергались НИП или же были оставлены партнером, мало различалось в группах с информированием с оказанием помощи и с информированием лично клиентом ($OR = 1,86$; 95% ДИ: 0,37; 9,50; χ^2 для гетерогенности = 1,17; $I^2 = 0\%$).

Наблюдательные исследования также не выявили случаев физического насилия или НИП после информирования партнеров (23,29,55). В исследовании, проведенном в Мозамбике, отмечено, что из 173 информированных партнеров трое оставили ВИЧ-положительных клиентов; в двух случаях причиной послужил ВИЧ, и в одном из них расставание привело к финансовым потерям (29). Однако поскольку эти результаты по оценке вреда были получены в ходе ограниченного числа исследований, проведенных в США и странах Африки, требуются дальнейшие исследования в других регионах мира.

Разработчики проектов должны учитывать вероятный вред от раскрытия ВИЧ-статуса, не забывая вместе с тем и о преимуществах выявления ВИЧ и привязки людей к медицинской помощи. Принимая во внимание, что физическое и эмоциональное насилие в парах может происходить повсеместно, поставщики услуг по информированию партнеров должны обсудить с ВИЧ-положительными клиентами возможные риски и, при условии что клиенту ничего не угрожает, предложить ему услуги по оказанию помощи при добровольном информировании партнеров, что в конечном итоге положительно скажется и на партнерах, так как они получат доступ к УТВ и жизненно необходимой АРТ. Решить эту проблему помогут сбор данных о НИП среди ВИЧ-положительных клиентов, открытые дискуссии о различных подходах к информированию партнеров и результатах консультаций и создание ресурсов помощи, таких как центры консультирования, горячие линии или временные убежища. Необходимо соблюдать принципы конфиденциальности и добровольности. Информирование партнеров возможно только после четкого согласия ВИЧ-положительного клиента; информация должна сообщаться исключительно партнеру(-ам) и не передаваться третьим лицам.

3.2.2 Ценности и предпочтения клиентов, воспользовавшихся услугами по оказанию помощи при информировании партнеров

В пятидесяти шести исследованиях, содержащих информацию о ценностях и предпочтениях клиентов, сообщается об услугах по оказанию помощи при информировании партнеров среди населения в целом и ключевых групп населения, ВИЧ-положительных клиентов и их партнеров, медицинских работников и ключевых заинтересованных сторон. Исследования проводились в Африке – в Ботсване (56), Камеруне (40,57), Эфиопии (58), Кении (9), Малави (59); в Америке – на Барбадосе (60), в Канаде (61–64), Гватемале (65), Перу (66–68), Соединенных Штатах (8,69–94); в Европе – в Дании (95,96), Эстонии (97), Италии (98,99), Нидерландах (100), Испании (101), Великобритании (102–105); в Азии и странах Тихоокеанского региона – в Австралии (106) и Сингапуре (107). Также были представлены два систематических обзора качественных источников, посвященных информированию партнеров: обзор ситуации в Соединенных Штатах (17) и обзор общемировых тенденций (108). Кроме того, для настоящих рекомендаций было проведено качественное исследование ценностей и предпочтений среди рыбацкого сообщества, секс-работников, населения в целом и работников здравоохранения в Уганде, а также молодежи из ключевых групп населения в Индонезии, Пакистане, на Филиппинах и в Таиланде (109,110).

Информирование партнеров среди ключевых групп населения

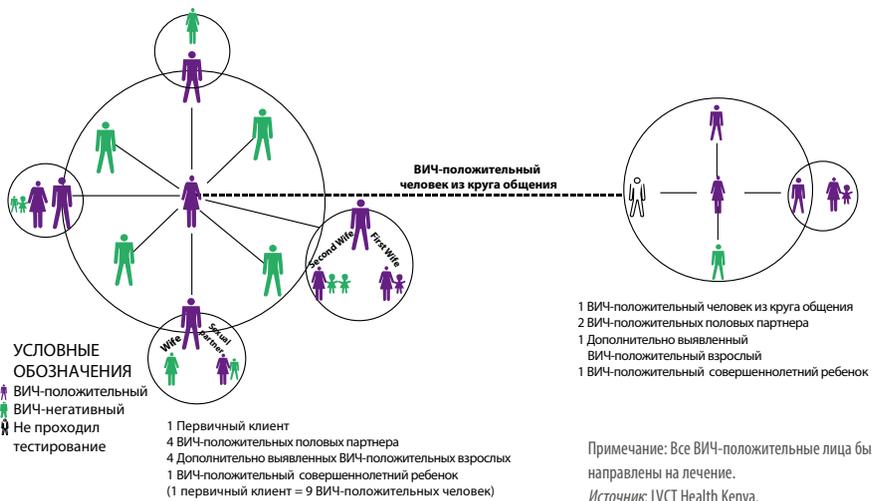
Исследования результатов информирования партнеров проводились среди ключевых групп населения, включая мужчин, имеющих секс с мужчинами, секс-работников, транссексуалов и потребителей инъекционных наркотиков. Как и в случае с исследованиями населения в целом, предоставление услуг по оказанию помощи при информировании партнеров позволило увеличить охват УТВ по сравнению с информированием без оказания помощи, а также выявить ВИЧ у значительного числа партнеров и

предложить им услуги по лечению и уходу. Одна из проблем, с которыми столкнулись исследователи, состоит в том, что представители ключевых групп населения не могут или не желают называть своих партнеров (81). То же самое наблюдалось и среди населения в целом, особенно среди людей, имеющих случайные связи (111), однако гетеросексуальные женщины лучше помнили и охотнее предоставляли контактную информацию о своих партнерах, чем мужчины, имеющие секс с мужчинами, или потребители инъекционных наркотиков (55). Поэтому при предоставлении ключевым группам населения услуг по оказанию помощи при информировании партнеров может потребоваться больше усилий для установления партнеров; кроме того, нужно будет убедить ВИЧ-положительных клиентов в том, что им гарантированы конфиденциальность и анонимность.

Представители ключевых групп населения высказывали схожие предпочтения по методам информирования партнеров; наиболее предпочтительным оказалось информирование с участием поставщика медицинских услуг (направление по соглашению или направление поставщиком услуг). В исследовании, проводившемся в Соединенных Штатах, мужчины, имеющие секс с мужчинами, рассказали, что направление поставщиком услуг позволило избежать обвинений, стигмы и насилия (108). Исследование в Перу, проведенное среди мужчин, имеющих секс с мужчинами, и женщин-трансгендеров, установило, что, хотя 93% респондентов согласны с необходимостью информировать постоянных партнеров, 74% уверены, что многие представители их группы не согласились бы на это; что касается информирования случайных партнеров, то тут результаты похожи: 73% считают такое информирование крайне важным и в то же время 85% сомневаются, что представители их группы пошли бы на это (68). В Сингапуре мужчины, имеющие секс с мужчинами, гораздо чаще по сравнению с гетеросексуальными респондентами предпочитали информирование партнеров по электронной почте (107).

Исследование, проведенное среди секс-работниц в Гватемале, выявило, что они считают информирование партнеров в целом приемлемым и осуществимым, особенно в случае с постоянными партнерами (намерение информировать последнего клиента, разовых клиентов и постоянных клиентов выразили свыше 90% респондентов) (65). Большинство этих женщин (85%) предпочли бы самостоятельно информировать клиентов, в то время как за информирование письмом или звонком из клиники высказались 51% (65).

Рисунок 3.5. Оказание помощи при информировании партнеров (на примере молодой женщины, занимавшейся коммерческим сексом)



Информирование партнеров среди подростков и молодежи

Информирование партнеров среди молодых людей изучалось в трех исследованиях. В исследовании из Сингапура респонденты в возрасте до 32 лет значительно чаще, чем люди старше этого возраста, предпочитали информировать партнеров посредством текстового сообщения (107). Исследование фокус-групп в Канаде показало, что представители старших возрастных групп предпочитают электронные способы информирования, такие как электронная почта, тогда как молодые люди отправляют мобильные текстовые сообщения; члены обеих групп уверены, что именно их способ надежнее и конфиденциальнее (64). В другом исследовании из Канады молодые люди предпочитают пользоваться Интернетом из соображений удобства (не нужно посещать клинику) и конфиденциальности, а также потому, что психологически такой способ для них легче, чем личный разговор (62). Примечательно, что опрошенные молодые люди относительно редко пользуются техническими средствами, которые считают устаревшими. По результатам этих исследований были выявлены важные факторы, которые необходимо учитывать при разработке программ по информированию партнеров с тем, чтобы применяемые методы соответствовали предпочтениям групп, которые планируется охватить.

Вставка 3.4. Аспекты разработки программ помощи при информировании партнеров для подростков и молодежи

- Подростки обязательно должны быть включены в программы предоставления услуг по информированию партнеров. Своевременный доступ к услугам по тестированию на ВИЧ и ранняя привязка к антиретровирусной терапии (АРТ) приносят пользу всем ВИЧ-инфицированным людям, которые пока не знают о своем диагнозе. Услуги по оказанию помощи при информировании партнеров помогут увеличить охват тестированием на ВИЧ среди людей из групп риска, особенно тех, кто не знает о возможном контакте с вирусом, или тех, кого требуется поддержать или проконсультировать по поводу тестирования.
- Подросткам может быть психологически сложнее принять информацию о возможном заражении ВИЧ.
- Поставщики услуг должны уметь найти подход к подросткам, чтобы при необходимости предложить им услуги поддержки.
- Подросткам может быть особенно трудно смириться с возможной потерей социальной и финансовой поддержки или утратой партнера, особенно если партнер старше и/или занимает главенствующую роль в отношениях.
- Подростки могут ощущать себя особенно незащищенными в случае морального и/или физического насилия со стороны интимного партнера (НИП).
- Партнеров подростков может быть сложнее установить.
- Поставщики услуг могут столкнуться с ситуацией, когда возраст согласия для тестирования на ВИЧ или вступления в половую связь со взрослыми не соответствует установленному законодательством страны. Вместе с тем подросткам, как уязвимой группе, требуется обеспечить доступ к жизненно необходимой АРТ (если диагностирован ВИЧ) или к средствам профилактики (если анализ на ВИЧ отрицательный) в безопасных условиях и без привлечения правоохранительных органов.
- Независимо от того, является ли подросток ВИЧ-положительным клиентом или информируемым партнером, от поставщика услуг требуется чуткость и отсутствие осуждения при разговоре о половых партнерах и о том, как способствовать взаимному раскрытию ВИЧ-статуса и минимизировать риск НИП.

Факторы, способствующие и препятствующие оказанию помощи при информировании партнеров о ВИЧ

Во всех исследованиях и среди всех групп населения главной причиной для информирования партнеров называли социальную ответственность, а именно пользу для здоровья как отдельных лиц, так и общества в целом, которую несет выявление ВИЧ-инфицированных людей с последующей привязкой их к жизненно необходимому уходу и лечению, которое также позволяет остановить дальнейшую передачу ВИЧ. Эта мотивация особенно сильна среди мужчин, имеющих секс с мужчинами, и трансгендерных женщин, которые считают обязательным информировать партнеров и помогать им получить доступ к тестированию и терапии (68,104,108).

В то же время, участники исследований полагают, что даже такие стимулы могут оказаться недостаточными: основными препятствиями для информирования партнеров респонденты считали стыд, чувство вины, утрату самостоятельности и психологической поддержки, а также боязнь стигмы, отвержения и разрыва отношений (57,60,66,101,103,105). Однако, как было сказано ранее (см. раздел об общественном вреде после информирования партнеров, стр. 51), причиной этих опасений не служат реализуемые и рассматриваемые в научной литературе услуги по оказанию помощи при информировании партнеров. Еще одним препятствием для информирования является то, что клиент не знает партнера или не знает, как с ним связаться, либо не способен установить его местонахождение. Все эти причины создают препятствия для информирования неосновных и случайных партнеров (101,110) и могут особенно негативно повлиять на членов ключевых групп населения и на их готовность и способность информировать партнеров (81).

Предпочтительные способы информирования партнеров о ВИЧ и способы связи

Как следует из имеющихся источников, разные группы предпочитают разные методы информирования. Предпочтения зависят от группы населения, возраста (особенно среди молодежи) и типа партнеров (основные или неосновные). В некоторых исследованиях отмечалось, что клиенты и поставщики услуг предпочитают личное информирование клиентом (73–96%) (76,101,103,109). В других исследованиях клиенты предпочитали информирование с сопровождением, а также находили приемлемым направление поставщиком услуг (11–71%) (8,59,83,99,105). В исследовании, проведенном на Барбадосе, ВИЧ-положительные люди предпочитали направление по соглашению прочим способам информирования (с сопровождением или без сопровождения), так как такой подход дает им отсрочку для информирования (60). Исследования указывают на то, что информирование поставщиком может оказаться особенно предпочтительным для информирования неосновных партнеров (101,103,105,109). В качественном исследовании, проведенном в Уганде и направленном на выявление предпочтительных способов информирования, выяснилось, что секс-работницы и рыбаки выбрали бы направление по соглашению или направление поставщиком услуг для информирования неосновных и случайных партнеров, а основных партнеров предпочли бы информировать самостоятельно (109). Мужчины, имеющие секс с мужчинами, и секс-работницы также считают, что направление по соглашению или направление поставщиком услуг защищает от возможного насилия, обвинений и стигмы (108,109). Исследование, проведенное среди потребителей инъекционных наркотиков, выявило, что если бы ВИЧ-положительным потребителям нужно было выбрать между самостоятельным информированием или направлением поставщиком услуг из числа работающих на местах, 71% выбрали бы направление поставщиком (8).

Услуги по информированию партнеров считаются приемлемыми и могут оказываться различными способами.

Существует множество способов связи для оказания услуг по информированию партнеров с сопровождением или без сопровождения. Информирование самим клиентом может следовать за послетестовой консультацией, во время которой консультант рекомендует клиенту, у которого выявлен ВИЧ,

раскрыть свой статус всем половым партнерам и партнерам по инъекционному употреблению наркотиков, или же когда консультант через ВИЧ-положительного клиента (впервые узнавшего свой статус или уже

находящегося на лечении) передает его партнеру(-ам) направление в клинику, талон на прием у врача или другое приглашение в письменной или электронной форме.

Информирование партнера с сопровождением может проходить как в форме личной беседы с партнером, так и посредством писем, телефонных звонков, текстовых сообщений, видео, электронной почты и систем обмена сообщениями через Интернет. Если выбран телефонный звонок или текстовое сообщение, то необходимо убедиться, что информирующий связался с нужным адресатом и что соблюдается анонимность как ВИЧ-положительного клиента, так и информируемого партнера. Стоит помнить, что для молодых людей (64,107), а также для мужчин, имеющих секс с мужчинами, наиболее приемлемым, особенно если иной контактной информации у них нет (78,104), может быть оповещение через Интернет-приложения и текстовые сообщения, и по возможности использовать именно этот способ. Тем не менее, предпочтения среди населения в целом и среди ключевых групп населения различаются в зависимости от типа партнеров и отношений. Так, информирование неосновных и случайных партнеров через текстовые сообщения, электронные письма, Интернет- и мобильные приложения считается приемлемым среди некоторых мужчин, имеющих секс с мужчинами (101). В Канаде клиенты, получающие лечение от ИППП и имеющие, по их собственным словам, многочисленных партнеров, также предпочитали для информирования электронные письма или текстовые сообщения, однако при этом они выразили желание информировать некоторых партнеров лично и соглашались, чтобы остальных информировали медсестра или поставщик услуг (61). В Сингапуре и Соединенных Штатах участники исследований предпочитали информировать партнеров при личном разговоре, а не звонком по телефону или текстовым сообщением (88,107).

3.2.3 Стоимость и экономическая эффективность

Для разработчиков нормативно-правовых баз в отношении ВИЧ вопрос возможных расходов на внедрение услуг по информированию партнеров о ВИЧ является важным, поскольку для выявления партнеров и установления с ними связи требуется обучить сотрудников и привлечь дополнительные ресурсы системы здравоохранения; кроме того, поставщикам услуг потребуется затратить дополнительное время.

В целом же, как показывают исследования, услуги по информированию партнеров о ВИЧ могут быть экономически эффективными. В Японии, где уровень заболеваемости ВИЧ очень низок, оказание помощи при информировании партнеров было рентабельным, а его коэффициент эффективности дополнительных затрат (КЭДЗ) составил 4930 долл. США на один дополнительный год жизни, что ниже, чем затраты на остальные мероприятия, связанные с ВИЧ (712). В недавнем европейском исследовании, проведенном среди мужчин, имеющих секс с мужчинами, услуги по оказанию помощи при информировании партнеров о ВИЧ также были признаны экономически эффективными; еще более благоприятным КЭДЗ оказывался при прогнозе в долгосрочной перспективе (на 20 лет) (21). В городской клинике по лечению ИППП в Малави, стране с высоким уровнем заболеваемости ВИЧ, КЭДЗ услуг по оказанию помощи при информировании партнеров составил 3560 долл. США на один предотвращенный случай заражения ВИЧ при сравнении направлением по соглашению и информирования без сопровождения, а при сравнении направления поставщиком услуг и информирования без сопровождения – 4106 долл. США на один предотвращенный случай заражения ВИЧ (20). В этом исследовании затраты на выявление одного нового случая ВИЧ составили, в зависимости от способа информирования: при информировании поставщиком услуг – 36 долл. США; при направлении по соглашению – 18 долл. США; при информировании самим клиентом – 8 долл. США. Затраты в расчете на одного протестированного партнера: при направлении поставщиком услуг – 19 долл. США; при направлении по соглашению – 9 долл. США; при информировании самим клиентом – 4 долл. США (20). Результаты этих исследований указывают на экономическую эффективность услуг по информированию партнеров при взаимодействии с лицами из групп повышенного риска.

Затраты на оказание помощи при информировании партнеров сильно различаются в зависимости от стоимости единицы медицинских ресурсов, от выбранного способа информирования и особенно от того, какие работники задействованы в оказании услуг. Различие в объеме затрат также зависит от

эпидемиологической обстановки в той или иной стране или регионе, особенно в том, что касается уровня заболеваемости ВИЧ и числа партнеров, у которых впервые выявлен ВИЧ. Стоит подчеркнуть, что в условиях высокой заболеваемости стоимость программ может быть выше, чем в условиях низкой заболеваемости, так как в первом случае требуется приложить больше усилий для поиска и информирования партнеров. Однако в данном случае можно говорить об экономической эффективности этих услуг, поскольку в результате этих мероприятий с высокой вероятностью будет выявлено большое число ВИЧ-положительных лиц, которым потребуется АРТ. Следовательно, при разработке программ важно провести контекстно-обусловленную оценку для выбора способа информирования и требуемого объема ресурсов и обеспечения оптимального соотношения между общими затратами на программу и возможной экономической эффективностью различных способов информирования (113–115).

3.2.4 Рекомендация

Рассмотрев данные, представленные в вышеупомянутых рандомизированных контролируемых исследованиях, наблюдательных исследованиях, исследованиях ценностей и предпочтений, а также исследованиях экономической целесообразности и эффективности, и проанализировав национальные нормативно-правовые базы, ГРП пришла к единому решению и выпустила рекомендацию по информированию партнеров о ВИЧ.

Используя метод GRADE для оценки качества доказательств, полученных в ходе рандомизированных контролируемых исследований, ГРП определила, что данные имеют умеренное качество. Приняв во внимание возможные преимущества и риски для общественного здравоохранения, ГРП определила, что преимущества информирования партнеров о ВИЧ значительно перевешивают возможные риски. Поэтому ГРП пришла к единому мнению и рекомендует ВОЗ дать сильные рекомендации в поддержку предложения услуг по оказанию помощи при информировании партнеров о ВИЧ всем ВИЧ-положительным лицам в составе комплекса УТВ.

НОВОЕ

Рекомендация

Услуги по содействию в добровольном информировании партнеров о ВИЧ следует предлагать в рамках комплексного пакета услуг по тестированию и оказанию помощи, предлагаемого людям, живущим с ВИЧ (*сильная рекомендация, умеренное качество доказательств*).

3.3 Аспекты успешной реализации

При реализации услуг по информированию партнеров важно учитывать все факторы, обеспечивающие успех программы, в том числе: обучение поставщиков услуг; подбор метода оказания услуг с учетом конкретной ситуации; методы, обеспечивающие привязку к профилактике, лечению, уходу и поддержке; законодательство и нормативно-правовые документы.

Для достижения наибольшего положительного эффекта от услуг по оказанию помощи при информировании партнеров о ВИЧ необходимо с момента обнаружения у клиента ВИЧ предоставлять ему возможность получать эти услуги на всех этапах взаимодействия с органами здравоохранения. Человек, впервые узнавший о том, что болен ВИЧ, может быть не готов раскрыть свой ВИЧ-статус или личность партнера(-ов). Поэтому после начала лечения работники учреждения здравоохранения должны уточнить у клиента, раскрыл ли он свой статус всем партнерам, и если нет, то предложить ему услуги по информированию партнеров. Процедуру уточнения надо проводить каждые полгода или год, во время повторных визитов пациента, так как со временем он может начать больше доверять медицинским работникам и будет готов раскрыть свой ВИЧ-статус или согласиться на услуги по информированию партнеров.

3.3.1 Поддержка со стороны законодательства и нормативно-правовых баз

Для успешной и эффективной реализации программ совершенно необходима законодательная поддержка. Поэтому еще до начала реализации программы по информированию партнеров о ВИЧ нужно оценить юридическую обстановку. В некоторых случаях информирование партнеров о ВИЧ запрещено законом о врачебной тайне; в других случаях из-за законодательных ограничений клиенты и их партнеры могут столкнуться с риском стигматизации, дискриминации, уголовного преследования и карательных мер.

Странам необходимо проанализировать собственное законодательство, чтобы определить, как можно сделать его более мягким к людям, живущим с ВИЧ, и более благоприятным для реализации программ помощи таким людям. Этого можно достичь, запретив обязательное или принудительное информирование партнеров, а также пересмотрев законодательство и нормативно-правовые базы, которые стигматизируют и дискриминируют представителей ключевых групп населения и людей, больных ВИЧ, а также предусматривают их уголовное преследование (см. вставку 3.5).

Вставка 3.5. Структурные препятствия услугам по информированию партнеров о ВИЧ

- Законы и нормативно-правовые акты, в той или иной форме предписывающие обязательное тестирование на ВИЧ.
- Законы и нормативно-правовые акты, в той или иной форме предписывающие обязательное оповещение партнера о ВИЧ.
- Законы и нормативно-правовые акты, предусматривающие уголовное наказание за передачу ВИЧ.
- Законы и нормативно-правовые акты, предусматривающие уголовное наказание за определенные виды поведения ключевых групп населения (потребителей инъекционных наркотиков, секс-работников, мужчин, имеющих секс с мужчинами, трансгендеров).
- Отсутствие понятия врачебной тайны
- Отсутствие анонимности при информировании партнера

3.3.2 Обучение работников для оказания услуг по информированию партнеров о ВИЧ и снижение рисков при оказании услуг

Всем людям, у которых впервые выявлен ВИЧ, специально обученный поставщик услуг должен предложить услуги по добровольному информированию партнеров о ВИЧ: в первый раз – при постановке диагноза, а в дальнейшем на протяжении всего процесса лечения, так как жизненные обстоятельства пациента и его готовность обсудить информирование партнеров могут измениться. Пациент может отклонить это предложение из-за страха последствий для себя и/или партнера(-ов). С ВИЧ-положительным клиентом надо обсудить вопросы, касающиеся выбора партнеров для информирования (основные и/или иные партнеры), и сделать выбор только после совместного рассмотрения всех преимуществ и рисков.

Для каждого подхода руководители программ должны разработать письменные стандартные инструкции, правила и протоколы оказания услуг по информированию партнеров о ВИЧ. Независимо от выбранного подхода, необходимо, чтобы все ВИЧ-положительные клиенты знали, что услуги по информированию партнеров о ВИЧ всегда оказываются добровольно и что даже при отказе от информирования у них останется доступ к другим услугам (см. вставку 3.6). Обязательное или принудительное информирование партнеров является недопустимым (116).

Вставка 3.6. Важная информация для ВИЧ-положительных клиентов, дающих согласие на оказание услуг по информированию партнеров силами волонтеров

Программа должна быть составлена таким образом, чтобы ВИЧ-положительные клиенты, дающие согласие на оказание услуг по добровольному информированию партнеров знали и понимали:

- Цели оказания услуг по информированию партнеров;
- Последствия оказания услуг по информированию партнеров;
- Что оказание услуг по информированию партнеров является добровольным и что даже при отказе от информирования у клиентов останется доступ к другим медицинским услугам;
- Различные способы информирования партнеров (направление поставщиком услуг, направление по соглашению, двойное направление или самостоятельное информирование);
- Возможные преимущества и риски, и то, как снизить риски;
- Как и в какой степени охраняется конфиденциальность;
- Где и как можно получить услуги поддержки, особенно если клиенту был причинен вред.

Источник: CDC, 2008 (117).

Обучение поставщиков услуг оказанию помощи при информировании партнеров о ВИЧ

Чтобы оказывать вспомогательные услуги по информированию партнеров о ВИЧ, поставщикам услуг здравоохранения потребуется обучение и содействие в поиске и установлении партнеров. Клиенту необходимо ясно дать понять, что информирование партнеров (независимо от способа) всегда является исключительно добровольным. Крайне важно обучить поставщиков тому, как тактично и без осуждения расспрашивать клиента о половом партнере или партнерах, как инициировать обоюдное раскрытие ВИЧ-статуса в серодискордантных парах и как распознать и снизить риск НИП. Также может потребоваться специальное обучение для того, чтобы поставщики услуг знали о потребностях молодых людей (см. вставку 3.4) и ключевых групп населения.

Кроме того, потребуется обучить поставщиков тому, как надо консультировать клиентов и задавать им вопросы, вести документацию и составлять отчеты с применением стандартизированных форм для ведения истории попыток и результатов информирования партнеров ВИЧ-положительных клиентов, а также статистики по охвату тестированием на ВИЧ, результатам тестов и привязке к медицинской помощи. После обучения поставщики услуг должны знать, как помочь клиенту принять информированное и безопасное решение, касающееся того, с кем из партнеров связаться (или не связаться), а также как обеспечить конфиденциальность ВИЧ-положительных клиентов и их партнеров. Поставщики услуг должны понимать, что им запрещено раскрывать личные данные клиента или его партнера(-ов) или информацию о здоровье клиента или его партнера(-ов) без их на то согласия. К информированию партнеров, особенно если клиент и/или партнер принадлежат к ключевым группам населения, чье поведение преследуется законом, не должны привлекаться судебные и правоохранительные органы, а также поставщики услуг, не связанные со здравоохранением.

Важно также, чтобы поставщики услуг знали, как избежать агрессии в свой адрес, особенно когда информирование происходит на дому или за пределами клиники. В зависимости от ситуации стоит, например, избегать опасных районов, а частные домовладения посещать в сопровождении местных работников здравоохранения.

По окончании обучения медицинских работников и поставщиков услуг без медицинского образования необходимо направить в надлежащие учреждения, чтобы они могли эффективно оказывать вспомогательные услуги при информировании партнеров.

Снижение рисков и защита от возможного вреда

Специально обученные поставщики услуг должны предоставлять поддержку и консультирование ВИЧ-положительным клиентам и информируемым партнерам. Главным образом, необходимо поддерживать клиентов и призывать их раскрывать свой ВИЧ-статус, если это безопасно и послужит во благо, а также подчеркивать важность привязки к профилактике ВИЧ, лечению и прочим услугам (12). При выявлении серодискордантных пар поставщики услуг должны рекомендовать им взаимное раскрытие ВИЧ-статуса при содействии поставщиков услуг, специально обученных консультированию при работе с парами (12). ВИЧ-положительным партнерам необходимо предоставлять четкую и понятную информацию о преимуществах лечения, а с ВИЧ-отрицательными нужно говорить о мерах профилактики (ДКП, использование презервативов, добровольное мужское медицинское обрезание (ДММО)) для предотвращения дальнейшей передачи ВИЧ (12). Если партнеры еще не знают статус друг друга, то поставщик должен особо позаботиться о соблюдении конфиденциальности клиента (12).

Также поставщик услуг должен определить, в каких случаях клиенту угрожает общественный вред или физическое насилие. Для выявления случаев НИП используются различные средства (118). Могут потребоваться направления на более детальное консультирование и доступ к горячим линиям и временным убежищам. При консультировании клиента поставщик услуг должен оценить степень риска, чтобы выбрать наиболее подходящий способ информирования партнера, включая такие более комфортные способы как двойное направление или УТВ в парах, или же решить, что в данном случае лучше вообще не информировать партнера.

3.3.3 Способы связи с партнерами

Предоставление услуг по информированию партнеров на выбор

Всем людям с положительным анализом на ВИЧ необходимо как можно скорее предложить услуги по добровольному информированию партнеров. Способов информирования много, и наиболее подходящий из них можно выбрать исходя из ситуации, обстановки и предпочтений клиента (см. определения информирования партнеров с сопровождением и без сопровождения во вставке 3.2; также см. ниже таблицу 3.2).

ВИЧ-положительных клиентов необходимо проинформировать обо всех доступных способах информирования и дать понять, что они могут выбрать различные способы для информирования разных партнеров. Например, некоторых партнеров ВИЧ-положительному клиенту было бы комфортно информировать самостоятельно, и в этом случае можно выбрать информирование без сопровождения, в то время как для информирования других партнеров ему может потребоваться помощь поставщика услуг. Если самотестирование на ВИЧ отвечает требованиям законодательства конкретного государства, то такой способ можно предложить партнерам при информировании с сопровождением или без сопровождения.

В зависимости от ситуации, некоторые способы информирования партнеров могут быть более осуществимыми или предпочтительными для отдельных групп населения. Например, молодые люди решат воспользоваться современными технологическими средствами, текстовыми сообщениями и другими средствами передачи сообщений через Интернет, а в более старших возрастных группах предпочтительнее окажутся личные встречи, звонки по телефону или электронная почта. В зависимости от ситуации, ключевые группы населения, чье поведение подвергается стигматизации, дискриминации и уголовному преследованию, могут предпочесть анонимные способы информирования, к примеру, информирование поставщиком услуг. Выбор зависит от ситуации и предпочтений клиента, и важно предложить ВИЧ-положительным клиентам различные варианты, чтобы они могли выбрать безопасный, эффективный и приемлемый лично для них подход.

Таблица 3.1. Способы оказания услуг по информированию партнеров

Услуги по информированию партнеров с сопровождением (направление поставщиком услуг, по соглашению, двойное)	Услуги по информированию партнеров без сопровождения
<ul style="list-style-type: none"> • Поставщик услуг консультирует ВИЧ-положительного клиента и предлагает ему помощь в раскрытии ВИЧ-статуса и при информировании партнера(-ов) одним из трех методов. • Поставщик услуг связывается с партнером(-ами) по телефону, электронной почте или посещает их на дому, информирует их о возможном контакте с ВИЧ и предлагает услуги по тестированию на ВИЧ (УТВ). • Поставщик услуг предлагает партнерам и членам семьи ВИЧ-положительного клиента УТВ на дому. 	<ul style="list-style-type: none"> • Поставщик услуг консультирует ВИЧ-положительного клиента и предлагает ему раскрыть ВИЧ-статус партнеру(-ам) и сообщить им о возможном контакте с ВИЧ лично или по телефону, электронной почте, посредством текстового сообщения и т.п. • Поставщик услуг через ВИЧ-положительного клиента передает его партнеру(-ам) письмо или карточку с приглашением в медицинское учреждение. Партнерам, обратившимся в медицинское учреждение, предлагается УТВ. • ВИЧ-положительные клиенты могут самостоятельно информировать партнера(-ов) через службы анонимной передачи сообщений (по телефону, электронной почте или через Интернет).

Содействие получению привязки к профилактике, лечению и уходу

Чтобы облегчить состояние партнеров ВИЧ-положительных клиентов, у которых также выявлен ВИЧ, и не допустить дальнейшей передачи вируса, необходимо направить их на раннее лечение. Партнерам, у которых впервые выявлен ВИЧ, также необходимо предложить услуги по информированию их половых партнеров и партнеров по употреблению инъекционных наркотиков. Партнеров с отрицательным анализом на ВИЧ можно проинформировать об эффективных средствах профилактики (презервативы, ДММО, ДКП) и обеспечить доступ к этим средствам, а потребителям инъекционных наркотиков для снижения риска инфицирования ВИЧ можно предложить услуги по снижению вреда и опиоидную заместительную терапию.

Услуги по информированию партнеров также дают возможность предложить партнерам ВИЧ-положительных клиентов дополнительные услуги по тестированию на туберкулез, гепатиты В и С и другие ИППП, а также обеспечить доступ к средствам контрацепции. Особенно эффективным такой подход оказался при установлении внутрисемейных контактов ВИЧ-положительных клиентов, с тем чтобы предложить им комбинированное тестирование на ВИЧ и туберкулез (см. вставку 3.7). Например, в Южной Африке из 59 457 членов семей ВИЧ-положительных клиентов, прошедших тестирование на ВИЧ и туберкулез, ВИЧ был выявлен у 15,5%. Почти все они (97%) прошли тестирование на туберкулез, симптомы которого были выявлены у 21,3% (119).

Полный список мероприятий и подходов, направленных на содействие ВИЧ-положительным клиентам и их партнерам при получении привязки к медицинской помощи, содержится в *Сводном руководстве по услугам тестирования на ВИЧ (13)*, изданном ВОЗ.

Пример из практики: Программа по информированию партнеров на базе сообществ (Кения)

LVCT Health – действующая в Кении негосударственная организация, которая оказывает услуги по тестированию на ВИЧ (УТВ), проводит профилактические мероприятия и предоставляет лечение населению в целом, ключевым группам населения и подросткам на базе сообществ и на базе учреждений. Программа спонсируется действующими в США Центрами по контролю и профилактике заболеваний согласно соглашению о сотрудничестве в рамках Президентской программы по борьбе со СПИДом. Пилотная программа информирования партнеров осуществлялась в Найроби в трущобных кварталах Млолонго и Кавангваре с декабря 2015 по май 2016 года. Специально обученные консультанты без медицинского образования предлагали УТВ на базе сообществ (в пунктах оказания УТВ, на местах и при подомовом обходе), используя направление по соглашению для установления половых партнеров и членов семей ВИЧ-положительных клиентов, а также для выявления круга общения ключевых групп населения, которым УТВ могли бы принести пользу.

Консультантов обучали оказывать услуги по информированию партнеров, проводить тестирование на НИП и создавать конфиденциальную и безопасную обстановку для ВИЧ-положительных клиентов, чтобы выяснить, каких половых партнеров они хотели бы информировать. Консультанты вели журнал, куда записывали номера телефонов и информацию о местонахождении установленных партнеров. Далее они информировали партнеров при личной встрече и предлагали им пройти тестирование на ВИЧ. Консультанты договаривались с партнерами о тестировании в медицинском учреждении или на дому, в том числе и с участием, при необходимости, членов их семей. Консультанты еженедельно анализировали и ежемесячно проверяли статистику по установленным, информированным и прошедшим тестирование партнерам.

В программе приняли участие 205 человек из тех 341, у кого был выявлен ВИЧ. Эти 205 ВИЧ-положительных клиентов назвали 580 партнеров и лиц, с которыми имели контакт; из этих 508 человек 331 (57%) захотели протестироваться на ВИЧ; у 116 (35%) ВИЧ был выявлен. Среди ВИЧ-положительных партнеров и лиц, с которыми у клиентов был контакт, 104 (90%) были взрослыми, 12 (10%) – несовершеннолетними. 91% всех ВИЧ-положительных партнеров были направлены на лечение. Случаев общественного вреда отмечено не было.

Результаты информирования партнеров

	Мужчины	Женщины	Дети	Итого
ВИЧ-положительные клиенты	74	131	0	205
Установленные партнеры/члены семьи	194	150	236	580
Партнеры/члены семьи, протестированные на ВИЧ	113	92	126	331
ВИЧ-положительные партнеры/члены семьи	48 (42%)	56 (61%)	12 (10%)	116 (35%)

Результаты и выводы доклада принадлежат его авторам и могут не совпадать с официальной позицией Центров по контролю и профилактике заболеваний США.

Источник: Приложение 21.

Вставка 3.7. Рекомендации по установлению контактов больных туберкулезом

В обстановке высокой распространенности ВИЧ всем членам семей и близким [больных туберкулезом] рекомендуется получить консультацию и пройти тестирование на ВИЧ (*сильная рекомендация, очень низкое качество доказательств*).

Всем членам семей индексных пациентов, [больных туберкулезом и] живущих с ВИЧ, рекомендуется получить консультацию и пройти тестирование на ВИЧ (*сильная рекомендация, очень низкое качество доказательств*).

Всем членам семей и близким больных туберкулезом, имеющим симптомы, характерные для открытой формы туберкулеза, в рамках клинического обследования необходимо получить консультацию и пройти тестирование на ВИЧ (*сильная рекомендация, очень низкое качество доказательств*).

Источник: ВОЗ, 2012 (120).

3.3.4 Системы ведения документации, мониторинга и отчетности

Все системы ведения документации, мониторинга и отчетности должны обеспечивать сохранность и конфиденциальность данных клиентов, получающих УТВ, а также личной и медицинской информации их партнеров. Информация для мониторинга услуг по информированию партнеров должна содержать данные о:

- количестве и процентном соотношении ВИЧ-положительных лиц, которым были предложены услуги по содействию в добровольном информировании партнеров;
- количестве и процентном соотношении ВИЧ-положительных лиц, которые согласились получить услуги по оказанию помощи при информировании партнеров;
- количестве установленных партнеров каждого ВИЧ-положительного клиента;
- количестве и процентном соотношении установленных партнеров, которые были информированы;
- количестве и процентном соотношении партнеров, согласившихся получить УТВ;
- количестве и процентном соотношении партнеров, у которых был выявлен ВИЧ;
- количестве и процентном соотношении ВИЧ-положительных партнеров, получающих лечение;
- количестве и видах неблагоприятных явлений, с которыми столкнулись ВИЧ-положительные клиенты после информирования партнеров.

Подходы к внедрению услуг по информированию партнеров требуются регулярно проверять и периодически оценивать с целью определения их эффективности. На основе этих оценок можно будет решить, стоит ли продолжать внедрять те или иные подходы, какие методы больше подходят для различных групп населения и какой объем ресурсов требуется, чтобы обеспечить оптимальное соотношение между общими затратами на программу и ее рентабельностью.

Рекомендуемая литература

- Consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/>).
- Сводное руководство по ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения: профилактика, диагностика, лечение и уход. Женева: Всемирная Организация Здравоохранения; 2014 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/ru/>)
- Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. Geneva: World Health Organization; 2013 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/>).
- Guidance on couples HIV testing and counselling – including antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples: recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2012 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/9789241501972/en/>).
- Recommendations for investigating contacts of persons with infectious tuberculosis in low- and middle-income countries. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77741/1/9789241504492_eng.pdf).
- HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2013 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/adolescents/en/>).

БИБЛИОГРАФИЯ

Резюме и Глава 1

1. Сводное руководство по услугам тестирования на ВИЧ. Всемирная организация здравоохранения, 2016 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/317659/Consolidated-guidelines-HIV-testing-services-2015-ru.pdf?ua=1, по состоянию на 1 марта 2018 г.).
2. Guidance on couples HIV testing and counselling - including antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples: recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2012 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/9789241501972/en/>, accessed 22 May 2016). 3. Global health sector response to HIV, 2000-2015: focus on innovations in Africa: progress report. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/198065>, accessed 16 May 2016).
4. Fast-Track - Ending the AIDS epidemic by 2030. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2014 (http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/JC2686_WAD2014report, accessed 12 May 2016).
5. WHO handbook for guideline development – 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/kms/handbook_2nd_ed.pdf?ua=1, accessed 29 October 2016).
6. Andrews J, Schünemann H, Oxman A, Pottie K, Meerpoh J, Coello P, et al. GRADE guidelines: 15. Going from evidence to recommendation - determinants of a recommendation's direction and strength. *J Clin Exp*. 2013;66:726-35.
7. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions version 5.1.0. Higgins J, Green S, editors: The Cochrane Collaboration; 2011.
8. Сводное руководство по ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения: профилактика, диагностика, лечение и уход. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/ru/>, по состоянию на 1 марта 2018 г.).
9. Invest in HIV prevention: quarter for prevention. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2015 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2791_invest-in-HIV-prevention_en.pdf, accessed 16 May 2016).
10. Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции: рекомендации с позиций общественного здравоохранения. 2-е издание. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2016 год (<http://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/ru/>, по состоянию на 1 марта 2018 г.).
11. Towards universal access by 2010: how WHO is working with countries to scale-up HIV prevention, treatment, care and support. Geneva: World Health Organization; 2006 (http://www.who.int/hiv/mediacentre/universal_access_progress_report_en.pdf, accessed 16 May 2016).
12. Prevention gap report. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2016 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-prevention-gap-report_en.pdf, accessed 1 August 2016).
13. Factsheet to the WHO consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/hiv/topics/vct/fact_sheet/en/, accessed 5 August 2016).
14. Global update on the health sector response to HIV. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://www.who.int/hiv/pub/progressreports/update2014/en/>, accessed 16 May 2016).
15. Koo K, Makin J, Forsyth B. Barriers to male-partner participation in programs to prevent mother-to-child HIV transmission in South Africa. *AIDS Educ Prev*. 2013;25:14-24.
16. Bor J, Rosen S, Chimbindi N, Haber N, Herbst K, Mutevedzi T, et al. Mass HIV treatment and sex disparities in life expectancy: demographic surveillance in rural South Africa. *PLoS Med*. 2015;12(11):e1001905.

17. Hensen B, Taoka S, Lewis J, Weiss H, Hargreaves J. Systematic review of strategies to increase men's HIV-testing in sub-Saharan Africa. *AIDS*. 2014;28:2133-45.
18. Sharma M, Ying R, Tarr G, Barnabas R. Systematic review and meta-analysis of community and facility-based HIV testing to address linkage to care gaps in sub-Saharan Africa. *Nature*. 2015;528(7580):S77-S85.
19. The AIDS epidemic continues to take a staggering toll, especially in sub-Saharan Africa. New York: United Nations International Children's Emergency Fund; 2016 (<http://data.unicef.org/hiv-aids/global-trends.html>, accessed 16 May 2016).
20. Kidman R, Anglewicz P. Are adolescent orphans more likely to be HIV-positive? A pooled data analyses across 19 countries in sub-Saharan Africa. *J Epidemiol Community Health*. 2016.
21. Gap Report: no one left behind. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2014 (http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf, accessed 13 March 2016).
22. Philbin MM, Tanner A, DuVal A, Ellen JM, Xu J, Kapogiannis B, et al. Factors affecting linkage to care and engagement in care for newly diagnosed HIV-positive adolescents within fifteen adolescent medicine clinics in the United States. *AIDS Behav*. 2014;18(8):1501-10.
23. HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2013 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/adolescents/en/>, accessed 5 March 2016).
24. Liu F, Han L, Tang W, Huang S, Yang L, Zheng H, et al. Availability and quality of online HIV self-test kits in China and the United States. *Top Antivir Med*. 2015;23:506-7.
25. Assessment of over-the-counter HIV rapid test kits in Namibia. Arlington, VA, USA: USAID's AIDS Support and Technical Assistance Resources, AIDSTAR-One, Task Order 1; 2013 (<http://www.path.org/publications/detail.php?i=2446>, accessed 20 June 2016).
26. Williams O, Dean J, Harting K, Bath K, Gilks C. Implications of the on-line market for regulation and uptake of HIV self-testing in Australia. *AIDS Care*. 2016;1(6).

Глава 2

1. Fast-Track - Ending the AIDS epidemic by 2030. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2014 (http://www.unaids.org/ru/resources/documents/2014/JC2686_WAD2014report, accessed 12 May 2016).
2. Сводное руководство по услугам тестирования на ВИЧ. Всемирная организация здравоохранения, 2016 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/317659/Consolidated-guidelines-HIV-testing-services-2015-ru.pdf?ua=1, по состоянию на 1 марта 2018 г.).
3. Приложение 17: Should HIV self-testing be offered as an additional approach to delivering HIV testing services? A systematic review and meta-analysis. Geneva: World Health Organization; 2016.
4. Figueroa C, Johnson C, Verster A, Baggaley R. Attitudes and acceptability on HIV self-testing among key populations: a literature review. *AIDS Behav*. 2015;19(11):1949-65.
5. Krause J, Subklew-Sehume F, Kenyon C, Coelebunders R. Acceptability of HIV self-testing: a systematic literature review. *BMC Publ Health*. 2013;13(735).
6. Pant Pai N, Sharma J, Shivkumar S, Pillay S, Vadnais C, Joseph L, et al. Supervised and unsupervised self-testing for HIV in high- and low-risk populations: a systematic review. *PLoS Med*. 2013;10(4):e1001414.
7. Napierala Mavedzenge S, Baggaley R, Corbett EL. A review of self-testing for HIV: research and policy priorities in a new era of HIV prevention. *Clin Infect Dis*. 2013;57(1):126-38.
8. Prestage G, Zablotska I, Bavinton B, Grulich A, Keen P, Murphy D, et al. Previous and future use of HIV self-testing: a survey of Australian gay and bisexual men. *Sex Health*. 2016;13(1):55-62.

9. Bustamante MJ, Konda KA, Joseph Davey D, Leon SR, Calvo GM, Salvatierra J, et al. HIV self-testing in Peru: questionable availability, high acceptability but potential low linkage to care among men who have sex with men and transgender women. *Int J STD AIDS*. 2016.
10. Choko AT, MacPherson P, Webb EL, Willey BA, Feasy H, Sambakunsi R, et al. Uptake, accuracy, safety, and linkage into care over two years of promoting annual self-testing for HIV in Blantyre, Malawi: a community-based prospective study. *PLoS Med*. 2015;12(9):e1001873.
11. Witzel T, Weatherburn P, Burns A, Rodger A, Rhodes T. What role does HIV self-testing (HIV-ST) have for men who have sex with men (MSM) in the UK? Testing needs, social norms & biological citizenship. Presented at:21st International AIDS Society;18-22 July;Durban, South Africa;2016.
12. Catania J, Dolcini M, Harper G, Dowhower D, Dolcini-Catania L, Towner S, et al. Bridging barriers to clinic-based HIV testing with new technology: translating self-implemented testing for African American youth. *Transl Behav Med*. 2015;5(4):372-83.
13. Brown W, Carballo-Diéguez A, John RM, Schnall R. Information, motivation, and behavioral skills of high-risk young adults to use the HIV self-test. *AIDS Behav*. 2016:1-10.
14. Kalibala S, Tun W, Cherutich P, Nganga A, Oweya E, Oluochet P. Factors associated with acceptability of HIV self-testing among health care workers in Kenya. *AIDS Behav*. 2014;18(Suppl. 4):S405–S14.
15. Zanolini A, Chipungu J, Mafwenko M, Holmes C, Thirumurthy H. Acceptability and preferences for HIV self-testing in Zambia: a population-based formative study using a discrete choice experiment. Presented at:21st International AIDS Conference;18-22 July;Durban, South Africa;2016.
16. Sibanda E, Mutseta M, Hatzold K, Gudukeya S, Dhliwayo A, Lopez C, et al. Community-based distribution of HIV self-test kits: results from a pilot of door-to-door distribution of HIV self-test kits in one rural Zimbabwean community. Presented at:21st International AIDS Society;18-22 July;Durban, South Africa;2016.
17. Sarkar A, Mburu G, Behara J, Sharma P, Mishra S, Mehra S. Feasibility of supervised self-testing using an oral fluid-based HIV rapid testing method. Presented at:8th International AIDS Society Conference;19-22 July;Vancouver, Canada;2015.
18. Thirumurthy H, Masters S, Mavedzenge S, Maman S, Omanga E, Agot K. Promoting male partner HIV testing and safer sexual decision making through secondary distribution of self-tests by HIV-negative female sex workers and women receiving antenatal and post-partum care in Kenya: a cohort study. *Lancet HIV*. 2016;3(6):e266-e74.
19. Choko A, Kumwenda M, Fielding K, Corbett E, Chikovore J, Desmond N. Acceptability of woman-delivered HIV self-testing to the male partner: a qualitative study of antenatal clinic-linked participants in Blantyre, Malawi. Presented at:21st International AIDS Conference;18-22 July;Durban, South Africa;2016.
20. Kumwenda M, Munthali A, Phiri M, Mwale D, Gutteberg T, MacPherson E, et al. Factors shaping initial decision-making to self-test amongst cohabiting couples in urban Blantyre, Malawi. *AIDS Behav*. 2014;18(Suppl 4):S396-404.
21. Health worker access to HIV/TB prevention, treatment and care services in Africa: situational analysis and mapping of routine and current best practices. London and Geneva: London School of Hygiene and Tropical Medicine, World Health Organization, Global Health Workforce Alliance; 2007.
22. Kebede B, Abate T, Mekonnen D. HIV self-testing practices among health care workers: feasibility and options for accelerating HIV testing services in Ethiopia. *Pan Afr Med J*. 2013;15:50.
23. Preparedness for HIV/AIDS service delivery: the 2005 Kenya health worker survey. Nairobi: NASCOP; 2006 (<http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/KenyaHealthWorkerSurvey.pdf>, accessed 2 July 2016).
24. Liu F, Han L, Tang W, Huang S, Yang L, Zheng H, et al. Availability and quality of online HIV self-test kits in China and the United States. *Top Antivir Med*. 2015;23:506-7.
25. Assessment of over-the-counter HIV rapid test kits in Namibia. Arlington, VA, USA: USAID's AIDS Support and Technical Assistance Resources, AIDSTAR-One, Task Order 1; 2013 (<http://www.path.org/publications/detail.php?i=2446>, accessed 20 June 2016).

26. Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции: рекомендации с позиций общественного здравоохранения. 2-е издание. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2016 год (<http://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/ru/>, по состоянию на 1 марта 2018 г.).
27. Country Intelligence Database. Geneva: World Health Organization; 1 November 2016).
28. HIV self-testing technology landscape – 2nd edition. Geneva: UNITAID; 2016 (<http://www.who.int/hiv/pub/vct/hiv-self-testing-2016-secondedition/en/>, accessed 22 August 2016).
29. Williams O, Dean J, Harting K, Bath K, Gilks C. Implications of the on-line market for regulation and uptake of HIV self-testing in Australia. *AIDS Care*. 2016;1(6).
30. Home HIV testing gets the green light South Africa [updated 2016 15 February cited 2016 2 July]. Available from: <http://www.health24.com/Medical/HIV-AIDS/Testing/home-hiv-testing-gets-the-green-light-20160208>.
31. Home HIV Test Philippines. Philippines [updated 2016 10 June cited 2016 28 June]. Available from: <https://www.facebook.com/hivtestph/>.
32. Tan R. Self-test kit still a prickly issue Malaysia [updated 2016 7 March]. Available from: <http://www.thestar.com.my/news/nation/2016/03/07/selftest-kit-still-a-prickly-issue-pharmacy-hiv-equipment-is-questionable/>.
33. Katz D, Golden M, Hughes J, Farquhar C, Stekler J. HIV self-testing increases HIV testing frequency among high-risk men who have sex with men: a randomized controlled trial. Presented at: 8th International AIDS Society Conference; 19–22 July 2015; Vancouver, Canada; 2015.
34. Jamil M, Prestage G, Fairley C, Grulich A, Smith K, Chen M, et al. Access to HIV self-testing doubles the frequency of HIV testing among gay and bisexual men at higher risk of infection: a randomised controlled trial. Presented at: 21st International AIDS Conference; 18–22 July; Durban, South Africa; 2016.
35. Thirumurthy H, Masters S, Obonyo B, Napierala Mavedzenge S, Maman S, Omanga E, et al. Promoting male partner and couples HIV testing through secondary distribution HIV self-tests: a randomized trial. Presented at: 21st International AIDS Society; 18–22 July; Durban, South Africa; 2016.
36. Gichangi A, Wambua J, Gohole A, Mutwiwa S, Njogu R, Bazant E, et al. Provision of oral HIV self-test kits triples uptake of HIV testing among male partners of antenatal care clients: results of a randomized trial in Kenya. Presented at: 21st International AIDS Conference; 18–22 July; Durban, South Africa; 2016.
37. Wang Z, Lau J, Ip M, Ho S. A randomized controlled trial evaluating the efficacy of promoting HIV self-testing and online real-time counseling on increasing HIV testing among men who have sex with men in Hong Kong. Presented at: International Congress of Behavioral Medicine; 7–10 December; Melbourne, Australia; 2016.
38. Sharma M, Ying R, Tarr G, Barnabas R. Systematic review and meta-analysis of community and facility-based HIV testing to address linkage to care gaps in sub-Saharan Africa. *Nature*. 2015;528(7580):S77–S85.
39. Mugo P. Feasibility and uptake of pharmacy-based HIV self-testing. Presented at: 36th PSK Annual Scientific Conference; 3 June; Mombasa, Kenya; 2016.
40. Ngure K, Heffron R, Mugo N, Irungu E, Njuguna N, Mwaniki L. Uptake of HIV self-testing among people receiving PrEP in Kenya. Presented at: Research for HIV Prevention Conference; 30 October–3 November; Cape Town, South Africa; 2014.
41. Zerbe AV, DiCarlo AL, Mantell JE, Remien RH, Morris DD, Frederix K, et al. Acceptability and uptake of home-based HIV self-testing in Lesotho. *Top Antivir Med*. 2015;23:509–10.
42. Choko AT, Desmond N, Webb EL, Chavula K, Napierala-Mavedzenge S, Gaydos CA, et al. The uptake and accuracy of oral kits for HIV self-testing in high HIV prevalence setting: a cross-sectional feasibility study in Blantyre, Malawi. *PLoS Med*. 2011;8(10).
43. Gray R, Prestage G, Down I, Ghaus M, Hoare A, Bradley J. Increased HIV testing will modestly reduce HIV incidence among gay men in NSW and would be acceptable if HIV testing becomes convenient. *PLoS One*. 2013;8(2):e55449.
44. Guy RJ, Prestage GP, Grulich A, Holt M, Conway DP, Jamil MS, et al. Potential public health benefits of HIV testing occurring at home in Australia. *Med J Aust*. 2015;202(10):529–31.

45. Carballo-Diequez A, Frasca T, Balan I, Ibitoye M, Dolezal C. Use of a rapid HIV home test to screen potential sexual partners prevents HIV exposure in a high-risk sample of MSM. *AIDS Behav.* 2012;16(7):1753-60.
46. Lippman S, Koester K, Amico K, Lama J, Martinez Fernandes N, Gonzales P, et al. Client and provider perspectives on new HIV prevention tools for MSM in the Americas. *PLoS One.* 2015;10(3):e0121044.
47. Сводное руководство по ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения: профилактика, диагностика, лечение и уход. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/ru/>, по состоянию на 1 марта 2018 г.).
48. Приложение 22: Review of the social harm reported in standard HIV testing services and those reported in HIV self-testing. Geneva: World Health Organization; 2016.
49. Guidance on couples HIV testing and counselling - including antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples: recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2012 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/9789241501972/en/>, accessed 22 May 2016).
50. Brown A, Djimeu E, Cameron D. A review of the evidence of harm from self-tests. *AIDS Behav.* 2014;18(Suppl 4):S445-9.
51. Lora W, Chipeta E, Desmond N. Understanding coercion in the context of semi-supervised HIV self-testing in urban Blantyre, Malawi. Presented at: 21st International AIDS Conference; 18-22 July; Durban, South Africa; 2016.
52. Napierala Mavedzenge S, Sibanda E, Mavengere Y, Dirawo J, Hatzold K, Mugurungi O, et al. Acceptability, feasibility, and preference for HIV self-testing in Zimbabwe. Presented at: 21st International AIDS Conference; 18-22 July; Durban, South Africa; 2016.
53. Zhong F, Tang W, Cheng W, Lin P, Wu Q, Cai Y, et al. Acceptability and feasibility of a social-entrepreneurship model to promote HIV self-testing and linkage to care among MSM. *HIV Med.* 2016.
54. Tao J, Li MY, Qian HZ, Wang LJ, Zhang Z, Ding HF, et al. Home-based HIV testing for men who have sex with men in China: a novel community-based partnership to complement government programs. *PLoS One.* 2014;9(7):e102812.
55. Green K, Thu H. In the hands of the community: accelerating key population-led HIV lay and self-testing in Viet Nam. Presented at: 21st International AIDS Conference; 18-22 July; Durban, South Africa; 2016.
56. Cowan F. Designing safe, acceptable and appropriate HIVST interventions for female sex workers. Presented at: 21st International AIDS Conference; 18-22 July; Durban, South Africa; 2016.
57. Medline A, Huang E, Marlin R, Young S, Kwok J, Klausner J. Using Grindr™, a social-media-based application, to increase HIV self testing among high-risk men who have sex with men in Los Angeles, California, 2014. Presented at: Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections; 23-26 February; Seattle, WA; 2015.
58. Katz D, Golden M, Farquhar C, Stekler J. HIV self-test distribution via STI partner services to reach untested men who have sex with men. Presented at: National HIV Prevention Conference; 6-9 December; Atlanta, GA; 2015.
59. Mayer K, Tomassilli J, Gelman M, Altfeld J, Allen T. HIV self-testing among men who have sex with men (MSM): acceptability of biweekly finger pricks to perform the Alere Determine™ HIV-1/2 Ag/ Ab assay. Presented at: 20th International AIDS Conference; 20-25 July; Melbourne, Australia; 2014.
60. MacPherson P, Lalloo DG, Webb EL, Maheswaran H, Choko AT, Makombe SD, et al. Effect of optional home initiation of HIV care following HIV self-testing on antiretroviral therapy initiation among adults in Malawi: a randomized clinical trial. *JAMA.* 2014;312(4):372-9.
61. Katz D, Golden M, Hughes J, Farquhar C, Stekler J. Acceptability and ease of use of home self-testing for HIV among men who have sex with men. Presented at: National Summit on HCV and HIV Diagnosis, Prevention and Access to Care; 26-28 November; Washington DC; 2012.
62. Wong HT, Tam HY, Chan DP, Lee SS. Usage and acceptability of HIV self-testing in men who have sex with men in Hong Kong. *AIDS Behav.* 2015;19(3):505-15.
63. Lippman S, Périssé A, Veloso V, Sullivan P, Buchbinder S, Sineath R. Acceptability of self-conducted home-based HIV testing among men who have sex with men in Brazil: data from an on-line survey. *Cad Saude Publica.* 2014;30(4).

64. Lippman SA, Jones HE, Luppi CG, Pinho AA, Veras MAMS, Van De Wijgert JHHM. Home-based self-sampling and self-testing for sexually transmitted infections: acceptable and feasible alternatives to provider-based screening in low-income women in São Paulo, Brazil. *Sex Transm Dis.* 2007;34(7):421-8.
65. Lippman SA, Veloso VG, Buchbinder S, Fernandes NM, Terto V, Sullivan PS, et al. Over-the-counter human immunodeficiency virus self-test kits: Time to explore their use for men who have sex with men in Brazil. *Braz J Infect Dis.* 2014;18(3):239-44.
66. Grinsztejn B, de Boni R. A hora é Agora: HIVST to reach men who have sex with men (MSM) in Brazil. Presented at: 21st International AIDS Conference; 18-22 July; Durban, South Africa; 2016.
67. Haig TA, Otis J, Veillette-Bourbeau L, Caruso J, Jolimore J, Ferlatte O, et al. HIV self-testing for MSM: acceptability among community members and service providers in Vancouver, Toronto, and Montreal. *Can J Infect Dis Med Microbiol.* 2015;26:114B.
68. Pant Pai N, Bhargava M, Joseph L, Sharma J, Pillay S, Balram B, et al. Will an unsupervised self-testing strategy be feasible to operationalize in Canada? Results from a pilot study in students of a large Canadian university. *AIDS Res Treat.* 2014;2014:747619.
69. Pant Pai N, Lapczak N, Smallwood M, Gulati D, Musten A, Gaydos C, et al. What do key stakeholders think about HIV self-testing? Analyses of quantitative and qualitative findings from a Canadian national survey. Presented at: 21st International AIDS Conference; 18-22 July; Durban, South Africa; 2016.
70. Oldenburg C, Biello K, Perez-Brumer A, Rosenberger J, Novak D, Mayer K, et al. HIV testing practices and the potential role of HIV self-testing among men who have sex with men in Mexico. *Int J STD AIDS.* 2016;pii: 0956462416641556.
71. Bustamante MJ, Konda KA, León SR, Calvo G, Salvatierra J, Brown B, et al. Oraquick® in-home HIV test kit in Peru: availability and acceptability among men who have sex with men and transgender women. *Sex Transm Dis.* 2015;91:A223-A4.
72. Giguere R, Frasca T, Dolezal C, Febo I, Cranston RD, Mayer K, et al. Acceptability of three novel HIV prevention methods among young male and transgender female sex workers in Puerto Rico. *AIDS Behav.* 2016:1-11.
73. Oswald S, Welle-Graf HM, Minter L, Glover S. Need for HIV home testing kit option and education. *J Coll Stud Dev.* 1998;39(6):627-9.
74. Sharma A, Sullivan PS, Khosropour CM. Willingness to take a free home HIV test and associated factors among internet-using men who have sex with men. *J Int Assoc Physicians AIDS Care.* 2011;10(6):357-64.
75. Meyerson BE, Emetu RE, Sanders SA, Bailey MM, Ryder PT, Armstrong J. Preferences of gay and bisexual men for pharmacy-based HIV testing and over-the-counter HIV tests. *LGBT Health.* 2014;1(3):225-8.
76. Myers JE, Bodach S, Cutler BH, Shepard CW, Philippou C, Branson BM. Acceptability of home self-tests for HIV in New York City, 2006. *Am J Public Health.* 2014;104(12):e46-e8.
77. Nunn A, Chan P, Towey C, Poceta J, Feller S, Trooksin S. Acceptability and affordability of self HIV testing in an urban neighborhood with 3% seroprevalence. *Top Antivir Med.* 2014;22:509-10.
78. Sharma A, Stephenson RB, White D, Sullivan PS. Acceptability and intended usage preferences for six HIV testing options among internet-using men who have sex with men. *Springerplus.* 2014;3:109.
79. Evans A, Wilkinson T, Gibson W, Challenor R. Views of the public regarding HIV home testing. *HIV Med.* 2015;16:52-3.
80. Frye V, Wilton L, Hirshfield S, Chiasson MA, Usher D, Lucy D, et al. "Just because it's out there, people aren't going to use it." HIV self-testing among young, black MSM, and transgender women. *AIDS Care.* 2015;29(11):617-24.
81. Kinney S, Lea CS, Kearney G, Kinsey A, Amaya C. Predictors for using a HIV self-test among migrant and seasonal farmworkers in North Carolina. *Int J Environ Res Public Health.* 2015;12(7):8348-58.
82. Meyerson BE, Ryder PT, von Hippel C, Coy K. We can do more than just sell the test: pharmacist perspectives about over-the-counter rapid HIV tests. *AIDS Behav.* 2013;17(6):2109-13.

83. Chakravarty D, Darbes L, Neilands T, Beougher S, Finlayson S, Hoff C. Attitudes about rapid, over-the-counter HIV home-testing kits among couples comprised of men who have sex with men. Presented at:20th International AIDS Conference;20-25 July;Melbourne, Australia;2014.
84. Chavez P, Wesolowski L, Owen M, Gravens L, Sullivan P, MacGowan R. Perceptions and performance of self-administered rapid HIV tests conducted by untrained users in real world settings. Presented at:HIV Diagnostics Conference;21-24 March;Atlanta, GA;2016.
85. MacGowan R, Chavez P, Freeman A, McNaghten A, Sullivan P, Sharma A, et al. Pilot evaluation of men who have sex with men's ability to self-administer rapid HIV tests and interpret test results. Presented at:American Public Health Association Conference;Atlanta, GA;2014.
86. Lippman SA, Moran ME, Ventura A, Castillo LS, Buchbinder S, Treves-Kagan S, et al. Home HIV testing among transgender women in San Francisco: a pilot feasibility and acceptability study. *J Int AIDS Soc.* 2015;18.
87. Scott H, Sheon N, Lightfoot M, Buchbinder S. Perceptions of oral home HIV self-testing among young Black and Latino men who have sex with men: a qualitative study. Presented at:142nd APHA Annual Meeting and Exposition; 15-19 November;New Orleans, LA;2014.
88. Chavez P, MacGowan R, Wesolowski L, Sullivan P. Evaluation of rapid HIV self-testing among men who have sex with men (MSM) in high prevalence cities: the eSTAMP project. Presented at:HIV Diagnostics Conference;12-14 December;Atlanta, GA;2012.
89. Daniels J, Rosengren L, Young S, Klausner J. Will men who have sex with men use short-messaging services to send photos of completed HIV self-tests to researchers? *J Assoc Nurses AIDS Care.* 2016.
90. MacGowan R, Chavez P, Borkowf C, Sullivan P. Characteristics of MSM who complete home HIV testing versus those who do not: eSTAMP Online MSM HIV home testing study, United States, 2014. Presented at:National HIV Prevention Conference;6-9 December;Atlanta, GA;2015.
91. Marlin RW, Young SD, Bristow CC, Wilson G, Rodriguez J, Ortiz J, et al. Piloting an HIV self-test kit voucher program to raise serostatus awareness of high-risk African Americans, Los Angeles. *BMC Publ Health.* 2014;14:1226.
92. Martinez O, Carballo-Diequez A, Ibitoye M, Frasca T, Brown W, Balan I. Anticipated and actual reactions to receiving HIV positive results through self-testing among gay and bisexual men. *AIDS Behav.* 2014;18(12):2485-95.
93. Huang E, Marlin RW, Young SD, Medline A, Klausner J. Using Grindr, a smartphone social-networking application, to increase HIV self-testing among black and latino men who have sex with men in Los Angeles, 2014.
94. Mitchell JW, Sullivan PS. Relationship and demographic factors associated with willingness to use an in-home rapid HIV test to screen potential sex partners among a US sample of HIV-negative and HIV-discordant male couples. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2015;69(2):252-6.
95. Mitchell JW, Sullivan PS. HIV-negative partnered men's attitudes toward using an in-home rapid HIV test and associated factors among a sample of US HIV-negative and HIV-discordant male couples. *Sex Transm Dis.* 2015;42(3):123-8.
96. Nour S, Hsieh YH, Rothman RE, Jett-Goheen M, Langhorne O, Wu L, et al. patients can accurately perform their own rapid HIV point-of-care test in the emergency department. *Point Care.* 2012;11(4):176-9.
97. Schnall R, John R. Understanding young adults' use the HIV home test kit. *Nurs Res.* 2015;64(2):E64-E.
98. Young SD, Daniels J, Chiu CJ, Bolan RK, Flynn RP, Kwok J, et al. Acceptability of using electronic vending machines to deliver oral rapid HIV self-testing kits: a qualitative study. *PLoS One.* 2014;9(7):e103790.
99. Hood JE, Forsyth EA, Neary J, Buskin S, Golden, MR, Katz DA. HIV self-testing in the Seattle transgender community: a mixed-methods evaluation. Presented at:Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections;22-25 February;Boston, MA;2016.
100. Huang E, Marlin RW, Medline A, Young SD, Daniels J, Klausner JD. Using Grindr™, a smartphone social networking application, to increase HIV self-testing among men who have sex with men in Los Angeles. *Sex Transm Dis.* 2015;91:A226.

101. Woods WJ, Lippman SA, Agnew E, Carroll S, Binson D. Bathhouse distribution of HIV self-testing kits reaches diverse, high-risk population. *AIDS Care*. 2016;28 Suppl 1:111-3.
102. Martinez O, Wu E, Levine EC, Muñoz-Laboy M, Fernandez MI, Bass SB, et al. Integration of social, cultural, and biomedical strategies into an existing couple-based behavioral HIV/STI prevention intervention: voices of latino male couples. *PLoS One*. 2016;11(3):e0152361.
103. Catania JA, Dolcini MM, Harper GW, Orellana ER, Tyler DH, Timmons A, et al. Self-implemented HIV testing: perspectives on improving dissemination among urban African American youths. *Am J Public Health*. 2015;105:S449-S52.
104. Brown W 3rd, Carballo-Dieguez A, John RM, Schnall R. Information, motivation, and behavioral skills of high-risk young adults to use the HIV self-test. *AIDS Behav*. 2016.
105. Agot K, Masters S, Wango G, Omanga E, Onyango R, Thirumurthy H. Can women safely distribute HIV oral self-test kits to their sexual partners? Results from a pilot study in Kenya. Presented at: 21st International AIDS Conference; 18-22 July; Durban, South Africa; 2016.
106. African Population and Health Research Center. Understanding and preventing potential social harms and abuses of oral HIV self-testing in Kenya. Nairobi, Kenya: APHRC; 2013 (<http://aphrc.org/wp-content/uploads/2014/01/Oral-HIV-Self-testing-Project-Data-Documentation1.pdf>, accessed 1 June 2016).
107. Kenya S, Okoro I, Kiera W, Ricciardi M, Prado G. Feasibility of home-based HIV rapid testing (HRT) among African Americans. *Clin Transl Sci*. 2014;7(3):248.
108. Kurth AE, Cleland CM, Chhun N, Sidle JE, Were E, Naanyu V, et al. Accuracy and acceptability of oral fluid HIV self-testing in a general adult population in Kenya. *AIDS Behav*. 2016.
109. Okal J, Obare F, Matheka J, Tun W. Potential outlets for distribution of HIV oral self-test kits in Kenya: an exploratory study. Presented at: 20th International AIDS Conference; 20-25 July; Melbourne, Australia; 2014.
110. Sidze E. Perceived social harms and abuses associated with the public availability of home-based self-testing kits for HIV in Kenya. Presented at: 20th International AIDS Conference; 20-25 July; Melbourne, Australia; 2014.
111. Heard AC, Brown AN. Public readiness for HIV self-testing in Kenya. *AIDS Care*. 2016:1-5.
112. Insights into potential users and messaging for HIV oral self-test kits in Kenya: 3ie Grantee Final Report. Washington, DC: International Initiative for Impact Evaluation (3ie); 2014 (http://www.3ieimpact.org/media/filer_public/2014/07/21/insights_into_potential_users-final.pdf, accessed 22 August 2016).
113. Namakhoma I, Bongololo G, Bello G, Nyirenda L, Phoya A, Phiri S, et al. Negotiating multiple barriers: health workers' access to counselling, testing and treatment in Malawi. *AIDS Care*. 2010;22 Suppl 1:68-76.
114. Sambakunsi R, Kumwenda M, Choko A, Corbett EL, Desmond NA. 'Whose failure counts?' A critical reflection on definitions of failure for community health volunteers providing HIV self-testing in a community-based HIV/TB intervention study in urban Malawi. *Anthropol Med*. 2015;22(3):234-49.
115. Brown B, Folayan MO, Imosili A, Durueke F, Amuamuziam A. HIV self-testing in Nigeria: public opinions and perspectives. *Glob Public Health*. 2015;10(3):354-65.
116. Nkuna E, Nyazema N. HIV self-testing, self-stigma and HAART treatment at the University of Limpopo: health sciences students' opinion and perspectives. *Open AIDS J*. 2016;10:78-82.
117. Martinez Perez G, Cox V, Ellman T, Moore A, Patten G, Shroufi A, et al. 'I know that I do have HIV but nobody saw me': oral HIV self-testing in an informal settlement in South Africa. *PLoS One*. 2016;11(4):e0152653.
118. Pant Pai N, Behlim T, Deli-Houssein R, Vadnais C, Abrahams L, Binder A, et al. Development and comparative evaluation of an innovative HIV self-testing smartphone application, an internet-based and a paper-based instructional programme in South Africa. *Sex Transm Dis*. 2013;89.
119. van Dyk AC. Self-testing as strategy to increase the uptake of HIV testing in South Africa. *Afr J AIDS Res*. 2013;12(1):41-8.
120. Bekker L. Community-based HTC and self-testing: uptake of mobile clinics (teen truck) and HIV self-testing devices among adolescents in South Africa. Presented at: 21st International AIDS Conference; 18-22 July; Durban, South Africa; 2016.

121. van Dyk AC. Client-initiated, provider-initiated, or self-testing for HIV: What do South Africans prefer? *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2013;24(6):45-56.
122. Investigating the feasibility of HIV self-testing in Zambia. Final Report for the International Initiative for Impact Evaluation with support from the Bill and Melinda Gates Foundation, grant for TW2 HIV self-testing in Zambia, Phase 1; 2016.
123. Neuman M. Getting HIVST right: results from the STAR project clinical performance study in Zambia. Presented at:21st International AIDS Conference;18-22 July;Durban, South Africa;2016.
124. Juru T, Tshimanga M, Bangure D, Gombe N, Maponga B, Mungati M. Acceptability of human immunodeficiency virus self-testing as a screening strategy in Beitbridge district, Zimbabwe, 2015. Presented at:21st International AIDS Conference;18-22 July;Durban, South Africa;2016.
125. Madanhire C, Sibanda E, Ruhode N, Hatzold K, Cowan F, Mavedzenge S. "Not without us..." - views on the introduction of HIV self-testing among health care workers providing integrated HIV and sexual and reproductive health services. Presented at:21st International AIDS Conference;18-22 July;Durban, South Africa;2016.
126. Chen M, Bilardi J, Lee D, Cummings R, Bush M, Fairley C. Australian men who have sex with men prefer rapid oral HIV testing over conventional blood testing for HIV. *Int J STD & AIDS*. 2010;21(6):428-30.
127. Yang M, Prestage G, Maycock B, Brown G, de Wit J, McKechnie M, et al. The acceptability of different HIV testing approaches: cross-sectional study among GSM in Australia. *Sex Transm Infect*. 2014;90(8):592-5.
128. Bavinton BR, Brown G, Hurley M, Bradley J, Keen P, Conway DP, et al. Which gay men would increase their frequency of HIV testing with home self-testing? *AIDS Behav*. 2013;17(6):2084-92.
129. Bilardi JE, Walker S, Read T, Prestage G, Chen MY, Guy R, et al. Gay and bisexual men's views on rapid self-testing for HIV. *AIDS Behav*. 2013;17(6):2093-9.
130. Bavinton B, Grulich A, Keen P, Zablotska I, Murphy D, Brown G, et al. Motivations for and implications of using home HIV tests among Australian gay men. Presented at:20th International AIDS Conference;20-25 July;Melbourne, Australia;2014.
131. Marley G, Kang D, Wilson EC, Huang T, Qian Y, Li X, et al. Introducing rapid oral-fluid HIV testing among high risk populations in Shandong, China: feasibility and challenges. *BMC Public Health*. 2014;14:422.
132. Xun H, Kang D, Huang T, Qian Y, Li X, Wilson EC, et al. Factors associated with willingness to accept oral fluid HIV rapid testing among most-at-risk populations in China. *PLoS One*. 2013;8(11):e80594.
133. Han L, Bien CH, Wei C, Muessig KE, Yang M, Liu F, et al. HIV self-testing among online MSM in China: implications for expanding HIV testing among key populations. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2014;67(2):216-21.
134. Jia M, Shi Y, Ma Y, Huo J, Han Y, Li J, et al. [Analysis of piloting sales of oral fluid HIV antibody self-test kits at community pharmacies, Kunming]. *Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi*. 2015;49(8):741-3.
135. Li J, Huo J, Cui W, Zhang X, Hu Y, Su X, et al. [Analysis on willingness to pay for HIV antibody saliva rapid test and related factors]. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*. 2015;36(2):132-5.
136. Liu Y, Sun X, Qian HZ, Yin L, Yan Z, Wang L, et al. Qualitative assessment of barriers and facilitators of access to HIV testing among men who have sex with men in China. *AIDS Care*. 2015;29(9):481-9.
137. Wang B, Li X, Stanton B, McGuire J. Correlates of HIV/STD testing and willingness to test among rural-to-urban migrants in China. *AIDS Behav*. 2010;14(4):891-903.
138. Wang XF, Wu ZY, Tang ZZ, Nong QX, Li YQ. Promoting HIV testing with home self-test kit among men who have sex with men in China: a feasibility study. *Lancet*. 2015;386:68.
139. Wei C, Yan H, Yang C, Raymond HF, Li J, Yang H, et al. Accessing HIV testing and treatment among men who have sex with men in China: a qualitative study. *AIDS Care*. 2014;26(3):372-8.
140. Wong H, Lee S. Patterns of in-home self-testing for HIV among an internet sample of men who have sex with men (MSM) in an Asian population. Presented at:20th International AIDS Conference;20-25 July 2014;Melbourne, Australia;2014.

141. Spielberg F, Quraishy Z, Crean K, Wilson D, Kumar P. Interactive computer tools and self-testing for HIV prevention in southern India. Seattle, Washington;2007.
142. Lee VJ, Tan SC, Earnest A, Seong PS, Tan HH, Leo YS. User acceptability and feasibility of self-testing with HIV rapid tests. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2007;45(4):449-53.
143. Greacen T, Kersaudy-Rahib D, Le Gall JM, Lydie N, Ghosn J, Champenois K. Comparing the information and support needs of different population groups in preparation for 2015 government approval for HIV self-testing in France. *PLoS One.* 2016;11(3):e0152567.
144. Greacen T, Friboulet D, Blachier A, Fugon L, Hefez S, Lorente N, et al. Internet-using men who have sex with men would be interested in accessing authorised HIV self-tests available for purchase online. *AIDS Care.* 2013;25(1):49-54.
145. Greacen T, Friboulet D, Fugon L, Hefez S, Lorente N, Spire B. Access to and use of unauthorised online HIV self-tests by internet-using French-speaking men who have sex with men. *Sex Transm Dis.* 2012;88(5):368-74.
146. Mattioli S, Corbelli GM, Pieralli S, Esposti MD. HIV test: which is your best? A national survey on testing preferences among MSM in Italy. *J Int AIDS Soc.* 2014;17(4 Suppl 3):19598.
147. Zuure F, Davidovich U, Fennema H, Prins M. Usage of self-tests for HIV and STI in the general population versus sexual risk groups. Presented at:18th International AIDS Conference;18-23 July;Vienna, Austria;2010.
148. van der Helm J, Zuure F, van Bergen J, Coutinho R, Geerlings S, Götz H, et al. Home testing for HIV succeeds in reaching first-time and infrequent testers in the Netherlands: results of the HIVTest@Home trial. Presented at:21st International AIDS Society;18-22 July;Durban, South Africa;2016.
149. Grispen JE, Ronda G, Dinant GJ, de Vries NK, van der Weijden T. To test or not to test: a cross-sectional survey of the psychosocial determinants of self-testing for cholesterol, glucose, and HIV. *BMC Public Health.* 2011;11:112.
150. de la Fuente L, Rosales-Statkus ME, Hoyos J, Pulido J, Santos S, Bravo MJ, et al. Are participants in a street-based HIV testing program able to perform their own rapid test and interpret the results? *PLoS ONE.* 2012;7(10):e46555.
151. Hoyos J, Belza MJ, Fernandez-Balbuena S, Rosales-Statkus ME, Pulido J, de la Fuente L. Preferred HIV testing services and programme characteristics among clients of a rapid HIV testing programme. *BMC Public Health.* 2013;13:791.
152. Rosales-Statkus ME, de la Fuente L, Fernandez-Balbuena S, Figueroa C, Fernandez-Lopez L, Hoyos J, et al. Approval and potential use of over-the-counter HIV self-tests: the opinion of participants in a street based HIV rapid testing program in Spain. *AIDS Behav.* 2015;19(3):472-84.
153. Rosales-Statkus ME, Belza-Egozcue MJ, Fernandez-Balbuena S, Hoyos J, Ruiz-Garcia M, de la Fuente L. Who and how many of the potential users would be willing to pay the current or a lower price of the HIV self-test? The opinion of participants in a feasibility study of HIV self-testing in Spain. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2014;32(5):302-5.
154. Brady M. Self-testing for HIV: initial experience of the UK's first kit. Presented at:British HIV Association; 21 April;Manchester, United Kingdom;2016.
155. Makusha T, Knight L, Taegtmeier M, Tulloch O, Davids A, Lim J, et al. HIV self-testing could "revolutionize testing in South Africa, but it has got to be done properly": perceptions of key stakeholders. *PLoS One.* 2015;10(3):e0122783.
156. Gebre Y. HIV self-testing (ST) policy in the Caribbean: acceptability, convenience, delivery model and community readiness to address treatment gap. Presented at:20th International AIDS Conference;20-25 July;Melbourne, Australia;2014.
157. van Rooyen H, Tulloch O, Mukoma W, Makusha T, Chepuka L, Knight LC, et al. What are the constraints and opportunities for HIVST scale-up in Africa? Evidence from Kenya, Malawi and South Africa. *J Int AIDS Soc.* 2015;18(1).
158. Peck RB, Lim JM, van Rooyen H, Mukoma W, Chepuka L, Bansil P, et al. What should the ideal HIV self-test look like? A usability study of test prototypes in unsupervised HIV self-testing in Kenya, Malawi, and South Africa. *AIDS Behav.* 2014;18 Suppl 4:S422-32.

159. Qin Y, Han L, Babbit A, Walker J, Liu F, Tang W, et al. The social context of HIV self-testing: a global qualitative systematic review. Presented at: 21st International AIDS Society Conference; 18-22 July; Durban, South Africa; 2016.
160. Приложение 25: Report on the values and preferences on HIV self-testing in Uganda. Geneva: World Health Organization; 2016.
161. Приложение 32: Report on the values and preferences on HIV self-testing and partner notification in Indonesia, Pakistan, Philippines and Thailand. Geneva: World Health Organization; 2016.
162. Carballo-Diequez A, Frasca T, Dolezal C, Balan I. Will gay and bisexually active men at high risk of infection use over-the-counter rapid HIV tests to screen sexual partners? *J Sex Res.* 2012;49(4):379-87.
163. Huang E, Marlin RW, Medline A, Young SD, Daniels J, Klausner JD. Cost-effectiveness of HIV self-testing promotion through Grindr™, a smartphone social networking application. *Sex Transm Infect.* 2015;91:A226.
164. Cambiano V, Ford D, Mabugu T, Napierala Mavedzenge S, Miners A, Mugurungi O, et al. Assessment of the potential impact and cost-effectiveness of self-testing for HIV in low-income countries. *J Infect Dis.* 2015;212(4):570-7.
165. Maheswaran H, Petrou S, MacPherson P, Choko A, Kumwenda F, Lallo D, et al. Cost and quality of life analysis of HIV self-testing and facility-based HIV testing and counselling in Blantyre, Malawi. *BMC Med.* 2016;14(34).
166. Приложение 23: Cost-effectiveness of different delivery approaches for HIV self-testing in Zimbabwe. Geneva: World Health Organization; 2016.
167. Asiimwe S, Oloya J, Song X, Whalen CC. Accuracy of un-supervised versus provider-supervised self-administered HIV testing in Uganda: a randomized implementation trial. *AIDS Behav.* 2014;18(12):2477-84.
168. Mavedzenge SN, Sibanda E, Mavengere Y, Hatzold K, Mugurungi O, Ncube G, et al. Supervised HIV self-testing to inform implementation and scale up of self-testing in Zimbabwe. *J Int AIDS Soc.* 2015;18.
169. Dong M, Regina R, Hilongwane S, Ghebremichael M, Wilson D, Dong K. Can laypersons in high prevalence South Africa perform an HIV self-test accurately? Presented at: 20th International AIDS Conference; 20-25 July; Melbourne, Australia; 2014.
170. Martínez-Perez G, Steele S, Govender I, Arellano G, Mkwamba A, Hadebe M, et al. Supervised oral HIV self-testing is accurate in rural KwaZulu Natal, South Africa. *Trop Med Int Health.* 2016;2(6):759-67.
171. OraQuick® in-home HIV test summary of safety and effectiveness. Washington, DC: United States Food and Drug Administration; 2012 (<http://www.fda.gov/downloads/BiologicsBloodVaccines/BloodBloodProducts/ApprovedProducts/PremarketApprovalsPMAs/UCM312534.pdf>, accessed 28 June 2016).
172. Gaydos CA, Solis M, Hsieh YH, Jett-Goheen M, Nour S, Rothman RE. Use of tablet-based kiosks in the emergency department to guide patient HIV self-testing with a point-of-care oral fluid test. *Int J STD & AIDS.* 2013; 24(9):716-21.
173. Li YF, Wang YM, Zhang RR, Wang J, Li ZQ, Wang L, et al. [Analysis on accuracy and influencing factors of oral fluid-based rapid HIV self-testing among men who have sex with men]. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi.* 2016;37(1):72-5.
174. Ng OT, Chow AL, Lee VJ, Chen MI, Win MK, Tan HH, et al. Accuracy and user-acceptability of HIV self-testing using an oral fluid-based HIV rapid test. *PLoS One.* 2012;7(9):e45168.
175. Pant Pai N, Behlim T, Abrahams L, Vadnais S, Shivkumar S, Pillay S, et al. Will an unsupervised self-testing strategy for HIV work in health care workers of South Africa? A cross sectional pilot feasibility study. *PLoS ONE.* 2013;8(11).
176. Prazuck T, Karon S, Gubavu C, Andre J, Legall JM, Bouvet E, et al. A finger-stick whole-blood HIV self-test as an HIV screening tool adapted to the general public. *PLoS One.* 2016;11(2):e0146755.
177. Gras G, Bret PL, Dailloux JF, Moal GL, Raoult A, Fajole G, et al. Low feasibility rate of self-testing with a finger-stick whole blood test. *Top Antivir Med.* 2014;22(e-1):512.
178. Majam, Mohammed, personal communication, HIV self-testing usability assessment in an adult HIV clinic in Johannesburg, South Africa, Jan 1, 2016.
179. Gaydos CA, Hsieh Y-H, Harvey L, Burah A, Won H, Jett-Goheen M, et al. Will patients "opt in" to perform their own rapid HIV test in the emergency department? *Ann Emerg Med.* 2011;58(1 Suppl 1):S74-8.

180. Spielberg F, Camp S, Ramachandra EH. Home self-testing: Can it work? Presented at: National HIV Prevention Conference; 27-30 July; Atlanta, GA; 2003.
181. Figueroa C, Johnson C, Verster A, Dalal S, Baggaley R. Systematic review on HIV self-testing (HIVST) performance and accuracy of results. Presented at: 21st International AIDS Conference; 18-22 July; Durban, South Africa; 2016.
182. Jaspard M, Le Moal G, Saberan-Roncato M, Plainchamp D, Langlois D, Camps P, et al. Finger-stick whole blood HIV-1/-2 home-use tests are more sensitive than oral fluid-based in-home HIV tests. *PLoS ONE*. 2014;9(6):e101148.
183. Hatzold K. HIV self-testing Africa (STAR) project launch. Presented at: 19th International Conference on AIDS and STIs in Africa; 29 November - 5 December; Harare, Zimbabwe; 2015.
184. Curran K, Johnson C, Ngire K, Mugo N, Baeten J, Heffron R, et al. The potential role of HIV self-testing within pre-exposure prophylaxis implementation. Presented at: 20th International AIDS Conference; 20-25 July; Melbourne, Australia; 2014.
185. A short technical update on self-testing for HIV. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2014 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2603_self-testing_en_0.pdf, accessed 23 May 2016).

Глава 3

1. Prevention gap report. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2016 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-prevention-gap-report_en.pdf, accessed 25 July 2016).
2. Ferreira A, Young T, Mathews C, Zunza M, Low N. Strategies for partner notification for sexually transmitted infections, including HIV. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;10:CD002843.
3. Fox GJ, Barry SE, Britton WJ, Marks GB. Contact investigation for tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. *Eur Respir J*. 2013;41(1):140-56.
4. Brown L, Miller W, Kamanga G, Kaufman J, Pettifor A, Dominik R, et al. Predicting partner HIV testing and counseling following a partner notification intervention. *AIDS Behav*. 2012;16(5):1148-55 8p.
5. Brown LB, Miller WC, Kamanga G, Nyirenda N, Mmodzi P, Pettifor A, et al. HIV partner notification is effective and feasible in sub-Saharan Africa: opportunities for HIV treatment and prevention. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2011;56(5):437-42.
6. Landis SE, Schoenbach VJ, Weber DJ, Mittal M, Krishan B, Lewis K, et al. Results of a randomized trial of partner notification in cases of HIV infection in North Carolina. *N Eng J Med*. 1992;326(2):101-6.
7. Rosenberg NE, Mtande TK, Saidi F, Stanley C, Jere E, Paile L, et al. Recruiting male partners for couple HIV testing and counselling in Malawi's option B+ programme: an unblinded randomised controlled trial. *Lancet HIV*. 2015;2(11):e483-e91.
8. Levy JA, Fox SE. The outreach-assisted model of partner notification with IDUs. *Public Health Rep*. 1998;113:160-9.
9. Cherutich P, Golden M, Wamuti B, Richardson B, Asbjörnsdóttir K, Otieno F, et al. Effectiveness of partner services for HIV in Kenya: a cluster randomized trial. Presented at: Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections; 13-16 February 2016; Boston, MA; 2016.
10. Conrad C, Bradley H, Broz D, Buddha S, Champman E, Galang R, et al. Community outbreak of HIV Infection linked to injection drug use of oxymorphone — Indiana, 2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2015;64(16).
11. Hightow-Weidman L, Beagle S, Pike E, Kuruc J, Leone P, Mobley V, et al. 'No one's at home and they won't pick up the phone': using the internet and text messaging to enhance partner services in North Carolina. *Sex Transm Dis*. 2014;41(2):143-8.
12. Guidance on couples HIV testing and counselling - including antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples: recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2012 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/9789241501972/en/>, accessed 22 May 2015).
13. Сводное руководство по услугам тестирования на ВИЧ. Всемирная организация здравоохранения, 2016 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/317659/Consolidated-guidelines-HIV-testing-services-2015-ru.pdf?ua=1, по состоянию на 1 марта 2018 г.).

14. De Olalla PG, Molas E, Barberà MJ, Martín S, Arellano E, Gosch M, et al. Effectiveness of a pilot partner notification program for new HIV cases in Barcelona, Spain. *PLoS ONE*. 2015;10(4).
15. Valle SM, De Olalla PG, Molas E, Barberà MJ, Knobel H, Díez E, et al. Acceptability and effectiveness of two partners' notification strategies of new HIV cases. *Int J STD AIDS*. 2015;26(11):102-3.
16. Lin H, He N, Ding Y, Qiu D, Zhu W, Liu X, et al. Tracing sexual contacts of HIV-infected individuals in a rural prefecture, Eastern China. *BMC Public Health*. 2012;12(1):533.
17. Passin WF, Kim AS, Hutchinson AB, Crepaz N, Herbst JH, Lyles CM. A systematic review of HIV partner counseling and referral services: client and provider attitudes, preferences, practices, and experiences. *Sex Transm Dis*. 2006; 33(5):320-8.
18. Armbruster B, HELLERINGER S, Kohler HP, Mkandawire J, Kalilani-Phiri L. Exploring the relative costs of contact tracing in increasing HIV case-finding in sub-Saharan countries: the case of Likoma Island (Malawi). *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2011;58(2):e29-e36.
19. Korenromp E, Stover J, Cobet B, Fazito E, Lara J. Approaches to scaling-up HIV testing to reach 90% of PLWHIV in sub-Saharan Africa. Presented at: International Conference on AIDS and STIs; 1 December 2015; Harare, Zimbabwe; 2015.
20. Rutstein SE, Brown LB, Biddle AK, Wheeler SB, Kamanga G, Mmodzi P, et al. Cost-effectiveness of provider-based HIV partner notification in urban Malawi. *Health Policy Plan*. 2014;29(1):115-26.
21. Nichols B, Götz H, van Gorp C, Verbon A, Rokx C, Boucher C, et al. Partner notification for reduction of HIV-1 transmission and related costs among men who have sex with men: a mathematical modeling study. *PLoS One*. 2015;10(11):e0142576.
22. Приложение 24: Country policy review on partner notification services. Geneva: World Health Organization; 2016.
23. Henley C, Forgwei G, Welty T, Golden M, Adimora A, Shields R, et al. Scale-up and case-finding effectiveness of an HIV partner services program in Cameroon: an innovative HIV prevention intervention for developing countries. *Sex Transm Dis*. 2013;40(12):909-14.
24. Feldacker C, Myers S, Cesar F, Parades Z, Ferrao C, Citao S, et al. Who benefits from partner services in Mozambique? Results from a pilot programme in a public, urban clinic. *J Int AIDS Soc*. 2015;18:109-10.
25. Plotkin M, Kahabuka C, Amuri M, Njozi M, Maokola W, Mlanga E, et al. Effective, high-yield HIV testing for partners of newly diagnosed persons in Tanzania. Presented at: Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections; 22-26 Feb 2016; Boston, MA, USA; 2016.
26. Chiou PY, Lin LC, Chen YM, Wu SC, Lew-Ting CY, Yen HW, et al. The effects of early multiple-time PN counseling on newly HIV-diagnosed men who have sex with men in Taiwan. *AIDS Behav*. 2015;19(10):1773-81.
27. Udeagu CC, Shah D, Shepard CW, Bocour A, Guitierrez R, Begier EM. Impact of a New York City Health Department initiative to expand HIV partner services outside STD clinics. *Public Health Rep*. 2012;127(1):107-14.
28. Приложение 18: Assisted HIV partner notification services: A systematic review and meta-analysis. Geneva: World Health Organization; 2016.
29. Myers R, Feldacker C, Cesar F, Paredes Z, Augusto G, Muluana X, et al. Acceptability and effectiveness of assisted HIV partner services in Mozambique: results from a pilot program in a public, urban clinic. *Sex Transm Dis*. 2016.
30. Ahrens K, Kent CK, Kohn RP, Nieri G, Reynolds A, Philip S, et al. HIV partner notification outcomes for HIV-infected patients by duration of infection, San Francisco, 2004 to 2006. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2007;46(4):479-84.
31. Bernstein KT, Stephens SC, Moss N, Scheer S, Parisi MK, Philip SS. Partner services as targeted HIV screening – changing the paradigm. *Public Health Rep*. 2014;129 (Suppl 1):50-5.
32. Chen MJ, Pipkin S, Marcus JL, Bernstein KT, Scheer S. Using HIV testing history to measure the success of HIV partner services. *Sex Transm Dis*. 2013;40(5):419-21.
33. Elliott SA, Ahmad S, Ross JD. Partner notification in newly diagnosed HIV-positive patients. *AIDS*. 1998;12(12):1559-60.

34. Fenton KA, French R, Giesecke J, Johnson AM, Trotter S, Petruckevitch A, et al. An evaluation of partner notification for HIV infection in genitourinary medicine clinics in England. *AIDS*. 1998;12(1):95-102.
35. Giesecke J, Ramstedt K, Ripa T, Rado G, Scalia-Tomba G, Westrell M. Partner notification for HIV in Sweden. *Lancet*. 1990;336(8713):508.
36. Lee JH, Branran L, Hoff GL, Datwyler ML, Bayer WL. Voluntary human immunodeficiency virus testing, recidivism, partner notification, and sero-prevalence in a sexually transmitted disease clinic: a need for mandatory testing. *Sex Transm Dis*. 1990;17(4):169-74.
37. Lewis F, Eberhart M, Anschuetz G, Salmon M, Terrell C, Brady K. High yield of new HIV diagnoses and patients with high viral loads from HIV partner services, Philadelphia Department of Public Health STD Control Program (STDCP) and AIDS Activities Coordinating Office (AACO), 2012. *Sex Transm Dis*. 2014;41:534.
38. Macke BA, Hennessy M, McFarlane MM, Bliss MJ. Partner notification in the real world: a four site time-allocation study. *Sex Transm Dis*. 1998;25(10):561-8.
39. Mir N, Scouler A, Lee K, Taylor A, Bird SM, Hutchinson S, et al. Partner notification in HIV-1 infection: a population based evaluation of process and outcomes in Scotland. *Sex Transm Infect*. 2001;77(3):187-9.
40. Muffih PT, Mboh E, Fang E, Wainfen W, Fon H, Welty T, et al. Integrating partner notification services into PMTCT (Option B+) services in the northwest and southwest regions of Cameroon. *J Int AIDS Soc*. 2015;18:96-7.
41. Pattman RS, Gould EM. Partner notification for HIV infection in the United Kingdom: A look back on seven years experience in Newcastle upon Tyne. *Genitourin Med*. 1993;69(2):94-7.
42. Peters PJ, Gay C, Beagle S, Shankar A, Switzer WM, Hightow-Weidman LB. HIV infection among partners of HIV-infected black men who have sex with men – North Carolina, 2011-2013. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2014;63(5):90-4.
43. Ramstedt K, Hallhagen G, Lundin BI, Hakansson C, Johannisson G, Lowhagen GB, et al. Contact tracing for human immunodeficiency virus (HIV) infection. *Sex Transm Dis*. 1990;17(1):37-41.
44. Renaud TC, Wong MR, Bocour A, Udeagu CC, Pickett L, Alt EN, et al. The effect of HIV field-based testing on the proportion of notified partners who test for HIV in New York City. *Am J Public Health*. 2011;101(7):1168-71.
45. Rutherford GW, Woo JM, Neal DP, Rauch KJ, Geoghegan C, McKinney KC, et al. Partner notification and the control of human immunodeficiency virus infection. Two years of experience in San Francisco. *Sex Transm Dis*. 1991;18(2):107-10.
46. Schwarcz S, McFarland W, Delgado V, Dilley J, Rinaldi J, Adler B, et al. Partner notification for persons recently infected with HIV: experience in San Francisco. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2001;28(4):403-4.
47. Shan D, Duan S, Cui Y, Ye RH, Xiang LF, Yang YC, et al. [Survey on contact tracing of newly reported HIV infections in 2009 in Dehong prefecture, Yunnan province]. *Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi*. 2011;45(11):965-70.
48. Udeagu CC, Webster-León T, Bocour A, Michel P, Shepard C. Using surveillance data to identify HIV-positive persons out-of-care (OOC) in New York City (NYC) and offer linkage to care and HIV partner services. *J Int AIDS Soc*. 2012;15:146.
49. Wykoff RF, Jones JL, Longshore ST, Hollis SL, Quiller CB, Dowda H, et al. Notification of the sex and needle-sharing partners of individuals with human immunodeficiency virus in rural South Carolina: 30-month experience. *Sex Transm Dis*. 1991;18(4):217-22.
50. Wykoff RF, Heath CW Jr, Hollis SL, Leonard ST, Quiller CB, Jones JL, et al. Contact tracing to identify human immunodeficiency virus infection in a rural community. *JAMA*. 1988;259(24):3563-6.
51. Zhang Y, Yin F, Zhong P, He N. [Practice and correlates of partner notification of HIV infection status among 307 HIV-infected individuals of Shanghai]. *Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi*. 2015;49(11):956-61.
52. Abraham S, Prasad J, Joseph A, Jacob K. Confidentiality, partner notification and HIV infection. *Indian J Med Ethics*. 2002;10(1):157-160.
53. Low N, Broutet N, Adu-Sarkodie Y, Barton P, Hossain M, Hawkes S. Global control of sexually transmitted infections. *Lancet*. 2006;368(9551):2001-16.

54. Wamuti BM, Macharia G, Asbjörnsdóttir K, Sambai B, Dunbar M, Ng'an'a A, et al. Linkage to care for index clients in the assisted partner services (aps) study, Kenya. Presented at: 21st International AIDS Conference; 18-22 July 2016; Durban, South Africa; 2016.
55. Jordan WC. Reaching lost-to-care populations. *Clin Infect Dis*. 2007;45 (Suppl 4):S275-80.
56. Buwalda P, Kruijthoff DJ, de Bruyn M, Hogewoning A. Evaluation of a home-care/counselling AIDS programme in Kgatleng District, Botswana. *AIDS Care*. 1994;6(2):153-60.
57. Njosing BN, Edin KE, Sebastián MS, Hurtig A-K. 'If the patients decide not to tell what can we do?' – TB/HIV counsellors' dilemma on partner notification for HIV. *BMC Int Health Hum Rights*. 2011;11(1):1-11.
58. Netsanet F, Dessie A. Acceptance of referral for partners by clients testing positive for human immunodeficiency virus. *HIV/AIDS (Auckl)*. 2013;5:19-28.
59. Kamanga G, Brown L, Jawati P, Chiwanda D, Nyirenda N. Maximizing HIV partner notification opportunities for index patients and their sexual partners in Malawi. *Malawi Med J*. 2015;27(4):140-4.
60. Adams OP, Carter AO, Redwood-Campbell L. Understanding attitudes, barriers and challenges in a small island nation to disease and partner notification for HIV and other sexually transmitted infections: a qualitative study. *BMC Public Health*. 2015;15:455.
61. Gilbert M, Wong S, Hottes TS, Haag D, Brownrigg B, Wong J, et al. Acceptability of online resources for STI partner notification: who would use what in the toolkit? *Sex Transm Infect*. 2015;91:A84-A5.
62. Shoveller J, Knight R, Davis W, Gilbert M, Ogilvie G. Online sexual health services: examining youth's perspectives. *Can J Public Health*. 2012;103(1):14-8.
63. Boyer R, Fortin C, Duval B, Nadeau D, Godin G. The opinions of Quebec physicians regarding AIDS: Part II. *Can J Public Health*. 1994;85(5):344-6.
64. Doull M, Haag D, Bondyra M, Lee C, Dinner K, Wong T, et al. Similarities and differences in perceptions of models for online partner notification for sexually transmitted infections: potential users versus care providers. *Sex Transm Infect*. 2015;91:A95-A6.
65. Sabidó M, Gregg LP, Vallès X, Nikiforov M, Monzón JE, Pedroza MI, et al. Notification for sexually transmitted infections and HIV among sex workers in Guatemala: acceptability, barriers, and preferences. *Sex Transm Dis*. 2012;39(7):504-8.
66. Clark JL, Perez-Brumer A, Salazar X. 'Manejar la Situación': partner notification, partner management, and conceptual frameworks for HIV/STI control among MSM in Peru. *AID Behav*. 2015;19(12):2245-54.
67. Clark JL, Long CM, Giron JM, Cuadros JA, Caceres CF, Coates TJ, et al. Partner notification for sexually transmitted diseases in Peru: knowledge, attitudes, and practices in a high-risk community. *Sex Transm Dis*. 2007;34(5):309-13.
68. Segura E, Perez-Brumer A, Sanchez J, Peinado J, Salvatierra J, Lama J, et al. Perceived importance of STI/HIV partner notification among men who have sex with men (MSM) and transgender women (TW) in Lima and Callao, Peru (2010). *Sex Transm Infect*. 2013;89.
69. Kerani RP, Fleming M, Golden MR. Acceptability and intention to seek medical care after hypothetical receipt of patient-delivered partner therapy or electronic partner notification postcards among men who have sex with men: the partner's perspective. *Sex Transm Dis*. 2013;40(2):179-85.
70. Kerani R, Mark F, Golden M. Acceptability of in spot and patient-delivered partner therapy among men who have sex with men seeking medical care. *Sex Transm Infect*. 2011;87:A89.
71. Bredfeldt RC, Dardeau FM, Wesley RM, Vaughan-Wrobel BC, Markland L. AIDS: Family physicians' attitudes and experiences. *J Fam Pract*. 1991;32(1):71-5.
72. Bresolin LB, Rinaldi RC, Henning JJ, Harvey LK, Hendee WR, Schwarz MR. Attitudes of US primary care physicians about HIV disease and AIDS. *AIDS Care*. 1990;2(2):117-25.
73. DePhilippis D, Metzger DS, Woody GE, Navaline HA. Attitudes toward mandatory human immunodeficiency virus testing and contact tracing: a survey of drug users in treatment. *J Subst Abuse Treat*. 1992;9(1):39-42.

74. Rothenberg KH, Paskey SJ, Reuland MM, Zimmerman SI, North RL. Domestic violence and partner notification: implications for treatment and counseling of women with HIV. *J Am Med Womens Assoc.* 1995;50(3-4):87-93.
75. Tesoriero JM, Battles HB, Heavner K, Leung S-YJ, Nemeth C, Pulver W, et al. The effect of name-based reporting and partner notification on HIV testing in New York state. *Am J Public Health.* 2008;98(4):728-35.
76. Rietmeijer CA, Westergaard B, Mickiewicz TA, Richardson D, Ling S, Sapp T, et al. Evaluation of an online partner notification program. *Sex Transm Dis.* 2011;38(5):359-64.
77. Cates W Jr, Toomey KE, Havlak GR, Bowen GS, Hinman AR. From the CDC. Partner notification and confidentiality of the index patient: its role in preventing HIV. *Sex Transm Dis.* 1990;17(2):113-4.
78. Mimiaga MJ, Tetu AM, Gortmaker S, Koenen KC, Fair AD, Novak DS, et al. HIV and STD status among MSM and attitudes about Internet partner notification for STD exposure. *Sex Transm Dis.* 2008;35(2):111-6.
79. Tobin KE, Muessig KE, Latkin CA. HIV seropositive drug users' attitudes towards partner notification (PCRS): results from the SHIELD study in Baltimore, Maryland. *Patient Educ Couns.* 2007;67(1/2):137-42.
80. Edelman EJ, Cole CA, Richardson W, Boshnack N, Rosenthal MS. Improving partner notification: a qualitative study of medical case managers, disease intervention specialists and men who have sex with men. *J Gen Intern Med.* 2012;27:S225.
81. Carballo-Diéguez A, Remien RH, Benson DA, Dolezal C, Decena CU, Blank S. Intention to notify sexual partners about potential HIV exposure among New York City STD clinics' clients. *Sexually Transmitted Diseases.* 2002;29(8):465-71.
82. Edelman E, Cole C, Richardson W, Boshnack N, Jenkins H, Rosenthal M. Opportunities for improving partner notification for HIV: results from a community-based participatory research study. *AIDS Behav.* 2014;18(10):1888-97.
83. Mimiaga MJ, Reisner SL, Tetu AM, Bonafide KE, Cranston K, Bertrand T, et al. Partner notification after STD and HIV exposures and infections: knowledge, attitudes, and experiences of Massachusetts men who have sex with men. *Public Health Rep.* 2009;124(1):111-9.
84. Rogers SJ, Tross S, Doino-Ingorsol J, Weisfuse I. Partner notification with HIV-infected drug users: results of formative research. *AIDS Care.* 1998;10(4):415-29.
85. Maher JE, Peterson J, Hastings K, Dahlberg LL, Seals B, Shelley G, et al. Partner violence, partner notification, and women's decisions to have an HIV test. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2000;25(3):276-82.
86. McBride KR, Goldsworthy RC, Fortenberry JD. Patient and partner perspectives on patient-delivered partner screening: acceptability, benefits, and barriers. *AIDS Patient Care STDS.* 2010;24(10):631-7.
87. Udeagu CC, Bocour A, Gale I, Begier EM. Provider and client acceptance of a health department enhanced approach to improve HIV partner notification in New York City. *Sex Transm Dis.* 2010;37(4):266-71.
88. Scott C, Teague A, Menon-Johanssen A, Jones R, Sullivan A. A study to assess acceptability of partner notification via Short Message Service text messaging (SMS). *HIV Med.* 2010;11:49.
89. Golden MR, Hopkins SG, Morris M, Holmes KK, Handsfield HH. Support among persons infected with HIV for routine health department contact for HIV partner notification. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2003;32(2):196-202.
90. Charter R, Luerssen S. A tale of six cities: partner services through the eyes of gay men and other men who have sex with men. *Sex Transm Dis.* 2014;41:S40.
91. Dye TD, Knox KL, Novick LF. Tracking sexual contacts of HIV patients: a study of physician practices. *J Public Health Manag Pract.* 1999;5(5):19-22.
92. Ricks JM, Swartzendruber A, Boyce L, Sales JM, DiClemente RJ, Rose ES. Uptake of and experiences with expedited partner therapy among African American girls recruited from short-term juvenile detention centers. *Sex Trans Dis.* 2014;41:S33.
93. Carrier JM, Magaña JR. Use of ethnosexual data on men of Mexican origin for HIV/AIDS prevention programs. *J Sex Res.* 2012;49(4):379-87.

94. Kuruc J. Partner counseling and referral services in North Carolina, USA – Lessons from an US experience. University of North Carolina at Chapel Hill, NC, USA. Presented at: AIDSFREE HIV Testing Webinar; Washington, DC; 28 April, 2016. Available online at: <https://aidsfree.usaid.gov/news-events/webinar-getting-first-90-hiv-partner-notification>.
95. Worm AM, Smith E, Sorensen H, Haxholdt H. [Contact tracing as a part of HIV infection prevention. Current practice and attitudes of general practitioners and hospital physicians; preliminary results]. *Ugeskr Laeger*. 1998;160(8):1174-8.
96. Worm AM, Smith E, Sorensen H, Haxholdt H. Partner notification for HIV infection in Denmark: attitudes and preliminary results. *Genitourin Med*. 1996;72(4):283-5.
97. McNutt LA, Gordon E, Uusküla A. Informed recruitment in partner studies of HIV transmission: an ethical issue in couples research. *BMC Med Ethics*. 2009;10:14.
98. Permiani M, Bosco O, Baccaglino E, Di Ruscio P, Galvan U, Malena M, et al. Acceptability of the contact tracing (CT) & partner notification (PN) procedures. *Infection*. 2010;38:31.
99. Dalle Nogare F, Di Lorenzo F, Sanfilippo A, Dalle Nogare ER, Arena N, Prestileo T. [Contact tracing and partner notification among a cohort of HIV-1 infected patients. A prospective study carried out in Palermo in 2012]. *Recenti Prog Med*. 2014;105(9):327-32.
100. Van Rooijen MS, Vriens P, Gotz H, Heijman T, Voeten H, Koekenbier R. Acceptance of an online partner notification tool for STI, called Suggest-A-Test. *Sex Transm Infect*. 2013;89.
101. Carnicer-Pont D, Barbera-Gracia MJ, Fernandez-Davila P, Garcia de Olalla P, Munoz R, Jacques- Avino C, et al. Use of new technologies to notify possible contagion of sexually-transmitted infections among men. *Gac Sanit*. 2015;29(3):190-7.
102. Woodward CL, Roedling S, Edwards SG, Armstrong A, Richens J. Computer-assisted survey of attitudes to HIV and sexually transmissible infection partner notification in HIV-positive men who have sex with men. *Sex Health*. 2010;7(4):460-2.
103. Roberts J, Nixon E, Perry N, Sheriff N, Richardson D. Experiences of men who have sex with men (MSM) when engaging in the partner notification process three months following a HIV diagnosis. *Sex Transm Infect*. 2015;91:A36-A7.
104. Heath D, Wyal S. Introducing a new online partner-notification service for men who have sex with men. *HIV Med*. 2011;12:69-70.
105. Wyal S, Hart G, Copas A, Edwards S, Cassell JA. Sexual behaviour, partnership patterns and STI diagnoses among HIV positive MSM: Implications for HIV/STIs transmission and partner notification. *Sex Transm Infect*. 2012;88.
106. Mulvey G, Manderson L. Contact tracing and sexually transmitted disease among aboriginal men on the Anangu Pitjantjatjara lands. *Aust J Public Health*. 1995;19(6):596-602.
107. Tan WS, Chio TW. Which partner notification method do patients prefer? Results of a patient preference survey at the national STI clinic in Singapore. *Sex Transm Infect*. 2015;91:A96-A7.
108. Wyal S, Cassell J, Scambler G, Hart G, Low N. Partner notification for STI and HIV: patients' views and experiences of notifying partners. *Sex Transm Infect*. 2011;87:A95-A6.
109. Приложение 26: Report on the values and preferences on partner notification in Uganda. Geneva: World Health Organization; 2016.
110. Приложение 32: Report on the values and preferences on HIV self-testing and partner notification in Indonesia, Pakistan, Philippines and Thailand. Geneva: World Health Organization; 2016.
111. Tsega A, Udeagu CC, Begier EM. A comparison of partner notification effectiveness in African-, Caribbean-, and United States-born HIV-infected blacks in New York City. *AIDS Patient Care STDS*. 2012;26(7):406-10.
112. Rahman M, Fukui T, Asai A. Cost-effectiveness analysis of partner notification program for human immunodeficiency virus infection in Japan. *J Epidemiol*. 1998;8(2):123-8.
113. Armbruster B, Brandeau M. Optimal mix of screening and contact tracing for endemic diseases. *Math Biosci*. 2007;209(2):386-402.

114. Armbruster B, Brandeau M. Contact tracing to control infectious disease: when enough is enough. *Health Care Manag Sci.* 2007;10(4):341-55.
115. Armbruster B, Brandeau M. Cost-effective control of chronic viral diseases: finding the optimal level of screening and contact tracing. *Math Biosci.* 2010;224(1):35-42.
116. Заявление по вопросам политики в области ВИЧ-тестирования и консультирования. ВОЗ и ЮНЭЙДС не поддерживают обязательное тестирование. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2012 (http://www.who.int/hiv/events/2012/world_aids_day/hiv_testing_counselling/ru/, по состоянию на 1 марта 2015 г.).
117. Quick guide recommendations for partner services programs for HIV infection, syphilis, gonorrhea, and chlamydial infection. Atlanta, GA: the Centers of Disease Control and Prevention; 2008 (https://www.cdc.gov/nchhstp/partners/docs/08_124108_Stuckey_QuickGuideInsides_121508_Update_WithCover-508C.pdf, accessed 22 August 2016).
118. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. Geneva: World Health Organization; 2013 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/>, accessed 26 July 2016).
119. Fatti G, Mathibi E, Manjezi N, Grimwood A. Index client trailing: a home-based HIV counselling and testing strategy to identify and link people living with HIV to treatment. Presented at: 21st International AIDS Conference; 18-22 July 2016; Durban, South Africa; 2016.
120. Recommendations for investigating contacts of persons with infectious tuberculosis in low- and middle-income countries. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77741/1/9789241504492_eng.pdf, accessed 27 July 2016).

**Всемирная организация
здравоохранения**
Европейское региональное бюро
UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen O,
Denmark
Тел.: +45 45 33 70 00 Факс: +45 45 33 70 01

Эл. адрес: euwhocontact@who.int

Веб-сайт: www.euro.who.int

ISBN 978 92 890 5351 8

