



Всемирная организация
здравоохранения

Сводное руководство по охране сексуального и репродуктивного здоровья и защите прав женщин, живущих с ВИЧ



Всемирная организация
здравоохранения

Сводное руководство по охране сексуального и репродуктивного здоровья и защите прав женщин, живущих с ВИЧ

Сводное руководство по охране сексуального и репродуктивного здоровья и защите прав женщин, живущих с ВИЧ [Consolidated guideline on sexual and reproductive health and rights of women living with HIV]

ISBN 978-92-4-454999-5

© Всемирная организация здравоохранения, 2018

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: Сводное руководство по охране сексуального и репродуктивного здоровья и защите прав женщин, живущих с ВИЧ [Consolidated guideline on sexual and reproductive health and rights of women living with HIV]. 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 признательности.....	V
Резюме	vii
Сводный перечень рекомендаций ВОЗ в сфере охраны сексуального и репродуктивного здоровья и прав (СРЗП) женщин, живущих с ВИЧ.....	x
Сводный перечень разработанных ВОЗ принципов надлежащей практики в сфере охраны сексуального и репродуктивного здоровья и прав (СРЗП) женщин, живущих с ВИЧ.....	xvi
Глава 1. Введение.....	1
1.1 Общие сведения.....	1
1.2 Целевая аудитория.....	2
1.3 Сфера тематического охвата руководства.....	3
1.4 Применяемый подход и руководящие принципы.....	4
1.5 Ценности и предпочтения женщин, живущих с ВИЧ.....	10
Глава 2. Методология и процесс разработки руководства.....	12
2.1 Рабочие группы по разработке руководства.....	12
2.2 Другие участники, внесшие существенный вклад в создание руководства.....	13
2.3 Декларации интересов, представленные внешними участниками.....	13
2.4 Определение сферы охвата руководства и тематических областей, требующих разработки новых рекомендаций и принципов надлежащей практики.....	14
2.5 Обзор доказательств и формулирование рекомендаций.....	14
2.6 Принятие решений ГРР в ходе создания руководства.....	17
2.7 Подборка и представление содержания руководства.....	17
Глава 3. Создание благоприятных условий: рекомендации и принципы надлежащей практики.....	20
3.1 Использование социально-экологической модели при определении благоприятных условий, способствующих охране СРЗП женщин, живущих с ВИЧ.....	23
3.2 Основные стратегии создания и поддержания благоприятных условий.....	24
Глава 4. Медицинские вмешательства: рекомендации и принципы надлежащей практики	58
4.1 Консультирование и поддержка в сфере охраны сексуального здоровья.....	59
4.2 Услуги в связи с насилием в отношении женщин.....	66
4.3 Услуги по планированию семьи и лечению бесплодия.....	72
4.4 Услуги в области оказания дородовой помощи и охраны материнского здоровья.....	80
4.5 Услуги по безопасному прерыванию беременности.....	90
4.6 Услуги по оказанию помощи при инфекциях, передаваемых половым путем, и услуги по предупреждению рака шейки матки.....	93

Глава 5. Оказание услуг и практическое осуществление руководства	100
5.1 Обзор состояния дел.....	100
5.2 Основные реформы в области оказания услуг	103
5.3 Ключевые вопросы предоставления услуг женщинам, живущим с ВИЧ	106
5.4 Понимание местных характеристик эпидемиологии ВИЧ-инфекции и ИППП.....	111
Глава 6. Разработка программы научных исследований	112
6.1 Определение приоритетных направлений исследований с целью укрепления доказательной базы.....	112
6.2 Формирование надлежащего подхода к научным исследованиям по вопросам охраны СРЗП	114
Глава 7. Распространение, применимость и обновление руководства и рекомендаций.....	117
7.1 Распространение.....	117
7.2 Применимость.....	118
7.3 Обновление руководства	120
Библиография.....	121
Приложение 1. Внешние эксперты и сотрудники ВОЗ, участвовавшие в подготовке этого руководства	134
Приложение 2. Резюме деклараций интересов членов Группы по разработке руководства (ГРР) и принятые меры	139
Приложение 3. Приоритетные вопросы и исходы вмешательств, определенные для этого руководства	142
Приложение 4. Систематические обзоры и анализ литературных данных.....	143
Приложение 5. Суждения Группы по разработке руководства (ГРР), относящиеся к новым рекомендациям	145

Веб-приложение: Таблицы GRADE и стратегии поиска, использованные в ходе систематических обзоров

Данное приложение доступно онлайн по адресу: www.who.int/reproductivehealth/publications/gender_rights/srhr-women-hiv/en/

Выражение признательности

Руководящая группа ВОЗ по подготовке руководства

В создание этого руководства внесли вклад следующие сотрудники ВОЗ, вошедшие в состав Руководящей группы по разработке руководства: **Avni Amin** (Департамент репродуктивного здоровья и научных исследований [RHR]), **Rachel Baggaley** (Департамент по ВИЧ/СПИДу), **John Beard** (Департамент по вопросам старения и жизненного цикла [ALC]), **Ana Pilar Bettr n Lazaga** (Департамент RHR), **Francoise Bigirimana** (Региональное бюро ВОЗ для стран Африки), **Sonja Caffè** (Региональное бюро ВОЗ для стран Америки/Панамериканская организация здравоохранения [ПАОЗ]), **Rebekah Bosco Thomas** (Группа ВОЗ по учету гендерной проблематики, равенства и прав человека), **Nathalie Broutet** (Департамент RHR), **Tarun Dua** (Департамент ВОЗ по психическому здоровью и токсикомании [MSD]), **Shaffiq Essajee** (Департамент по ВИЧ/СПИДу), **Jane Ferguson** (Департамент по вопросам здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков [MCA]), **Mario Festin** (Департамент RHR), **Bela Ganatra** (Департамент RHR), **Claudia García Moreno** (Департамент RHR), **Fahmy Hanna** (Департамент MSD), **Rajat Khosla** (Департамент RHR), **Gunta Lazdane** (Европейское региональное бюро ВОЗ), **Ramez Mahaini** (Региональное бюро ВОЗ для стран Восточного Средиземноморья), **L opold Ouedraogo** (Региональное бюро ВОЗ для стран Африки), **Razia Pendse** (Региональное бюро ВОЗ для стран Юго-Восточной Азии), **Sheryl van der Poel** (Департамент RHR), **Joanna Vogel** (Департамент MCA).

Группа по разработке руководства (ГРП)

Pascale Allotey (малазийский кампус Университета Монаша, медицинский факультет, Малайзия), **Elham Atalla** (медицинский центр в Аль Хуре, медицинский центр в Араде, Министерство здравоохранения, Королевство Бахрейн), **Susan Bewley** (Научно-образовательный центр охраны здоровья женщин, Королевский колледж Лондона, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии [Соединенное Королевство]), **Shalini Bharat** (факультет изучения систем здравоохранения, Институт социальных наук имени Тата, Индия), **Elizabeth Bukusi** (сопредседатель) (Кенийский медицинский научно-исследовательский институт [KEMRI], Кения), **Caroline Phiri Chibawe** (Отдел охраны здоровья матери и ребенка, Министерство здравоохранения, Замбия), **Sophie Dilmittis** (Международное сообщество женщин, живущих с ВИЧ, Зимбабве), **Raoul Fransen-dos Santos** (Международная поддержка гражданского общества, Нидерланды), **Selma Hajri** (Африканская сеть в поддержку доступа к медицинским абортам [ANMA], Тунис), **Maurice Hiza** (Отдел охраны репродуктивного и детского здоровья, Министерство здравоохранения и социального обеспечения, Объединенная Республика Танзания), **Mona Loutfy** (Научно-исследовательский институт и Клиническая больница Женского Колледжа при Университете Торонто, Канада), **Chisale Mhango** (Королевский колледж акушерства и гинекологии, Медицинский колледж, Малави), **Glen Mola** (медицинский факультет при Университете Папуа-Новой Гвинеи, Папуа-Новая Гвинея), **Rejoice Nkambule** (Служба общественного здравоохранения, Министерство здравоохранения, Свазиленд), **Vera Paiva** (Междисциплинарная группа по предупреждению СПИДа [NEPAIDS], Университет Сан-Паулу, Бразилия), **Quach Thi Thu Trang** (Центр творческих инициатив в области здравоохранения и народонаселения [CCIHP], Вьетнам), **Paul Van Look** (сопредседатель) (независимый консультант, Швейцария), **Alice Welbourn** (организация «Саламандер Траст», Соединенное Королевство), **Anandi Yuvaraj** (независимый консультант, Индия).

Составители систематических и описательных обзоров для оценки обоснованности научных рекомендаций в рамках системы GRADE

Школа общественного здравоохранения им. Блумберга при университете Джонса Хопкинса, Соединенные Штаты Америки (США): **Caitlin Kennedy** и ее группа: **Laura Beres**, **Virginia Burke**, **Stephanie Caldas**, **Elisabeth Chop**, **Avani Duggaraju**, **Angela Flignor**, **Sabina Haberen**, **Sophie Morse**, **Shristi Pandey**, **Caitlin Payne**, **Jennifer Robinson**, **Haneefa Saleem**, **Alana Teman** и **Ping Teresa Yeh**.

Методист/Независимый клинический эпидемиолог, Южная Африка: **Nandi Siegfried**.

Группа внешних рецензентов (ГВР)

Georgina Caswell (Международный альянс по ВИЧ/СПИДу, Соединенное Королевство), **Eli Coleman** (Университет Миннесоты, США), **Tyler Crone** (сеть ATHENA, США), **Cecilia Chung** (Глобальная сеть людей, живущих с ВИЧ, США), **Faysal El-Kak** (Американский университет Бейрута, Ливан), **Asha George**

(Университет Западной Капской провинции, Южная Африка), **Quarraisha Abdool Karim** (Центр научных исследований по проблеме СПИДа в Южной Африке [CAPRISA], Южная Африка), **Robert Leke** (Университет Яунде, Камерун), **Svetlana Moroz** (Евразийская женская сеть по СПИДу, Украина), **Nelly Mugo** (Национальная больница им. Кениаты, Кения), **Wanjiru Mukoma** (Кенийская неправительственная организация LVCT Health), **Hajjarah Nagadya** (Международное сообщество женщин, живущих с ВИЧ [МСЖ], в Восточной Африке, Уганда), **Francis Ndowa** (Совет управления центральной больницы Хараре, Зимбабве), **L'Orangelis Thomas Negr n** (Сеть ВИЧ-позитивной молодежи в странах Латинской Америки и Карибского бассейна, Панама), **Eugene Ngoga** (Руандский университет, Руанда), **Hiromi Obara** (Национальный центр по вопросам охраны здоровья людей во всем мире, Япония), **Hamid Rushwan** (Международная федерация акушеров и гинекологов [МФАГ], Судан), **Aditi Sharma** (МСЖ, Индия), **Martha Tholanah** (МСЖ, Зимбабве), **Ruth Morgan Thomas** (Глобальная сеть проектов работников секс-бизнеса, Соединенное Королевство), **Rita Wahab** (Женщины, живущие с ВИЧ, на Ближнем Востоке [МЕНА Роза] Ливан).

Представители учреждений системы Организации Объединенных Наций и других внешних партнерских организаций

Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией: Kate Thomson

Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС)

Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека (УВКПЧ): Ruben Brouwer, Lucinda O'Hanlon

Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА): Lynn Collins, Petra ten Hoore-Bender

Агентство США по международному развитию (ЮСАИД): Shawn Malarcher, Nithya Mani, Jen Mason

Сотрудники и консультанты ВОЗ

Выражается особая признательность следующим консультантам ВОЗ, внесшим вклад в составление текста, координацию работ и проведение исследований в процессе подготовки настоящего руководства: **Laura Beres** (Университет Джонса Хопкинса), **Elizabeth McGrory** (независимый консультант) и **Luisa Orza** (сеть ATHENA). Кроме того, заслуживают благодарности **Sofia Gruskin** и **Shubha Kumar** (Институт глобального здравоохранения, Университет Южной Калифорнии), которые возглавили проведение обзора по вопросам прав человека.

Особая благодарность также приносится **Philippa Easterbrook**, **Susan Norris** и **Charles Penn** (Секретариат Комитета ВОЗ по обзору руководящих принципов), предоставившим консультативную помощь и поддержку на различных этапах разработки руководства.

Административную поддержку со стороны ВОЗ предоставили **Natalie Maurer** и **Jane Werunga-Ndanareh**, а коммуникационную поддержку — **Catherine Hamill**, **Lizzy Noble** и **Christine Meynent**. Техническое редактирование выполнила **Jane Patten**, а полиграфический дизайн и верстку — **Christel Chater** (от лица компании «Грин Инк», Соединенное Королевство).

Общая координация

Общую координацию процесса подготовки руководства осуществила **Manjulaa Narasimhan** под руководством **James Kiagie** и **Ian Askew** (Департамент ВОЗ RHR).

Финансирование

Настоящее руководство было разработано при финансовой поддержке со стороны Специальной программы ПРООН/ЮНФПА/ЮНИСЕФ/ВОЗ/Всемирного банка по научным исследованиям, разработкам и подготовке научных кадров в области репродукции человека (ПРЧ), Фонда Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА) и Агентства США по международному развитию (ЮСАИД).

Резюме

Эпидемия ВИЧ не только подпитывается существованием гендерного неравенства, но и усугубляет его, повышая уязвимость женщин к его воздействию. Принятие мер по охране сексуального и репродуктивного здоровья женщин, живущих с ВИЧ, которые основаны на принципах гендерного равенства и защиты прав человека, должно способствовать улучшению качества жизни этих женщин. Это также будет шагом к долгосрочному укреплению их здоровья и соблюдению принципа справедливости в отношении здоровья.

Введение

Согласно оценкам, в 2015 г. в мире проживало 17,8 миллиона ВИЧ-инфицированных женщин в возрасте старше 15 лет, что составляет 51% всех взрослых, живущих с ВИЧ. Наиболее часто заболевание поражает девочек подросткового возраста и молодых женщин: в 2015 г. они составили %60 от числа всех молодых людей в возрасте от 15 до 24 лет, живущих с ВИЧ, при этом на их долю также пришлось %58 всех новых случаев инфицирования в этой возрастной группе. Во многих странах женщины, живущие с ВИЧ, не только лишены равного доступа к качественным медицинским услугам, но и сталкиваются с множественными и пересекающимися формами стигматизации и дискриминации. Кроме того, женщины, живущие с ВИЧ, в несоразмерно большей степени уязвимы к насилию, в частности, к нарушению их сексуальных и репродуктивных прав.

Со времени публикации в 2006 г. руководства Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) *Sexual and reproductive health of women living with HIV/AIDS: guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings* (Сексуальное и репродуктивное здоровье женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом: руководство по оказанию помощи, лечению и поддержке женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом, и их детей в условиях ограниченных ресурсов) в течение 10 лет в мерах политики, научных исследованиях и практических подходах в связи с ВИЧ-инфекцией произошло много существенных изменений. К ним относятся стремительное расширение масштабов антиретровирусной терапии (АРТ) и публикация в 2015 г. рекомендаций ВОЗ, предписывающих всем лицам, живущим с ВИЧ, как можно скорее начинать АРТ, а лицам со значительным риском заражения ВИЧ-инфекцией использовать доконтактную профилактику (ДКП) как дополнительную профилактическую меру. Учитывая существенное различие в тематическом охвате, настоящее руководство следует рассматривать как новый документ, представленный Комитетом ВОЗ по обзору руководящих принципов, а не обновление руководства 2006 года. Оно разработано в ответ на обращения организаций, учреждений и отдельных лиц с просьбой свести воедино в одном руководстве существующие рекомендации в отношении женщин, живущих с ВИЧ, и новые рекомендации и принципы надлежащей практики. Ожидается, что данное пособие станет подспорьем для работников здравоохранения первичного звена, руководителей программ и разработчиков политики в области общественного здравоохранения во всем мире в деле более эффективного решения проблем, связанных с охраной сексуального и репродуктивного здоровья и защитой прав (СРЗП) женщин, живущих с ВИЧ.

Отправной точкой для применения этого руководства является момент, когда женщина узнает о наличии у нее ВИЧ-инфекции. Поэтому оно охватывает все основные аспекты, касающиеся предоставления комплексных услуг по охране СРЗП и оказания поддержки женщинам, живущим с ВИЧ. Так как женщины, живущие с ВИЧ, сталкиваются со специфическими трудностями и нарушениями прав человека в области их сексуального и репродуктивного поведения как в кругу семьи и в местном сообществе, так и в медицинских учреждениях, куда они обращаются за помощью, то особое внимание в руководстве уделяется созданию благоприятных условий, способствующих более эффективной реализации медицинских вмешательств и улучшению показателей здоровья.

Настоящее руководство призвано помочь странам более эффективно планировать, разрабатывать и контролировать осуществление программ и услуг, содействующих обеспечению гендерного равенства и соблюдению прав человека с учетом национальной и местной эпидемиологической ситуации, так как такие меры вмешательств более приемлемы для женщин, живущих с ВИЧ, и в большей степени соответствуют их потребностям. В нем также рассматриваются отдельные аспекты практического

внедрения, которые необходимо учитывать при проведении медицинских вмешательств и оказании услуг, с тем чтобы обеспечить достижение гендерного равенства и соблюдение прав человека.

Цель настоящего руководства состоит в предоставлении следующих методических указаний:

- **Основанные на доказательных данных** рекомендации по вопросам охраны СРЗП женщин, живущих с ВИЧ, во всем их многообразии, причем особое внимание уделяется условиям, в которых возможности и ресурсы системы здравоохранения ограничены; и
- **Принципы надлежащей практики** применительно к основным административным и практическим вопросам предоставления услуг, которые необходимо учитывать для того, чтобы (i) повысить доступ к услугам охраны сексуального и репродуктивного здоровья (СРЗ), уровень использования этих услуг и качество результатов их применения, (ii) способствовать соблюдению прав человека и (iii) содействовать обеспечению гендерного равенства в отношении женщин, живущих с ВИЧ.

Подход, ориентированный на женщин

Медицинская помощь, ориентированная на женщин, подразумевает такой подход к оказанию услуг, при котором осознанно учитываются интересы женщин, их семей и сообществ, к которым они относятся. Это означает, что женщины выступают в качестве как получателей услуг, так и активных участников в работе систем здравоохранения, которым они доверяют и которые отвечают потребностям и предпочтениям женщин и соблюдают их права, следуя принципам комплексного, уважительного и гуманного оказания помощи. Система оказания помощи построена на принципе уважения к праву женщин самостоятельно принимать решения относительно их здоровья, а в число услуг обязательно входит предоставление информации и возможных вариантов действий, позволяющих женщине принять обдуманное решение. Потребности и интересы женщин, их семей и сообществ занимают центральное место в системе оказания помощи и обязательно учитываются при планировании и практической реализации программ и услуг. Подход, ориентированный на женщин, опирается на два основополагающих принципа: соблюдение прав человека и обеспечение гендерного равенства.

Руководящие принципы

Права человека. В основе защиты человеческого достоинства и обеспечения благополучия женщин, живущих с ВИЧ, лежит комплексный подход к охране здоровья и соблюдению прав человека. Он включает, в частности, право на наивысший достижимый уровень здоровья, право на жизнь и физическую неприкосновенность, включая право на жизнь, свободную от насилия, право на равенство и отсутствие дискриминации по половому признаку, а также право на свободу от пыток и жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство видов обращения. Право на СРЗ – это неотъемлемая часть права на здоровье, закрепленного в статье 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах.

Гендерное равенство. Обеспечение гендерного равенства является ключевым элементом на пути укрепления сексуального и репродуктивного здоровья и защиты прав всех женщин, в том числе женщин, живущих с ВИЧ, во всем их многообразии. Для достижения этой цели необходимо признать и принять во внимание неблагоприятное влияние гендерного неравенства на доступ женщин к медицинским услугам и опыт их использования. Сюда относятся неравноправное положение женщин в сфере интимных отношений, причиняющие вред нормы полового поведения, а также отсутствие у женщин доступа к ресурсам и контроля над ними.

Методология разработки руководства

Департамент репродуктивного здоровья и научных исследований ВОЗ (RHR) возглавил работу по подготовке данного сводного руководства, основываясь на процедурах и стандартах отчетности, изложенных в пособии ВОЗ от 2014 г. *WHO Handbook for Guideline Development* (Справочник ВОЗ по разработке руководящих принципов). Для того чтобы должным образом отразить в этом руководстве те проблемы, с которыми сталкиваются женщины, живущие с ВИЧ, во всем их многообразии, по поручению ВОЗ было проведено глобальное опросное исследование, направленное на определение приоритетов женщин, живущих с ВИЧ, в сфере охраны СРЗП – Глобальный опрос о ценностях и предпочтениях (ГОЦП)¹. В ходе разработки настоящего руководства этому процессу было отведено центральное место, а результаты проведенного опроса отражены во всех разделах документа.

В целях определения сферы тематического охвата будущего руководства Руководящая группа ВОЗ по подготовке руководства (РГ) сопоставила данные о всех опубликованных пособиях ВОЗ по вопросам охраны СРЗП женщин, живущих с ВИЧ, а затем проанализировала данные документы, чтобы установить степень

актуальности существующих рекомендаций, которые были оценены по системе GRADE (Система разработки, оценки и определения научной обоснованности рекомендаций) перед их включением в настоящее сводное руководство. Руководящая группа выявила следующие восемь тематических области, в отношении которых требовалось разработать новые рекомендации или принципы надлежащей практики: социально-психологическая поддержка, проблемы старения и здоровая половая жизнь, расширение экономических возможностей и доступ к ресурсам (в том числе обеспечение продовольственной безопасности), интеграция услуг в сфере охраны СРЗП с услугами в связи с ВИЧ-инфекцией, расширение прав и возможностей женщин и их самоэффективность в области принятия решений о более безопасном сексуальном и репродуктивном поведении, содействие в безопасном раскрытии ВИЧ-статуса тем женщинам, живущим с ВИЧ, которые опасаются насилия или подвергаются ему, способы родоразрешения, позволяющие достичь оптимальных исходов для матери и ребенка в перинатальном периоде (в частности, кесарево сечение), а также безопасные медикаментозные и хирургические аборт. В начале процесса разработки новых рекомендаций и принципов надлежащей практики, предназначенных для принятия мер в установленных восьми тематических областях, был проведен систематический и описательный обзор фактических данных. Для того чтобы определить силу каждой рекомендации, Группа по разработке руководства (ГРП) оценила качество имеющихся доказательств, на которые опираются новые рекомендации, и рассмотрела соотношение пользы и риска, ценности и предпочтения, степень содействия обеспечению прав человека, соблюдение принципа справедливости в отношении здоровья, затраты и возможности практического осуществления применительно к данным рекомендациям.

Создание благоприятных условий

Для практического осуществления всесторонних и комплексных программ по борьбе с ВИЧ-инфекцией и охране СРЗП, направленных на удовлетворение потребностей в медицинской помощи и обеспечение прав неоднородной группы женщин, живущих с ВИЧ, необходимо принять ряд мер, которые помогут преодолеть препятствия на пути использования женщинами услуг здравоохранения и обеспечат их постоянное вовлечение в систему оказания помощи. В любой эпидемиологической ситуации такие препятствия могут возникать на индивидуальном и межличностном уровнях, а также на уровне местного сообщества и общества в целом. К ним относятся социальное отчуждение и маргинализация, криминализация, стигматизация, гендерное насилие и практика неравенства полов, применяемые в отношении ВИЧ-инфицированных женщин, а также прочие неблагоприятные факторы. В целях улучшения доступности, приемлемости, финансовой доступности, уровня использования, качества, эффективности и экономической эффективности услуг для женщин, живущих с ВИЧ, а также обеспечения справедливого охвата этими услугами необходимо внедрить и осуществлять соответствующие стратегии во всех составляющих элементах системы здравоохранения. Если оставить эти проблемы без внимания, подобные барьеры могут подорвать эффективность медицинских вмешательств и мероприятий по охране СРЗП женщин, живущих с ВИЧ.

Практическое осуществление и обновление руководства

Для принятия мер по выполнению рекомендаций, изложенных в данном руководстве, нужна стратегия, основанная на доказательных данных и разработанная с учетом местных условий и конкретных потребностей и прав женщин, живущих с ВИЧ. Кроме того, в задачи соответствующих программ должны входить достижение справедливости при распределении медицинских услуг, обеспечение гендерного равенства и эффективное оказание высококачественной помощи во всех случаях. Для эффективного практического осуществления рекомендаций и принципов надлежащей практики, представленных в этом руководстве, вероятно, потребуются реорганизовать систему оказания помощи и провести перераспределение ресурсов системы здравоохранения, прежде всего в странах с низким и средним уровнем дохода. Учитывая потенциальные препятствия, целесообразно использовать поэтапный подход к принятию, адаптации и внедрению рекомендаций этого руководства.

В процессе разработки данного документа Группа по разработке руководства выявила ряд серьезных пробелов в научных знаниях, которые необходимо восполнить на основе оригинальных научных исследований. Настоящее руководство планируется обновить через пять лет после публикации. В случае появления новых существенных доказательных данных пересмотр руководства будет проведен в более короткие сроки.

В таблицах 1 и 2 представлены новые и существующие рекомендации и принципы надлежащей практики, соответственно. На Рисунке 2.1, представленном в конце Главы 2, изображена наглядная схема, в которой сведены воедино все положения руководства, при этом центральным элементом всей системы являются интересы женщин, живущих с ВИЧ.

Таблица 1: Сводный перечень рекомендаций ВОЗ в сфере охраны сексуального и репродуктивного здоровья и прав (СРЗП) женщин, живущих с ВИЧ

Примечание: рекомендации, в которых речь идет о «ключевых группах населения», распространяются в том числе на женщин, живущих с ВИЧ, в силу чего эти рекомендации были включены в настоящее руководство.

А. Создание благоприятных условий	
Рекомендация (РЕК)	Сила рекомендации, качество доказательств
Здоровая половая жизнь на протяжении всей жизни	
РЕК А.1: В целях обеспечения эффективного взаимодействия с подростками и достижения оптимальных результатов для их здоровья в комплекс услуг, связанных с ВИЧ, следует включить услуги, учитывающие особенности подростков и основанные на принципах доброжелательного отношения к ним ¹ .	Сильная рекомендация, низкое качество доказательств
Интеграция услуг в сфере охраны СРЗП с услугами, связанными с ВИЧ	
РЕК А.2: В условиях генерализованной эпидемии проведение антиретровирусной терапии (АРТ) среди беременных и родивших женщин и грудных детей, отвечающих соответствующим критериям, следует начинать и продолжать в рамках служб охраны здоровья матери и ребенка. При необходимости осуществляют привязку и направление пациентов в центры по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции для получения АРТ и непрерывной медицинской помощи.	Сильная рекомендация, очень низкое качество доказательств
РЕК А.3: Службы оказания помощи при инфекциях, передаваемых половым путем (ИППП), и службы планирования семьи могут быть объединены с учреждениями по лечению ВИЧ-инфекции.	Условная рекомендация, очень низкое качество доказательств
РЕК А.4, А.5 и А.6: Децентрализация лечения и оказания помощи при ВИЧ-инфекции должна рассматриваться как способ повышения доступности и удержания пациентов в программе лечения:	
<ul style="list-style-type: none"> • начало АРТ в больнице и продолжение АРТ в периферийных медицинских учреждениях; • начало и продолжение АРТ в периферийных медицинских учреждениях; • начало АРТ в периферийных медицинских учреждениях и продолжение терапии на уровне местного сообщества. 	Сильная рекомендация, низкое качество доказательств
РЕК А.7: Обученные работники без специального образования, чья деятельность подлежит контролю, могут отпускать препараты для АРТ взрослым, подросткам и детям, живущим с ВИЧ.	Сильная рекомендация, низкое качество доказательств
РЕК А.8: Квалифицированные медицинские работники среднего звена (медсестры, фельдшера, акушерки и т.д.) могут назначать АРТ первой линии.	Сильная рекомендация, среднее качество доказательств
РЕК А.9: Квалифицированные медицинские работники среднего звена (медсестры, фельдшера, акушерки и т.д.) могут продолжать проведение АРТ.	Сильная рекомендация, среднее качество доказательств
РЕК А.10: Обученные и работающие под контролем общественные работники здравоохранения могут отпускать пациентам препараты для АРТ в период между регулярными посещениями врача.	Сильная рекомендация, среднее качество доказательств

1. Справочным документом для этой и всех действующих рекомендаций, представленных в разделе по интеграции услуг, служит следующее руководство: Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции. Рекомендации с позиции общественного здравоохранения, второе издание. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 г. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/68754/4/http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/68754/4/WHO_RHR_04.8_rus.pdf).

Защита от насилия и обеспечение безопасности

<p>РЕК А.11: Женщинам, сообщаящим о перенесенном ими посягательстве сексуального характера со стороны любого лица или о любом акте насилия со стороны интимного партнера или другого члена семьи, следует незамедлительно предоставить помощь. В случаях, когда женщины сообщают о перенесенном ими насилии, работники здравоохранения должны, по меньшей мере, предоставить помощь первого ряда. Если медицинские работники не в силах оказать помощь первого ряда, необходимо найти свободного специалиста, способного незамедлительно оказать такую поддержку (в том же или другом медицинском учреждении, в которое легко обратиться).</p> <p>РЕК А.12: Если при оценке состояния здоровья женщины у работников здравоохранения возникает подозрение, что нарушения здоровья могли быть вызваны или усугублены актами насилия со стороны интимного партнера, то в целях повышения эффективности диагностики, улучшения выявления таких случаев и оказания последующей помощи необходимо выяснить у женщины, не подвергается ли она насилию со стороны интимного партнера.</p>	<p>Сильная рекомендация, косвенные доказательства</p> <p>Сильная рекомендация, косвенные доказательства</p>
<p>РЕК А.13: Медицинским работникам, в частности врачебному, сестринскому персоналу и акушеркам, следует предоставлять профессиональную подготовку начального уровня и курсы повышения квалификации без отрыва от работы по вопросам оказания помощи первого ряда женщинам, перенесшим насилие со стороны интимного партнера и сексуальные посягательства.</p> <p>РЕК А.14: Беременным, сообщаящим о фактах насилия со стороны интимного партнера, следует предоставлять краткий или средний по продолжительности (до 12 консультаций) курс информационного консультирования по вопросам их прав и возможностей, а также организовывать информационно-образовательную работу и обеспечивать необходимую поддержку, в том числе касающуюся вопросов безопасности. Такая деятельность должна осуществляться подготовленными специалистами, если это возможно в рамках действующей системы здравоохранения. Неясно, в какой степени данные меры можно применять вне системы оказания дородовой помощи и какова практическая выполнимость данной рекомендации в странах с низким или средним уровнем дохода.</p> <p>РЕК А.15: Оказание помощи женщинам, подвергающимся насилию со стороны интимного партнера и сексуальным посягательствам, следует по мере возможности организовывать на основе существующих структур здравоохранения, не создавая для этого отдельные службы.</p> <p>РЕК А.16: Предъявлять к работникам здравоохранения требование обязательно сообщать о фактах насилия со стороны интимного партнера в правоохранительные органы не рекомендуется. Тем не менее, медицинским работникам следует обсудить с женщиной, пострадавшей от насилия, возможность сообщения о случившемся в компетентные органы (включая правоохранительные), если она сочтет это целесообразным и осведомлена о своих правах.</p>	<p>Сильная рекомендация, очень низкое качество доказательств</p> <p>Условная рекомендация, низкое качество доказательств</p> <p>Сильная рекомендация, очень низкое качество доказательств</p> <p>Сильная рекомендация, очень низкое качество доказательств</p>

Расширение прав и возможностей местных сообществ

<p>РЕК А.17: Медицинским работникам, нуждающимся в лечении ВИЧ-инфекции или туберкулеза (ТБ), такое лечение должно быть предоставлено бесплатно. При отсутствии клиники для персонала и (или) возможности получения АРТ в медицинском учреждении, где работает сотрудник, а также при нежелании медицинских работников проходить лечение по месту работы необходимо всячески способствовать тому, чтобы соответствующие услуги предоставлялись в удобном месте, без проявлений стигматизации, с учетом гендерных аспектов и соблюдением конфиденциальности³.</p> <p>РЕК А.18: Необходимо разработать новые или укрепить существующие меры политики по предупреждению дискриминации в отношении медицинских работников, страдающих ВИЧ-инфекцией или ТБ, а также проводить мероприятия, направленные на снижение проявлений стигматизации со стороны коллег и руководителей⁴.</p>	<p>Сильная рекомендация, слабые доказательства (неубедительные данные)</p> <p>Сильная рекомендация, среднее качество доказательств</p>
--	--

- Справочным документом для этой и всех остальных действующих рекомендаций, представленных в разделе по защите от насилия и обеспечению безопасности, служит следующее руководство: Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf).
- Joint WHO/ILO policy guidelines on improving health worker access to prevention, treatment and care services for HIV and TB.
- Там же.

В. Медицинские вмешательства

Рекомендация (РЕК)

Сила рекомендации, качество доказательств

Консультирование и поддержка в сфере охраны сексуального здоровья

РЕК В.1 (НОВАЯ): В целях максимального улучшения состояния здоровья и осуществления прав женщин, живущих с ВИЧ, ВОЗ рекомендует проводить вмешательства, направленные на повышение самоэффективности и расширение прав и возможностей женщин в сфере охраны сексуального и репродуктивного здоровья и соблюдения соответствующих прав.

Сильная рекомендация, низкое качество доказательств

РЕК В.2: Рекомендуется проводить краткое консультирование по вопросам сексуальности (ККС) на базе учреждений по оказанию первичной медико-санитарной помощи в целях профилактики передачи инфекций, передаваемых половым путем, среди взрослых и подростков⁵.

Сильная рекомендация, низкое и среднее качество доказательств

РЕК В.3: Рекомендуется осуществлять профессиональную подготовку медицинских работников с целью повышения уровня знаний по вопросам сексуального здоровья и обучения навыкам проведения ККС⁶.

Сильная рекомендация, низкое и очень низкое качество доказательств

Услуги в связи с насилием в отношении женщин

РЕК В.4 (НОВАЯ): ВОЗ рекомендует представителям директивных органов, а также работникам служб, оказывающих поддержку женщинам, живущим с ВИЧ, учитывать тот факт, что многие из женщин, обдумывающих возможность добровольного раскрытия ВИЧ-статуса, опасаются насилия со стороны интимного партнера, подвергаются риску или являются жертвами такого насилия.

Сильная рекомендация, низкое качество доказательств

РЕК В.5 (НОВАЯ): Согласно рекомендации ВОЗ вмешательства и услуги, направленные на оказание поддержки женщинам, живущим с ВИЧ, в добровольном раскрытии ВИЧ-статуса, должны включать обсуждение трудностей положения женщины и оценку потенциального риска насилия в отношении женщины в этой ситуации, а также меры, способствующие более безопасному раскрытию статуса. Кроме того, эти вмешательства должны способствовать привязке женщин к имеющимся службам предотвращения насилия и оказания помощи его жертвам.

Сильная рекомендация, низкое качество доказательств

РЕК В.6: Подросткам следует разъяснять возможные преимущества и риски разглашения своего ВИЧ-статуса другим лицам. Следует наделять их необходимыми правами и возможностями и предоставить им поддержку в процессе принятия решения о том, раскрывать ли эту информацию и если да, то в какой момент, как и кому именно⁷.

Условная рекомендация, очень низкое качество доказательств

РЕК В.7: Обследование на ВИЧ-инфекцию в рамках программ обследования супружеских пар и партнеров с поддержкой взаимного раскрытия результатов тестирования следует предлагать лицам с известным ВИЧ-статусом и их половым партнерам⁸.

Сильная рекомендация, низкое качество доказательств применительно ко всем ВИЧ-инфицированным людям при любой эпидемиологической ситуации; условная рекомендация, низкое качество доказательств применительно к ВИЧ-отрицательным лицам в зависимости от распространенности ВИЧ-инфекции в конкретной стране

РЕК В.8: Необходимо реализовать инициативы, направленные на обеспечение защиты персональной информации и внедрение мер политики, законов и правовых норм, способствующих предотвращению дискриминации и повышению терпимости и благожелательного отношения к людям, живущим с ВИЧ. Это поможет создать условия, облегчающие раскрытие ВИЧ-статуса⁹.

Сильная рекомендация, низкое качество доказательств

5. Brief sexuality-related communication: recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170251/1/9789241549004_eng.pdf).

6. Там же.

7. HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV: recommendations for a public health approach and considerations for policy-makers and managers. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94334/1/9789241506168_eng.pdf).

8. 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://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44646/1/9789241501972_eng.pdf).

9. Guideline on HIV disclosure counselling for children up to 12 years of age. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44777/1/9789241502863_eng.pdf).

<p>РЕК В.9: Детей школьного возраста* следует информировать об их ВИЧ-положительном статусе; детей более младшего возраста нужно подготавливать к полному раскрытию их ВИЧ-статуса, сообщая информацию постепенно, по мере развития когнитивных навыков и эмоционального созревания ребенка¹⁰.</p> <p>РЕК В.10: Детей школьного возраста* следует информировать о ВИЧ-положительном статусе их родителей или лиц, осуществляющих уход; детям более младшего возраста нужно сообщать эту информацию постепенно, по мере развития когнитивных навыков и эмоционального созревания ребенка¹¹.</p> <p>* В настоящем документе под термином «дети школьного возраста» понимают детей, чьи когнитивные навыки и степень эмоциональной зрелости соответствуют характеристикам нормально развивающегося ребенка в возрасте от 6 до 12 лет.</p>	<p>Сильная рекомендация, низкое качество доказательств</p> <p>Условная рекомендация, низкое качество доказательств</p>
--	--

Услуги по планированию семьи и лечению бесплодия

<p>РЕК В.11: В странах, где наблюдается передача ВИЧ-инфекции в серодискордантных парах, при выявлении таких пар в целях предотвращения заражения ВИЧ-отрицательного партнера, помимо других дополнительных профилактических мер, можно назначить ежедневный пероральный прием тенофовира или комбинации тенофовира и эмтрицитабина, используемых как средство ДКП¹².</p> <p>РЕК В.12: АРТ следует назначать всем взрослым, живущим с ВИЧ, независимо от клинической стадии заболевания по классификации ВОЗ или от количества клеток CD4¹³.</p> <p>РЕК В.13: Людям из всех ключевых групп населения следует рекомендовать правильно и систематически использовать презервативы (с соответствующим лубрикантом) в целях предотвращения передачи ВИЧ-инфекции и инфекций, передаваемых половым путем (ИППП)¹⁴.</p> <p>РЕК В.14: Женщины с бессимптомным или слабовыраженным клиническим течением заболевания, связанного с ВИЧ (стадия 1 или 2 по классификации ВОЗ), могут без ограничения использовать следующие методы гормональной контрацепции: комбинированные оральные контрацептивы (КОК), комбинированные инъекционные контрацептивы (КИК), контрацептивные пластыри и влагалищные кольца, моногормональные гестагенные препараты – прогестиновые оральные контрацептивы (ПОК), прогестиновые инъекционные контрацептивы (ПИК; депо-медроксипрогестерона ацетат [ДМПА] и норэтистерона энантат [НЭТ-ЭН]), а также имплантаты, содержащие левоноргестрел (ЛНГ) и этоноргестрел (ЭТГ) (МКП, категория 1). Женщины с бессимптомным или слабовыраженным клиническим течением заболевания, связанного с ВИЧ (стадия 1 или 2 по классификации ВОЗ), могут, как правило, использовать внутриматочное контрацептивное средство, содержащее левоноргестрел – ЛНГ-ВМС (МКП, категория 2) (часть I, раздел 12b)¹⁵.</p>	<p>Условная рекомендация, высокое качество доказательств</p> <p>Сильная рекомендация, среднее качество доказательств</p> <p>Сила рекомендаций определяется категорией МКП, которая указана в тексте рекомендаций¹⁶.</p>
---	--

10. Там же.

11. Там же.

12. Guidance on oral pre-exposure prophylaxis (PrEP) for serodiscordant couples, men and transgender women who have sex with men at high risk of HIV: recommendations for use in the context of demonstration projects. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://www.who.int/hiv/pub/guidance_prep/en/).

13. Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции. Рекомендации с позиции общественного здравоохранения, второе издание. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 г. (http://apps.who.int/iris/_data/assets/pdf_file/0010/332848/Consolidated-guidelines-ARV-treating-preventing-HIV-2nd-edition-2016-ru.pdf).

14. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations – 2016 update. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246200/1/9789241511124-eng.pdf>). Более ранняя версия руководства от 2014 г. доступна на русском языке под названием «Сводное руководство по ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения: профилактика, диагностика, лечение и уход» по адресу http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161724/1/9789289051392_rus.pdf?ua=1.

15. 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://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44646/1/9789241501972_eng.pdf).

16. Категории состояний, влияющих на приемлемость методов контрацепции (Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции. 5-е издание. ВОЗ, 2015 г.):

1: Состояние, при котором нет ограничений к применению того или иного метода контрацепции

2: Состояние, при котором преимущества метода в целом превосходят теоретически обоснованный или доказанный риск его применения

3: Состояние, при котором теоретический или доказанный риск использования метода в целом превосходит его преимущества

4: Состояние, при котором применение данного метода контрацепции сопряжено с неприемлемо высоким риском для здоровья

<p>РЕК В.15: Женщины с тяжелым или прогрессирующим клиническим течением заболевания, связанного с ВИЧ (стадии 3 и 4 по классификации ВОЗ), могут без ограничения использовать следующие методы гормональной контрацепции: КОК, КИК, контрацептивные пластыри и влагалищные кольца, ПОК, ПИК (ДМПА и НЭТ-ЭН) и имплантаты, содержащие ЛНГ и ЭТГ (МКП, категория 1). Женщины с тяжелым или прогрессирующим клиническим течением заболевания, связанного с ВИЧ (клинические стадии 3 и 4 по классификации ВОЗ), как правило, не должны начинать использовать ЛНГ-ВМС (МКП, категория 3 для начала применения контрацептивных методов) до тех пор, пока их состояние не улучшится с переходом в бессимптомную или слабовыраженную клиническую стадию заболевания (стадия 1 или 2 по классификации ВОЗ). С другой стороны, если у женщин с уже установленным ЛНГ-ВМС развивается тяжелое или прогрессирующее клиническое течение заболевания, связанного с ВИЧ, удаление внутриматочного средства не требуется (МКП, категория 2 для продолжения применения контрацептивных методов). У женщин с тяжелым или прогрессирующим клиническим течением заболевания, связанного с ВИЧ, которые пользуются ЛНГ-ВМС, необходимо проводить тщательный мониторинг признаков возникновения инфекций органов малого таза (часть I, раздел 12с).</p>	<p>Качество доказательств от среднего до очень низкого</p>
<p>РЕК В.16: Женщины, получающие любые нуклеоз(т)идные ингибиторы обратной транскриптазы (НИОТ), могут без ограничения использовать все методы гормональной контрацепции: КОК, контрацептивные пластыри и влагалищные кольца, КИК, ПОК, ПИК (ДМПА и НЭТ-ЭН) и имплантаты, содержащие ЛНГ и ЭТГ (МКП, категория 1) (часть I, раздел 12d).</p>	<p>Качество доказательств от низкого до очень низкого</p>
<p>РЕК В.17: Женщины, получающие АРТ, содержащую эфавиренз или невирапин, как правило, могут использовать КОК, пластыри, кольца, КИК, ПОК, НЭТ-ЭН и имплантаты (МКП, категория 2). Однако женщины, получающие эфавиренз или невирапин, могут без ограничений использовать ДМПА (МКП, категория 1) (часть I, раздел 12d).</p>	<p>Качество доказательств от низкого до очень низкого</p>
<p>РЕК В.18: Женщины, получающие более новые нуклеозидные/нуклеотидные ингибиторы обратной транскриптазы (ННИОТ) этравирин или рилпивирин, могут без ограничения использовать все методы гормональной контрацепции (МКП, категория 1) (часть I, раздел 12d).</p>	<p>Качество доказательств от низкого до очень низкого</p>
<p>РЕК В.19: Женщины, получающие ингибиторы протеазы (например, ритонавир и антиретровирусные (АРВ) препараты, усиленные ритонавиром), как правило, могут использовать КОК, контрацептивные пластыри и кольца, КИК, ПОК, НЭТ-ЭН и имплантаты, содержащие ЛНГ и ЭТГ (МКП, категория 2), а также без ограничения применять ДМПА (МКП, категория 1) (часть I, раздел 12d).</p>	<p>Качество доказательств от низкого до очень низкого</p>
<p>РЕК В.20: Женщины, получающие ингибитор интегразы ралтегравир, могут без ограничения использовать все методы гормональной контрацепции (МКП, категория 1) (часть I, раздел 12d).</p>	<p>Качество доказательств от низкого до очень низкого</p>
<p>РЕК В.21: Внутриматочные средства контрацепции (ВМС): Женщины, получающие АРВ препараты, в большинстве случаев могут использовать ЛНГ-ВМС (МКП, категория 2) при условии, что клиническое течение их заболевания, связанного с ВИЧ, является бессимптомным или слабовыраженным (стадия 1 или 2 по классификации ВОЗ). Женщины с тяжелым или прогрессирующим течением клинического заболевания, связанного с ВИЧ (стадия 3 или 4 по классификации ВОЗ), как правило, не должны начинать использование ЛНГ-ВМС (МКП, категория 3 для начала использования контрацепции) до тех пор, пока их состояние не улучшится с переходом в бессимптомную или слабовыраженную клиническую стадию заболевания. С другой стороны, если у женщин с уже установленным ЛНГ-ВМС развивается тяжелое или прогрессирующее клиническое течение заболевания, связанного с ВИЧ, удаление внутриматочного средства не требуется (МКП, категория 2 для продолжения применения контрацептивных методов). У женщин с тяжелым или прогрессирующим клиническим течением заболевания, связанного с ВИЧ, которые пользуются ЛНГ-ВМС, необходимо проводить тщательный мониторинг признаков возникновения инфекций органов малого таза (часть I, раздел 12d).</p>	<p>Качество доказательств от низкого до очень низкого</p>

Услуги в области оказания дородовой помощи и охраны материнского здоровья

<p>РЕК В.22 (НОВАЯ): ВОЗ не рекомендует проводить родоразрешение путем операции elective cesarean section в плановом порядке всем женщинам, живущим с ВИЧ.</p>	<p>Сильная рекомендация, низкое качество доказательств</p>
<p>РЕК В.23: Позднее пережатие пуповины (через 1–3 минуты после рождения) рекомендуется при всех родах; одновременно следует начать основные мероприятия по оказанию неонатальной помощи¹⁷.</p>	<p>Сильная рекомендация, среднее качество доказательств</p>

17. Рекомендации ВОЗ по профилактике и лечению послеродового кровотечения. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2012 г. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/9/9789244548509_rus.pdf?ua=1).

<p>РЕК В.24: АРТ следует назначать всем подросткам, живущим с ВИЧ, независимо от клинической стадии заболевания по классификации ВОЗ и от количества клеток CD4¹⁸.</p>	<p>Условная рекомендация, низкое качество доказательств</p>
<p>РЕК В.25: В приоритетном порядке АРТ следует назначать всем подросткам с тяжелым или прогрессирующим клиническим течением заболевания, связанного с ВИЧ (клинические стадии 3 и 4 по классификации ВОЗ), и подросткам с количеством клеток CD4 ≤ 350 клеток/мм³¹⁹.</p>	<p>Сильная рекомендация, среднее качество доказательств</p>
<p>РЕК В.26: АРТ следует назначать всем беременным и кормящим женщинам, живущим с ВИЧ, независимо от клинической стадии заболевания по классификации ВОЗ или от количества клеток CD4, при этом женщины должны продолжать АРТ в течение всей жизни²⁰.</p>	<p>Сильная рекомендация, среднее качество доказательств</p>
<p>РЕК В.27: ВИЧ-инфицированным матерям рекомендуется кормить ребенка грудью в течение по крайней мере 12 месяцев и продолжать грудное вскармливание в соответствии с рекомендациями для общей популяции, то есть до двух лет и дольше, при этом необходимо оказывать женщинам всю необходимую поддержку для того, чтобы они продолжали АРТ²¹.</p>	<p>Сильная рекомендация, низкое качество доказательств применительно к продолжительности грудного вскармливания 12 месяцев, очень низкое качество доказательств – применительно к продолжительности 24 месяца.</p>
<p>РЕК В.28: Проведение амниотомии с целью профилактики развития затыжных родов не рекомендуется²².</p>	<p>Слабая рекомендация, очень низкое качество доказательств</p>
<p>РЕК В.29: При подтверждении диагноза затыжных родов рекомендуется проведение амниотомии в сочетании с введением окситоцина²³.</p>	<p>Слабая рекомендация, очень низкое качество доказательств</p>

Услуги по безопасному прерыванию беременности

<p>РЕК В.30 (НОВАЯ): ВОЗ рекомендует, чтобы все ВИЧ-инфицированные женщины, желающие прервать беременность, могли воспользоваться такими же услугами по безопасному прерыванию беременности, как и все остальные женщины.</p>	<p>Сильная рекомендация, очень низкое качество доказательств</p>
<p>РЕК В.31 (НОВАЯ): ВОЗ рекомендует, чтобы ВИЧ-инфицированные женщины, как и другие женщины, желающие прервать беременность, имели возможность выбрать метод прерывания беременности – медикаментозный или хирургический.</p>	<p>Условная рекомендация, очень низкое качество доказательств</p>

Услуги по оказанию помощи при инфекциях, передаваемых половым путем, и услуги по предупреждению рака шейки матки

<p>РЕК В.32: Службы оказания помощи при инфекциях, передаваемых половым путем (ИППП), и службы планирования семьи могут быть объединены с учреждениями по лечению ВИЧ-инфекции²⁴.</p>	<p>Условная рекомендация, очень низкое качество доказательств</p>
<p>РЕК В.33: ВОЗ рекомендует проводить вакцинацию против вируса папилломы человека (ВПЧ) в группе девочек в возрасте от 9 до 13 лет. При введении первой дозы вакцины девочкам в возрасте до 15 лет можно использовать схему вакцинации с введением двух доз. Интервал между введениями этих двух доз должен составлять шесть месяцев. Максимальный интервал между введениями двух доз вакцины не установлен; однако не рекомендуется, чтобы он превышал 12–15 месяцев. Если интервал между дозами составляет менее пяти месяцев, тогда третью дозу вакцины следует ввести не менее чем через 6 месяцев после первой дозы. Лицам с иммунодефицитными состояниями, в том числе людям, живущим с ВИЧ, а также женщинам старше 15 лет также рекомендуется пройти курс вакцинации против ВПЧ, при этом для обеспечения полной защиты от инфекции необходимо введение трех доз (начальной, через 1–2 и 6 месяцев)²⁵.</p>	<p>Данные о силе рекомендации или качестве доказательств не обнаружены, тем не менее эта рекомендация основана на системе GRADE</p>

18. Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции. Рекомендации с позиции общественного здравоохранения, второе издание. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 г. (http://apps.who.int/iris/_data/assets/pdf_file/0010/332848/Consolidated-guidelines-ARV-treating-preventing-HIV-2nd-edition-2016-ru.pdf).

19. Там же.

20. Там же.

21. Guideline: updates on HIV and infant feeding: the duration of breastfeeding, and support from health services to improve feeding practices among mothers living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/am/10665/246260/1/9789241549707-eng.pdf>).

22. WHO recommendations for augmentation of labour. Geneva: World Health Organization; 2014 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK258875/pdf/Bookshelf_NBK258875.pdf).

23. Там же.

24. Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции. Рекомендации с позиции общественного здравоохранения, второе издание. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 г. (http://apps.who.int/iris/_data/assets/pdf_file/0010/332848/Consolidated-guidelines-ARV-treating-preventing-HIV-2nd-edition-2016-ru.pdf).

25. Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/144785/1/9789241548953_eng.pdf).

Таблица 2: Сводный перечень разработанных ВОЗ принципов надлежащей практики в сфере охраны сексуального и репродуктивного здоровья и прав (СРЗП) женщин, живущих с ВИЧ

Примечание: принципы надлежащей практики, в которых речь идет о «ключевых группах населения», распространяются в том числе на женщин, живущих с ВИЧ, в силу чего эти принципы были включены в настоящее руководство.

А. Создание благоприятных условий: Принципы надлежащей практики (ПНП)

Социально-психологическая поддержка

ПНП А.1 (НОВЫЙ): В систему оказания помощи при ВИЧ-инфекции следует включить вмешательства по оказанию социально-психологической поддержки, такие как организация групп поддержки и взаимопомощи, которые создаются силами, при участии и в интересах женщин, живущих с ВИЧ.

Здоровая половая жизнь на протяжении всей жизни

ПНП А.2 (НОВЫЙ): Следует поддерживать выбор женщин, живущих с ВИЧ, во всем их многообразии, которые хотят состоять в безопасных и полноценных половых отношениях и получать удовлетворение от половой жизни в любом возрасте. С другой стороны, следует с пониманием относиться к решению тех женщин, живущих с ВИЧ, которые предпочитают отказаться от активной половой жизни.

Расширение экономических возможностей и доступ к ресурсам

ПНП А.3 (НОВЫЙ): Неотъемлемым компонентом оказания помощи женщинам, живущим с ВИЧ, является всесторонняя оценка ситуации с продовольственной безопасностью и обеспечение привязки к соответствующим службам.

Интеграция услуг в сфере охраны СРЗП с услугами, связанными с ВИЧ

ПНП А.4 (НОВЫЙ): Женщинам, живущим с ВИЧ, необходимо обеспечить доступ к комплексным и всеобъемлющим* услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья (СРЗ) и оказанию помощи при ВИЧ-инфекции, разработанным с учетом их нужд и потребностей.

ПНП А.5 (НОВЫЙ): Необходимо привлекать женщин, живущих с ВИЧ, к планированию и предоставлению этих услуг.

* Согласно определению, приведенному в Глобальной стратегии ВОЗ по охране репродуктивного здоровья, 2004 г.²⁶.

Защита от насилия и обеспечение безопасности

ПНП А.6: В партнерстве с организациями, представляющими интересы ключевых групп населения, следует принять меры по предотвращению и устранению насилия в отношении людей из ключевых групп населения. Все случаи насилия в отношении людей из ключевых групп населения следует отслеживать и регистрировать, а для обеспечения правосудия должны быть созданы соответствующие механизмы²⁷.

ПНП А.7: Медицинские и другие вспомогательные услуги должны предоставляться всем членам ключевых групп населения, которые подвергаются насилию. В частности, люди, пережившие сексуальное насилие, должны иметь своевременный доступ к всесторонним услугам, предназначенным для жертв изнасилования – в соответствии с руководящими принципами ВОЗ.

ПНП А.8: Сотрудников правоохранительных органов и работников служб здравоохранения и социальной помощи следует научить уважительно относиться к гражданским правам ключевых групп населения и защищать эти права. Кроме того, необходимо создать механизмы, обеспечивающие привлечение таких работников к ответственности, если они сами нарушают права ключевых групп населения, в том числе путем совершения насилия.

Расширение прав и возможностей местных сообществ

ПНП А.12: Необходимо внедрить программы по повышению правовой грамотности ключевых групп населения и предоставлению им юридических услуг, чтобы они знали свои права и соответствующие законы, а в случаях нарушения своих прав знали, как и где можно получить поддержку в рамках системы правосудия.

26. Стратегия в области репродуктивного здоровья в целях ускорения прогресса в направлении достижения международных целей и задач в области развития. Глобальная стратегия, принятая Пятьдесят седьмой сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения (ВАЗ). Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2004 г. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/68754/4/WHO_RHR_04.8_rus.pdf).

27. Справочным документом для этого и всех остальных существующих принципов надлежащей практики, представленных в разделе А данной таблицы, служит следующее руководство: Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations – 2016 update. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246200/1/9789241511124-eng.pdf>). Более ранняя версия руководства от 2014 г. доступна на русском языке под названием «Сводное руководство по ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения: профилактика, диагностика, лечение и уход» по адресу http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161724/1/9789289051392_rus.pdf?ua=1.

Поддержка на уровне законодательства и политики и обеспечение доступа к правосудию

ПНП А.13: Страны должны работать в направлении декриминализации таких форм поведения, как употребление наркотиков (в том числе инъекционных), работа в сфере сексуальных услуг, гомосексуальные отношения и нестандартные проявления гендерной идентичности, а также ликвидации несправедливого применения гражданских законов и норм в отношении людей, употребляющих наркотики (в том числе инъекционные), секс-работников, мужчин, практикующих секс с мужчинами, и трансгендерных лиц.

ПНП А.14: Странам следует приложить усилия для создания альтернативных мер построения отношений с потребителями наркотиков, секс-работниками и людьми, имеющими гомосексуальные контакты, которые не должны быть связаны с лишением свободы.

ПНП А.15: Странам предлагается изучить имеющееся законодательство относительно возраста согласия и рассмотреть вопрос о его пересмотре в сторону уменьшения возрастных барьеров для получения услуг, относящихся к ВИЧ-инфекции, а также расширить возможности поставщиков услуг действовать в интересах подростков.

ПНП А.16: Рекомендуется, чтобы услуги по охране сексуального и репродуктивного здоровья, включая информацию и услуги по контрацепции, предоставлялись девочкам подросткового возраста без обязательного получения разрешения от родителей и опекунов (или их уведомления).

ПНП А.17: Странам следует разрабатывать стратегии и законы, направленные на декриминализацию гомосексуальных отношений и нетрадиционных форм гендерной идентичности.

ПНП А.18: Странам следует приложить усилия для того, чтобы обеспечить юридическое признание трансгендерных лиц как представителей «третьего» пола.

ПНП А.19: В отношении трансгендерных людей юридическое признание предпочитаемой гендерной идентичности и нового имени может иметь важное значение в контексте борьбы со стигматизацией, дискриминацией и невежеством относительно многообразия гендерных идентичностей. Такое признание со стороны медицинских служб может содействовать повышению доступности, использования и предоставления услуг по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции.

В. Медицинские вмешательства: Принципы надлежащей практики (ПНП)

Краткое консультирование по вопросам сексуальности (ККС)

ПНП В.1: Представителям директивных органов в области здравоохранения и лицам, разрабатывающим программы учебных заведений, осуществляющих профессиональную подготовку медицинских специалистов, необходимо в случае внедрения ККС в медицинскую практику принять меры, направленные на обеспечение уважения, защиты и осуществления прав человека по отношению к клиенту, получающему услуги по ККС²⁸.

Контрацепция

ПНП В.2: Рекомендуется отменить требования в отношении получения разрешения третьих сторон, например разрешения супруга женщины, живущей с ВИЧ, на получение контрацептивных средств и соответствующих услуг, включая информацию и советы²⁹.

Профилактика перинатальной передачи ВИЧ

ПНП В.3: Матери, живущие с ВИЧ, и медицинские работники могут быть уверены в том, что в случае использования смешанного вскармливания применение АРТ снижает риск постнатальной передачи ВИЧ. Хотя ВОЗ рекомендует практику исключительно грудного вскармливания, смешанное вскармливание не должно быть причиной прекращения грудного вскармливания на фоне применения АРВ препаратов³⁰.

28. Brief sexuality-related communication: recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170251/1/9789241549004_eng.pdf).

29. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations – 2016 update. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246200/1/9789241511124-eng.pdf>). Более ранняя версия руководства от 2014 г. доступна на русском языке под названием «Сводное руководство по ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения: профилактика, диагностика, лечение и уход» по адресу http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161724/1/9789289051392_rus.pdf?ua=1.

30. Guideline: updates on HIV and infant feeding: the duration of breastfeeding, and support from health services to improve feeding practices among mothers living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246260/1/9789241549707-eng.pdf>).

Глава 1. Введение

1.1 Общие сведения

Согласно оценкам, в 2015 г. в мире проживало 17,8 миллионов ВИЧ-инфицированных женщин в возрасте старше 15 лет, что составляет %51 всех взрослых, живущих с ВИЧ (1). Наиболее часто заболевание поражает девочек подросткового возраста и молодых женщин: в 2015 г. они составили %60 от числа всех молодых людей в возрасте от 15 до 24 лет, живущих с ВИЧ, при этом на их долю также пришлось %58 всех новых случаев инфицирования в этой возрастной группе (1). *Во многих странах женщины, живущие с ВИЧ, не только лишены равного доступа к качественным медицинским услугам, но и сталкиваются с множественными и пересекающимися формами стигматизации и дискриминации. Кроме того, женщины, живущие с ВИЧ, в несоразмерно большей степени уязвимы к насилию (2), в частности к нарушению их сексуальных и репродуктивных прав (3).*

В 2016 г. Комитет Организации Объединенных Наций (ООН) по экономическим, социальным и культурным правам (КЭСКО) определил, что право на сексуальное и репродуктивное здоровье (СРЗ) является «неотъемлемой частью права на здоровье» (4). *Для обеспечения сексуального и репродуктивного здоровья и защиты прав (СРЗП) женщин и девочек, живущих с ВИЧ, необходимо выполнить следующие важнейшие условия (5):*

- В основу комплексного подхода к построению программ системы здравоохранения, в частности в сфере сексуальности и сексуального здоровья, должны быть положены соблюдение прав человека и обеспечение гендерного равенства.
- Системы здравоохранения должны учесть существующее неравенство в доступе к медицинской помощи и качестве оказываемых услуг, которое неблагоприятно сказывается на положении женщин, живущих с ВИЧ.
- Следует наделять женщин, живущих с ВИЧ, необходимыми правами и возможностями и привлекать их к разработке политики и программ, затрагивающих их интересы.
- В целях обеспечения высокого качества данных и предоставления средств правовой защиты в случае нарушений прав женщин, живущих с ВИЧ, необходимо укрепить процедуры мониторинга, оценки и отчетности.

Новое сводное руководство разработано Департаментом репродуктивного здоровья и научных исследований (RHR) Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в ответ на обращения широкого круга организаций и отдельных лиц с просьбой обновить руководство ВОЗ 2006 г. «Sexual and reproductive health of women living with HIV/AIDS: guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings» [Сексуальное и репродуктивное здоровье женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом: руководство по оказанию помощи, лечению и поддержке женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом, и их детей в условиях ограниченных ресурсов] (6).

Со времени его публикации в 2006 г. в мерах политики, научных исследованиях и практических подходах в связи с ВИЧ-инфекцией произошло много существенных изменений. К ним относятся стремительное расширение масштабов антиретровирусной терапии (АРТ) и появление в 2015 году рекомендаций ВОЗ, предписывающих всем лицам, живущим с ВИЧ, как можно скорее начинать АРТ, а лицам со значительным риском заражения ВИЧ-инфекцией использовать доконтактную профилактику (ДКП) как дополнительную профилактическую меру (7). *Эти изменения в свою очередь содействовали улучшению охраны СРЗП женщин, живущих с ВИЧ (8).* Поэтому, по мнению Комитета по обзору руководящих принципов (КОРП), настоящее руководство следует считать новым документом ВОЗ.

Цель настоящего руководства состоит в предоставлении следующих методических указаний:

- **Основанные на доказательных данных** рекомендации по вопросам охраны СРЗП женщин, живущих с ВИЧ, во всем их многообразии, причем особое внимание уделяется условиям, в которых возможности и ресурсы системы здравоохранения ограничены; а также
- **Принципы надлежащей практики** применительно к основным административным и практическим вопросам предоставления услуг, которые необходимо учитывать для того чтобы i) повысить доступ к услугам охраны СРЗ, уровень использования этих услуг и качество результатов их применения, ii)

способствовать соблюдению прав человека и iii) содействовать обеспечению гендерного равенства в отношении женщин, живущих с ВИЧ.

Опубликованы руководства ВОЗ, в которых рассматриваются отдельные вопросы охраны СРЗП и противодействия ВИЧ-инфекции, но не все из них затрагивают специфические проблемы охраны СРЗП женщин, живущих с ВИЧ. Цель создания настоящего сводного руководства заключается в том, чтобы изложить в одном документе все новые и существующие рекомендации и принципы надлежащей практики, касающиеся охраны СРЗП женщин, живущих с ВИЧ. Если в имеющихся руководящих принципах ВОЗ речь идет о всех женщинах, включая женщин, живущих с ВИЧ, тогда в настоящем документе читателю рекомендуется обращаться за дальнейшей информацией к этим публикациям, а также к другим соответствующим инструментам и документам ВОЗ по программной деятельности.

Рекомендации и принципы надлежащей практики, представленные в этом руководстве, охватывают вопросы создания и поддержания благоприятных условий охраны СРЗП женщин, живущих с ВИЧ (Глава 3), а также конкретные вмешательства в сфере здравоохранения, направленные на охрану СРЗП данной категории женщин (Глава 4). Все новые и существующие рекомендации ВОЗ, изложенные в настоящем руководстве (и представленные в обобщенном виде в Таблице 1 в резюме), разработаны на основе системы GRADE (система разработки, оценки и определения научной обоснованности рекомендаций) (9).

Настоящее руководство призвано помочь странам более эффективно планировать, разрабатывать и контролировать осуществление программ и услуг, содействующих обеспечению гендерного равенства и соблюдению прав человека, так как такие меры вмешательств более приемлемы для женщин, живущих с ВИЧ, и в большей степени соответствуют их потребностям. В нем также рассматриваются отдельные аспекты практического внедрения, на которые необходимо обратить внимание при проведении медицинских вмешательств и оказании услуг с тем, чтобы обеспечить достижение гендерного равенства и соблюдение прав человека.

Вставка 1.1. Определения, используемые в данном руководстве

*Подросток**: лицо в возрасте от 10 до 19 лет включительно.

*Взрослый**: любое лицо старше 19 лет.

Ключевые группы населения** : Люди, относящиеся к следующим группам: мужчины, практикующие секс с мужчинами, лица, находящиеся в местах лишения свободы и других закрытых учреждениях, лица, употребляющие инъекционные наркотики, секс-работники и трансгендерные лица, в том числе подростки и молодые люди из ключевых групп населения, а также лица, подверженные комбинированным факторам уязвимости и различным уровням риска. При маргинализации или уязвимости (в зависимости от местных условий) других групп женщин, живущих с ВИЧ, их также можно отнести к ключевым группам населения.

* Признается, что в разных странах могут использоваться другие определения, предусмотренные соответствующим законодательством страны.

** Определение «ключевых групп населения» взято из руководства ВОЗ «Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations – 2016 update» [Сводное руководство по ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения: профилактика, диагностика, лечение и оказание помощи. Обновление 2016 г.] (10).

1.2 Целевая аудитория

Ожидается, что новое руководство станет подспорьем для работников здравоохранения первичного звена, руководителей программ и разработчиков политики в области общественного здравоохранения во всем мире в деле более эффективного решения проблем, связанных с охраной СРЗП женщин, живущих с ВИЧ. Оно адресовано прежде всего руководителям национальных программ, представителям директивных органов и другим руководящим сотрудникам министерств здравоохранения. С учетом того, что для осуществления изложенного в данном руководстве подхода, ориентированного на женщин (см. раздел 1.4.1), может потребоваться межсекторальное взаимодействие, данное пособие будет также полезно руководителям национальных программ из других министерств, таких как министерство образования, социального обеспечения, министерство по делам семьи и по гендерным вопросам, которые могут стать партнерами в деле внедрения вмешательств, поддерживающих комплексный подход к охране СРЗП.

Наибольшую пользу данное руководство принесет сотрудникам служб и программ здравоохранения, работающим в условиях ограниченных ресурсов, поскольку они сталкиваются с самыми большими трудностями в плане предоставления услуг, учитывающих потребности женщин, живущих с ВИЧ, во всем их многообразии. Тем не менее, настоящее руководство актуально в любых условиях, независимо от эпидемиологической ситуации в связи с ВИЧ-инфекцией или экономического положения, и поэтому его следует рассматривать как руководство, имеющее глобальное применение. В ходе внедрения этих глобальных рекомендаций страны и регионы ВОЗ могут адаптировать их к местным условиям с учетом особенностей эпидемиологической ситуации в связи с ВИЧ-инфекцией, экономических условий и имеющихся в наличии служб и учреждений здравоохранения.

Лицам, использующим данное руководство, в частности работникам здравоохранения, руководителям программ и разработчикам политики в области общественного здравоохранения, настоятельно рекомендуется: (i) в целях удовлетворения потребностей и устремлений, а также обеспечения прав женщин, живущих с ВИЧ, в области охраны СРЗ применять подход, ориентированный на женщин и учитывающий гендерные аспекты, и (ii) оказывать женщинам, живущим с ВИЧ, услуги, отвечающие их потребностям в отношении охраны здоровья и соответствующие их ожиданиям, на протяжении всех этапов жизненного цикла женщины, в том числе и в постменопаузальном периоде.

1.3 Сфера тематического охвата руководства

1.3.1 Рассматриваемая категория населения

Так как в 2015 г. ВОЗ уже опубликовала «Сводное руководство по услугам тестирования на ВИЧ» (11), вопросы тестирования не рассматриваются в настоящем руководстве, посвященном вопросам охраны здоровья женщин, уже узнавших о наличии у них ВИЧ-инфекции. ВИЧ-инфицированных женщин, не знающих о том, что у них есть ВИЧ, необходимо в первую очередь охватить услугами безопасного, добровольного и проводимого без принуждения тестирования и консультирования по поводу ВИЧ, а также преемственными услугами оказания помощи и лечения, которые необходимо расширить и укрепить. Кроме того, хотя основное внимание в данном руководстве уделяется женщинам, прошедшим тестирование и знающим о своем положительном серологическом ВИЧ-статусе, следует признать, что рассматриваемые в нем вопросы охраны СРЗП относятся в равной степени ко всем женщинам.

Настоящее пособие посвящено вопросам охраны СРЗП женщин, живущих с ВИЧ; вопросы охраны СРЗП мужчин, живущих с ВИЧ, также требуют рассмотрения, однако эта задача выходит за рамки настоящего руководства. Эпидемия ВИЧ не только подпитывается существованием гендерного неравенства, но и усугубляет его, повышая уязвимость женщин к его воздействию. Решение сосредоточить внимание на женщинах, живущих с ВИЧ, является оправданным, так как многие из них сталкиваются со специфическими трудностями и нарушениями прав человека в области их гендерного, сексуального и репродуктивного поведения как в кругу семьи и в местном сообществе, так и в медицинских учреждениях, куда они обращаются за помощью.

1.3.2 Создание и поддержание благоприятных условий

На состояние СРЗП женщин, живущих с ВИЧ, сильно влияет целый ряд социальных, культурных, политических и экономических факторов. Обеспечению СРЗП могут препятствовать, в частности, следующие из них: общественные нормы, способствующие неравенству между мужчинами и женщинами; насилие со стороны интимного партнера и гендерное насилие (НИП и ГН); стигматизация и дискриминация; отсутствие прав и возможностей у женщин и девочек; нарушения прав человека; а также наличие ограничительных и нередко репрессивных законов и мер политики, которые усугубляют уязвимость женщин, живущих с ВИЧ, и ограничивают их возможности по достижению здоровья и благополучия и осуществлению их прав. Эти же факторы создают значительные барьеры на пути получения и использования высококачественных услуг в сфере охраны СРЗ и услуг, связанных с ВИЧ. В отдельных местах уже внедрены стратегии, программы и вмешательства, направленные на улучшение охраны СРЗП женщин, живущих с ВИЧ, однако такие меры сами по себе не смогут улучшить показатели здоровья, пока для их поддержки не будут созданы безопасные благоприятные условия. По этой причине в сфере тематического охвата нового сводного руководства были включены вопросы,

касающиеся создания и поддержания благоприятных условий, а также конкретные соответствующие рекомендации и принципы надлежащей практики, в том числе пять новых ПНП (А.1–А.5). Все они представлены в главе 3 и сгруппированы по следующим восьми тематическим областям: социально-психологическая поддержка; здоровая половая жизнь на протяжении всей жизни; расширение экономических возможностей и доступ к ресурсам; интеграция услуг в сфере охраны СРЗП с услугами в связи с ВИЧ-инфекцией; защита от насилия и обеспечение безопасности; принятие и вовлечение в жизнь общества; расширение прав и возможностей местных сообществ, а также поддержка на уровне законодательства и политики и обеспечение доступа к правосудию (см. также резюме, табл. 1 и 2, раздел А и Рисунок 2.1 в конце Главы 2).

1.3.3 Приоритетные вопросы и исходы медицинских вмешательств, представляющие интерес

В ходе разработки настоящего руководства были сформулированы четыре приоритетных вопроса в формате РИСО (популяция/вмешательство/сравнение/исходы), включая подробное описание приоритетных исходов, представляющих интерес по каждому вопросу. Такими исходами считались те, которые могли бы привести к улучшению охраны СРЗП женщин, живущих с ВИЧ (см. Главу 2, раздел 2.5.1). Шесть новых, основанных на доказательных данных рекомендаций, созданных в процессе разработки этого руководства (РЕК В.1, В.4, В.5, В.22, В.30, В.31), а также все остальные сводные существующие рекомендации и принципы надлежащей практики, относящиеся к медицинским вмешательствам, представлены в Главе 4 данного руководства в разбивке по следующим шести видам услуг: консультирование и поддержка в сфере охраны сексуального здоровья; услуги в связи с насилием в отношении женщин; услуги по планированию семьи и лечению бесплодия; услуги в области оказания дородовой помощи и охраны материнского здоровья; услуги по безопасному прерыванию беременности; услуги по оказанию помощи при инфекциях, передаваемых половым путем (ИППП), и услуги по предупреждению рака шейки матки (см. также резюме, табл. 1 и 2, раздел В и Рисунок 2.1 в конце Главы 2).

1.4 Применяемый подход и руководящие принципы

Настоящее руководство основывается на концепции и выступает в поддержку более эффективного, всестороннего и ориентированного на женщин подхода к охране СРЗП, при этом предполагается, что улучшение доступа к качественным услугам для всех женщин принесет также пользу женщинам, живущим с ВИЧ, и наоборот. Такой подход опирается на два основополагающих принципа: соблюдение прав человека и обеспечение гендерного равенства.

1.4.1 Подход, ориентированный на женщин

Медицинская помощь, ориентированная на женщин, подразумевает такой подход к оказанию услуг, при котором сознательно учитываются интересы женщин, их семей и сообществ, к которым они относятся (12).

Подход, ориентированный на женщин:

- рассматривает женщин в качестве как получателей услуг, так и активных участников в работе систем здравоохранения, которым они доверяют и которые отвечают потребностям и предпочтениям женщин и соблюдают их права, следуя принципам комплексного, уважительного и гуманного оказания помощи;
- подчеркивает важность обеспечения гендерного равенства как основы укрепления СРЗП всех женщин, включая женщин, живущих с ВИЧ, и содействует развитию услуг здравоохранения, меняющих гендерные отношения посредством переоценки важнейших гендерных норм и оказания поддержки деятельности по обеспечению равенства полов;
- требует расширить права и возможности женщин, предоставив им необходимую информацию и поддержку, чтобы они могли принимать и осуществлять решения, касающиеся любых аспектов их жизни, в том числе в области сексуального и репродуктивного поведения;
- призывает внедрять стратегии, способствующие участию женщин в охране их собственного здоровья;
- признает сильные стороны активного участия женщин, живущих с ВИЧ, в деятельности по охране СРЗП, по сравнению с пассивным получением ими услуг здравоохранения; и
- в большей степени ориентируется на потребности и приоритеты женщин в отношении охраны здоровья, чем на контроль и ведение заболеваний.

Это руководство было создано, чтобы помочь женщинам, живущим с ВИЧ, во всем их многообразии, включая, в том числе, следующие категории женщин: гетеросексуалки, лесбиянки, бисексуалки, трансгендеры и интерсексуалы; женщины, употребляющие или употреблявшие наркотики; работающие

или работавшие в секс-бизнесе; одинокие, замужние или состоящие в прочных взаимоотношениях, проживающие отдельно от супруга, разведенные или овдовевшие; сексуально активные или воздерживающиеся от сексуальных отношений; женщины и девочки, перенесшие калечащие операции на женских половых органах; больные туберкулезом (ТБ), малярией, гепатитом В или С и (или) другими сопутствующими заболеваниями; находящиеся в местах лишения свободы, содержащиеся под стражей и бездомные в настоящее время или пережившие это в прошлом; женщины-мигранты по экономическим или политическим причинам; представительницы коренного населения; женщины-инвалиды; а также девочки-подростки, заразившиеся ВИЧ-инфекцией перинатально, в детстве или в подростковом возрасте. В этом руководстве принимается во внимание, что во всех странах, но особенно в районах с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции, некоторые медицинские работники сами относятся к группе женщин, живущих с ВИЧ, а их приоритеты, потребности и ожидания нуждаются в специальном рассмотрении. Оно также охватывает все многообразие различных возрастных групп, подчеркивая, что услуги здравоохранения, содействующие охране СРЗП, важны для женщин в любом возрасте, в том числе и в постменопаузальном периоде.

Многие женщины, живущие с ВИЧ, сталкиваются с множественными и пересекающимися формами неравенства и дискриминации, меняющимися в зависимости от местных условий. Поэтому странам необходимо проанализировать, какие конкретные группы женщин, живущих с ВИЧ, наиболее уязвимы и какие категории женщин затронуты в наибольшей степени в рамках местной эпидемиологической ситуации, и разработать ответные меры исходя из местных эпидемиологических и социальных условий.

Авторы данного руководства приложили все усилия, чтобы использованные в нем формулировки соответствовали принципу уважительного отношения к женщинам, живущим с ВИЧ. Кроме того, они старались пропагандировать позитивные идеи, способствующие укреплению здоровья, а не только разбирать проблемы, связанные с его нарушением. Подобная ориентация на женщин, а не на заболевание, позволит уменьшить проявления стигматизации и обеспечить позитивный подход к охране СРЗП, способный улучшить качество их жизни (13).

1.4.2 Руководящие принципы: соблюдение прав человека и обеспечение гендерного равенства

В основе защиты человеческого достоинства и обеспечения благополучия женщин, живущих с ВИЧ, лежит комплексный подход к охране здоровья и соблюдению прав человека. Поэтому основополагающее значение для этого руководства имеет защита прав человека применительно к женщинам, живущим с ВИЧ. Сюда относятся различные права человека, а именно: право на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья (14); право на жизнь и физическую неприкосновенность, включая право на жизнь, свободную от насилия (15); право на равенство и отсутствие дискриминации по половому признаку (15); а также право на свободу от пыток и жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство видов обращения и наказания (16). К тому же в Статье 27 Всеобщей декларации прав человека говорится, что каждый человек имеет право свободно участвовать в научном прогрессе и пользоваться его благами (16). Некоторое время назад в своем Замечании общего порядка № 22 (2016 г.) о праве на сексуальное и репродуктивное здоровье Комитет ООН по экономическим, социальным и культурным правам (КЭСКОП) определил право на СРЗ как «неотъемлемую часть права на здоровье, закрепленного в Статье 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах» (4).

С принятием в 1994 г. Программы действий Международной конференции по народонаселению и развитию (МКНР) внимание, уделяемое вопросам репродуктивного и сексуального здоровья в контексте защиты прав человека, возросло (17). С тех пор международные и региональные стандарты в области прав человека и судебная практика, связанная с правом на СРЗ, значительно видоизменились. Совсем недавно в Повестке дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. были определены цели и задачи в области СРЗ (18), и это же было сделано в Глобальной стратегии охраны здоровья женщин, детей и подростков на 2016 – 2030 гг. (19).

Согласно определению, данному в Программе действий МКНР, репродуктивное здоровье — это «состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или недугов во всех вопросах, касающихся репродуктивной системы и ее функций и процессов» (17, п. 7.2). В Программе действий также говорится об охране сексуального здоровья, «целью которой является улучшение жизни и личных отношений, а не просто оказание консультативных и медицинских услуг, связанных с репродуктивной функцией и заболеваниями, передаваемыми половым путем». Далее в ней описываются репродуктивные права:

«Репродуктивные права охватывают некоторые права человека, которые уже признаны в национальных законодательствах, международных документах по правам человека и других соответствующих документах Организации Объединенных Наций, принятых на основе консенсуса. Указанные права зиждутся на признании основного права всех супружеских пар и отдельных лиц свободно принимать ответственное решение относительно количества своих детей, интервалов между их рождением и времени их рождения и располагать для этого необходимой информацией и средствами, и права на достижение максимально высокого уровня сексуального и репродуктивного здоровья. Это также включает их право принимать решения в отношении воспроизводства потомства без какой бы то ни было дискриминации, принуждения и насилия, о чем говорится в документах по правам человека» (17, п. 7.3).

Еще более важно, что в последнем принятом КЭСКП Замечании общего порядка № 22 признается, что «лица, живущие с ВИЧ/СПИДом, чаще других подвергаются множественной дискриминации» и что «государства обязаны пересматривать законы, препятствующие осуществлению права на сексуальное и репродуктивное здоровье, в том числе те, которые устанавливают ответственность за неразглашение ВИЧ-статуса, создание риска заражения и передачу ВИЧ», и что им рекомендуется принять «соответствующие законодательные, административные, бюджетные, судебные, стимулирующие и иные меры для обеспечения полной реализации права на охрану сексуального и репродуктивного здоровья» (4, п. 45).

В ходе разработки этого руководства были проведены два литературных обзора, предназначенных обосновать использование подхода, основанного на соблюдении прав человека, в деле создания более эффективных служб, отвечающих потребностям и устремлениям женщин, живущих с ВИЧ. При этом особое внимание было уделено следующим вопросам: (i) трудности обеспечения учета прав человека в правотворческой деятельности соответствующих органов (20); и (ii) анализ правозащитного компонента в рамках политики и программ, затрагивающих женщин, живущих с ВИЧ (21). В результате проведенных обзоров были выявлены основные пробелы в судебной практике международных, региональных и национальных органов. В руководящих указаниях этих органов учтены лишь некоторые аспекты защиты прав человека в области здравоохранения применительно к охране СРЗ женщин, живущих с ВИЧ. Используемый ими подход носит в основном ситуативный характер в связи с отсутствием систематической интеграции вопросов защиты прав женщин, живущих с ВИЧ, в деятельность по охране их СРЗ. Ни в одной рецензируемой статье из всей совокупности рассмотренных статей и документов не было найдено описания конкретного механизма учета прав человека при разработке программ в сфере охраны СРЗ. Подобная информация содержалась только в двух документах из неопубликованной («серой») литературы. Кроме того, нигде, за одним исключением, не было представлено всестороннего подхода к вопросу обеспечения прав человека или практики учета большинства соответствующих прав. Так как при проведении этих двух литературных обзоров, посвященных непосредственно охране СРЗП женщин, живущих с ВИЧ, рассматривались статьи, которые так или иначе касались этих вопросов, в том числе в свете учета девяти согласованных аспектов прав человека, имеющих основополагающее значение для надлежащей охраны СРЗП (см. табл. 1.1), обнаруженные закономерности свидетельствуют о серьезных пробелах в этой области.

Кроме того, когда в статьях, включенных в обзоры, речь заходила о правах человека, чаще всего это касалось явного игнорирования или нарушения прав человека, а не описания усилий по защите, продвижению или осуществлению этих прав. К тому же при изложении вопросов, относящихся к правам человека, преимущественно рассматривались только некоторые из этих прав (наиболее часто права на доступ к услугам и недопущение дискриминации) применительно к нескольким областям в рамках охраны СРЗ, в то время как вопросы, касающиеся, например, ИППП, насилия и проблем старения, в основном оставались без внимания.

Эти два обзора также подчеркнули необходимость принятия и применения государствами-членами антидискриминационных и охранительных законов, вытекающих из международных стандартов в области прав человека, с тем чтобы устранить стигматизацию, дискриминацию и насилие, с которыми сталкиваются женщины, живущие с ВИЧ (20, 21).

Таблица 1.1. Аспекты защиты прав человека, которые имеют основополагающее значение для надлежащей охраны СРЗП

Стандартные термины	Альтернативные термины
Равенство и недопущение дискриминации	снижение дискриминации, сокращение криминализации, борьба с негативными социальными и культурными взглядами, стигматизация, предрассудки, (домашнее) насилие, гендерное неравенство
Участие	привлечение, вовлечение, информационно-разъяснительная работа, влияние
Неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность	–
Информированное принятие решений	(прямое) согласие, выбор, информированный (обдуманный, осознанный), понятный
Наличие	обеспечить наличие, предоставить, существовать
Доступность	доступ, получить, экономически доступный, подходящий
Приемлемость	отказ по соображениям совести, медицинская этика, понимание вопросов, связанных с правами человека
Качество услуг	надлежащая медицинская помощь, адекватность (пригодность, достаточность)
Отчетность	ответственность, обязанности, призыв к государствам-участникам, исполнение, законодательные меры

Источник: ВОЗ, 2014 г. (22).

Подобные законы и меры политики также должны быть направлены на преодоление гендерного неравенства, в частности таких его проявлений как причиняющие вред гендерные нормы и стереотипы, неравноправное положение женщин в сфере интимных отношений, а также относительное отсутствие у женщин доступа к ресурсам и контроля над ними. Описанные формы неравенства усугубляют уязвимость женщин, живущих с ВИЧ, неблагоприятно влияют на их доступ к услугам здравоохранения и опыт использования этих услуг, а также создают препятствия, не позволяющие женщинам полностью осуществить их право на здоровье, в частности на СРЗ. Обеспечение гендерного равенства является ключевым элементом на пути укрепления сексуального и репродуктивного здоровья и защиты прав всех женщин, в том числе женщин, живущих с ВИЧ, во всем их многообразии.

1.4.3 Применение подхода, ориентированного на женщин, и руководящих принципов

С учетом всех выявленных и упомянутых здесь вопросов и пробелов настоящее руководство предназначено для того, чтобы предложить комплексный пакет услуг в области охраны СРЗ женщин, живущих с ВИЧ, при этом особое внимание уделяется необходимости принять подход, ориентированный на женщин, и следовать принципам соблюдения прав человека и обеспечения гендерного равенства (в соответствии с руководящими указаниями, представленными во Вставке 1.2.). Во Вставке 1.3 приведен перечень основных документов ВОЗ по правам человека и охране СРЗ в целом и применительно к конкретным медицинским вмешательствам и заинтересованным сторонам. Хотя в этом руководстве основное внимание уделяется вопросам соблюдения прав человека в сфере охраны СРЗ, также признается, что все аспекты прав человека имеют важное значение.

Вставка 1.2. Руководящие указания по применению подхода, ориентированного на женщин и основанного на принципах соблюдения прав человека и обеспечения гендерного равенства, в области охраны СРЗП женщин, живущих с ВИЧ

1. Поддерживайте и укрепляйте защиту прав человека и гендерное равенство, чтобы устранить неравное соотношение сил между мужчинами и женщинами, гендерное насилие, стигматизацию, дискриминацию и связанные с нарушениями прав человека препятствия к достижению СРЗ на всех уровнях.
2. Укрепляйте системы здравоохранения в целях повышения эффективности и экономической эффективности программ, которые будут содействовать более продуктивному предоставлению целого комплекса высококачественных медицинских услуг, ориентированных на женщин.
3. Наделите женщин, живущих с ВИЧ, необходимыми правами и возможностями и привлекайте их к разработке мер политики и программ, затрагивающих их интересы, чтобы обеспечить соответствие принимаемых мер жизненным реалиям этих женщин.
4. Продвигайте или выступайте за создание благоприятных законодательных и политических условий, которые гарантируют и укрепляют охрану СРЗП женщин, живущих с ВИЧ.
5. Поддерживайте доступность, в том числе экономическую, и использование качественных медицинских услуг по профилактике и лечению нарушений СРЗ.
6. Обеспечьте приемлемость услуг для женщин, живущих с ВИЧ, во всем их многообразии, с тем чтобы преодолеть препятствия, связанные с отчуждением, изоляцией, криминализацией и плохим пониманием потенциала и потребностей этих женщин.
7. Поощряйте активное участие женщин и расширение их прав и возможностей, в том числе посредством просвещения и повышения грамотности в вопросах здоровья, и оказывайте им всю необходимую поддержку в том, чтобы они могли осознанно принимать и осуществлять решения, способствующие улучшению их собственного здоровья, здоровья их семьи и сообществ, к которым они относятся.
8. Укрепляйте взаимосвязь и (или) интеграцию услуг там, где это необходимо, в целях обеспечения комплексного и ориентированного на женщин оказания помощи.
9. Содействуйте улучшению отчетности в рамках систем здравоохранения в целях обеспечения возможности правовой защиты в случае нарушений прав человека или возникновения других проблем.

Вставка 1.3. Основные документы ВОЗ по правам человека и охране сексуального и репродуктивного здоровья

- «Sexual health, human rights and the law» [Сексуальное здоровье, права человека и законодательство], 2015 г. (23)
 - «Sexual and reproductive health and rights: a global development, health, and human rights priority» [Сексуальное и репродуктивное здоровье и права в этой области: глобальное развитие, здравоохранение и приоритет защиты прав человека], 2014 г. (24)
 - «Brief sexuality-related communication: recommendations for a public health approach» [Краткое консультирование по вопросам сексуальности: рекомендации для подхода с позиции общественного здравоохранения], 2015 г. (25)
 - «Предупреждение и устранение неуважительного и жестокого обращения с женщинами во время родов в медицинских учреждениях: заявление ВОЗ», 2015 г. (26)
 - «Reproductive, maternal, newborn and child health and human rights: toolbox for examining laws, regulations and policies» [Охрана репродуктивного здоровья и здоровья матерей, новорожденных и детей более старшего возраста и права человека: инструментарий для изучения законов, нормативно-правовых актов и мер политики], 2014 г. (27)
 - «Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization: an interagency statement» [Межведомственное заявление ООН об искоренении насильственной, принудительной и недобровольной стерилизации], 2014 г. (28)
 - «Framework for ensuring human rights in the provision of contraceptive information» [Рамочная основа обеспечения защиты прав человека при предоставлении информации по контрацепции], 2014 г. (22)
 - «Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: guidance and recommendations» [Обеспечение защиты прав человека при предоставлении информации и услуг по контрацепции: руководство и рекомендации], 2014 г. (29)
 - «Ensuring human rights within contraceptive service delivery: implementation guide» [Обеспечение защиты прав человека в рамках оказания услуг по контрацепции: практическое руководство], 2015 г. (30)
 - «Ensuring human rights within contraceptive programmes: a human rights analysis of quantitative indicators» [Обеспечение защиты прав человека при осуществлении программ по контрацепции: анализ количественных индикаторов с точки зрения прав человека], 2014 г. (31)
 - «Безопасный аборт: рекомендации для систем здравоохранения по вопросам политики и практики», 2012 г. (32)
 - «Safe abortion: technical & policy guidance for health systems, legal and policy considerations – key messages» [Безопасный аборт: рекомендации для систем здравоохранения по вопросам политики и практики. Основные соображения в отношении политики и законодательства], 2015 г. (33)
- «Summary reflection guides on a human rights-based approach to health application to sexual and reproductive health, maternal health and under-5 child health» [Краткие аналитические справочные руководства по применению подхода, основанного на защите прав человека, в области здравоохранения применительно к охране сексуального и репродуктивного здоровья, здоровья матерей и детей в возрасте до 5 лет] – совместное издание Управления Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека (УВКПЧ), Центра по здоровью и правам человека им. Франсуа-Ксавье Банью при Гарвардском университете, Партнерства по охране здоровья матерей, новорожденных и детей (ПЗМНД), Фонда ООН в области народонаселения (ЮНФПА) и ВОЗ для следующих заинтересованных сторон:
- работников здравоохранения, 2016 г. (34)
 - директивных органов в сфере здравоохранения, 2015 г. (35)
 - национальных правозащитных институтов, 2015 г. (36)

1.5 Ценности и предпочтения женщин, живущих с ВИЧ

Для того чтобы в основу будущего руководства ВОЗ легли ценности и предпочтения женщин, живущих с ВИЧ, специально для его разработки было проведено глобальное опросное исследование, направленное на определение приоритетов женщин в сфере охраны СРЗП. На сегодняшний день это глобальное обследование (далее — Глобальный опрос о ценностях и предпочтениях, или ГОЦП) является крупнейшим опросным исследованием в области охраны СРЗП женщин, живущих с ВИЧ. Его провели в 2014 г. силами и в интересах женщин, живущих с ВИЧ, чтобы их точка зрения была выражена их собственными голосами. Подробное описание методов и ограничений обследования было представлено в отчете о результатах ГОЦП «Building a safe house on firm ground: key findings from a global values and preferences survey regarding the sexual and reproductive health and human rights of women living with HIV» [Строим крепкий дом на прочном основании: основные выводы Глобального опроса о ценностях и предпочтениях применительно к охране сексуального и репродуктивного здоровья и защите прав женщин, живущих с ВИЧ] и в соответствующей статье, опубликованной в *Бюллетене Всемирной организации здравоохранения* (37, 38). К одному из ограничений опроса относился охват в основном определенных категорий женщин, живущих с ВИЧ, по всему миру, таких как (i) активные участницы сетей людей, живущих с ВИЧ; (ii) знающие о своем ВИЧ-статусе и потенциально более готовые раскрыть его, и, наконец, (iii) имеющие возможность участвовать в интернет-опросе или в обсуждениях фокус-групп.

В исследовании приняли участие 945 женщин, живущих с ВИЧ, при этом 832 женщины из 94 стран участвовали в количественном опросе, а остальные 113 (из 7 стран) — в обсуждениях фокус-групп. Все респондентки относились к возрастной группе от 15 до 72 лет, происходили из различных слоев общества и имели самое разное прошлое. В их число вошли (со слов самих женщин): гетеросексуалки, лесбиянки, бисексуалки, трансгендеры и интерсексуалы; женщины, употребляющие или употреблявшие наркотики; занятые в секс-индустрии; одинокие, замужние или состоящие в прочных взаимоотношениях; женщины, перенесшие калечащие операции на половых органах; больные ТБ, малярией, гепатитом В или С и (или) другими сопутствующими заболеваниями; находившиеся в местах лишения свободы, содержавшиеся под стражей или бездомные; политические или экономические мигранты; представительницы коренного населения; женщины-инвалиды; а также работники здравоохранения.

Результаты ГОЦП были озвучены на совещании заинтересованных сторон по вопросам охраны СРЗП женщин, живущих с ВИЧ, состоявшемся в штаб-квартире ВОЗ в Женеве в январе 2015 года. Департамент репродуктивного здоровья и научных исследований ВОЗ продолжает сотрудничать с сообществом женщин, живущих с ВИЧ, в частности с представителями ключевых структур и групп из различных регионов мира. Несколько важнейших тем, поднятых в процессе обсуждения и сотрудничества, в частности вопросы насилия в отношении женщин, живущих с ВИЧ, и проблемы психического здоровья, получили освещение в специальном дополнении к журналу *Journal of the International AIDS Society (JIAS)*, опубликованном в декабре 2015 года (8). Кроме того, в результате проведенного опроса был предпринят ряд шагов, в частности таких как организация дальнейших публикаций в рецензируемых изданиях и веб-семинаров под руководством сообщества женщин, живущих с ВИЧ.

Выводы по итогам ГОЦП (представленные во Вставке 1.4) послужили основой для разработки всего руководства. Группа по разработке руководства (ГРР) учитывала результаты ГОЦП, когда составляла вопросы PICO («популяция, вмешательство, сравнение, исход»), необходимые для разработки новых рекомендаций (см. Главу 2, раздел 2.5 и табл. 2.2), и когда формулировала вопросы, взятые за основу при подготовке новых принципов надлежащей практики. При составлении и принятии в окончательной редакции рекомендаций, принципов надлежащей практики и всего текста документа ГРР также опиралась на результаты ГОЦП. В частности, соответствующие результаты этого опроса включены в разбор каждой из рассматриваемых тематических областей в главах 3 и 4.



Этот символ, обозначающий ценности и предпочтения женщин, живущих с ВИЧ, используется каждый раз, когда в тексте документа приводятся сведения из ГОЦП.

Вставка 1.4. Основные результаты Глобального опроса о ценностях и предпочтениях (ГОЦП)

- Самое важное для женщин, живущих с ВИЧ, — безопасность. Большинство участниц опроса подвергались насилию или опасались его как до, так и после или вследствие постановки диагноза ВИЧ-инфекции. Поэтому они призвали принять меры по обеспечению безопасности женщин, живущих с ВИЧ, в рамках служб здравоохранения, в их домашнем кругу или в сообществах, к которым они относятся.
- Респондентки подчеркнули необходимость обеспечения правовой защиты в случае нарушений прав человека, в частности таких как обязательное тестирование на ВИЧ, недобровольное раскрытие ВИЧ-статуса, принудительная или насильственная стерилизация или прерывание беременности.
- Женщины, живущие с ВИЧ, сообщили о пробелах в системе клинических служб, практической деятельности, мерах политики и направлении исследований в отношении девочек и женщин, вышедших из репродуктивного возраста, а также бездетных женщин. Поэтому была осознана необходимость внедрения целостного и ориентированного на женщин подхода к охране СРЗ, охватывающего все аспекты – от контрацепции и зачатия до помощи женщинам более старшего возраста – и включающего в себя всеобъемлющий пакет услуг, соответствующих каждому возрастному периоду или этапу жизни женщины.
- Женщины считали, что совершенно необходимо обеспечить уважительное отношение к женщинам, живущим с ВИЧ, во всем их многообразии, включая уважительное оказание медицинских услуг и признание способности женщин принимать обдуманные решения в отношении мер по охране их собственного СРЗ. Это особенно важно с учетом сообщений о трудностях, испытываемых женщинами, и о существенных ограничениях их прав и возможностей в области принятия решений о том, когда, каким образом и с кем вступать в интимные отношения, иметь ли детей и если да, то когда именно.
- Женщины, живущие с ВИЧ, хотели бы, чтобы важность взаимной поддержки и конструктивного участия в принятии решений, касающихся их собственных жизней, получили более широкое признание.
- Большинство женщин высказали озабоченность по поводу существования репрессивных законов, которые, по их мнению, препятствуют обеспечению здоровья и осуществлению их прав.
- Многие женщины также сообщили о том, как трудно им вести приятную и приносящую удовлетворение половую жизнь по таким причинам, как снижение или потеря полового влечения, а также страх дальнейшей передачи ВИЧ-инфекции, наступления беременности или заражения ИППП, связанный с низкой доступностью презервативов, сложностью убедить партнера в необходимости их использования, а также с опасениями по поводу последствий раскрытия ВИЧ-статуса (в частности, таких как акты насилия).
- Страх женщины передать ВИЧ-инфекцию своему ребенку или партнеру нередко усугублялся проявлениями стигматизации со стороны медицинских работников.
- Многие участницы опроса сообщили о том, что лечение ВИЧ-инфекции, которое они получают, сопровождается побочными эффектами, отрицательно влияющими на их сексуальное здоровье и общее благополучие.
- Женщины также подчеркнули, что бедность и шаткое финансовое положение затрудняют им доступ к услугам и осуществление прав человека, а также создают дополнительную нагрузку для их психического, физического и сексуального здоровья. В частности, широкий диапазон и высокая распространенность психических расстройств, о которых сообщили женщины, живущие с ВИЧ, свидетельствуют о сложном характере последствий, связанных с подтверждением диагноза ВИЧ-инфекции.
- И, наконец, женщины высказали потребность в поддержке, направленной на выстраивание отношений с их детьми, партнерами и сообществом, к которому они относятся.

Источник: The Salamander Trust, 2016 г. (37).

Глава 2. Методология и процесс разработки руководства

Департамент репродуктивного здоровья и научных исследований (RHR) ВОЗ возглавил работу по подготовке данного сводного руководства, основываясь на процедурах и стандартах отчетности, изложенных в пособии ВОЗ «WHO Handbook for Guideline Development» [Справочник ВОЗ по разработке руководящих принципов] (39). Учитывая существенное различие в тематическом охвате по сравнению с руководством 2006 г. (6), Руководящая группа ВОЗ по подготовке руководства предложила новое название: «Сводное руководство по охране сексуального и репродуктивного здоровья и защите прав женщин, живущих с ВИЧ». Таким образом, было решено рассматривать и представлять настоящее руководство как новый документ, подготовленный Комитетом ВОЗ по обзору руководящих принципов, а не как обновление руководства 2006 года.

2.1 Рабочие группы по разработке руководства

Департамент RHR сформировал три рабочие группы для выполнения особых функций в процессе разработки руководства: Руководящую группу ВОЗ по подготовке руководства (РГ), Группу по разработке руководства (ГРР) и Группу внешних рецензентов (ГВР). Члены групп были отобраны таким образом, чтобы обеспечить наличие сотрудников с обширными знаниями и опытом, а также сбалансированное распределение по полу и географическому региону и участие сообщества людей, живущих с ВИЧ. Все три рабочие группы описаны в нижеследующих подразделах, а имена членов групп и их принадлежность к той или иной организации перечислены в Приложении 1.

2.1.1 Руководящая группа ВОЗ по подготовке руководства (РГ)

РГ под председательством Департамента RHR обеспечивала общее руководство процессом подготовки этого документа. В состав РГ вошли участники из трех департаментов Сектора ВОЗ «Здоровье семьи, женщин и детей» (FWC) — Департамента RHR, Департамента по охране здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков (МСА) и Департамента по вопросам старения и жизненного цикла (ALC) — а также из Группы ВОЗ по учету гендерной проблематики, равенства и прав человека (GER) и других департаментов ВОЗ, в частности Департамента по ВИЧ/СПИДу и Департамента по психическому здоровью и токсикомании (MSD), наряду с представителями Регионального бюро ВОЗ для стран Африки, Америки, Европы, Восточного Средиземноморья и Юго-Восточной Азии. РГ определила первоначальную сферу тематического охвата руководства, приоритетные вопросы в формате PICO (популяция, вмешательство, сравнение, исходы) и круг лиц, которых необходимо пригласить для методологической работы и для участия в группах, выполняющих систематические обзоры, а также в Группе по разработке руководства (ГРР) и Группе внешних рецензентов (ГВР). Кроме того, РГ проводила окончательную доработку и осуществляла публикацию документа, а в дальнейшем она будет наблюдать за распространением руководства и участвовать в разработке инструментов его реализации.

2.1.2 Группа ВОЗ по разработке руководства (ГРР)

Руководящая группа определила кандидатуры и пригласила внешних экспертов и представителей заинтересованных сторон из шести регионов ВОЗ для участия в ГРР, соблюдая равномерное представительство по географическому и гендерному признакам. Члены ГРР обладали знаниями и опытом по широкому кругу вопросов в области СРЗП и ВИЧ, рассматриваемых в этом руководстве. В состав Группы вошли клиницисты, научные работники, представители директивных органов, руководители программ и представители сообществ людей, живущих с ВИЧ. Члены ГРР занимались определением и окончательной формулировкой основных вопросов PICO, а также рассматривали сводные доказательные данные, полученные после проведения заказанных ВОЗ систематических обзоров. Кроме того, они отвечали за формулирование новых рекомендаций и принципов надлежащей практики ВОЗ, а также за выработку консенсуса в отношении их заключительного содержания.

2.1.3 Группа внешних рецензентов (ГВР)

В состав ГВР вошли внешние рецензенты, обладающие широкими знаниями по вопросам, связанным с СРЗП и ВИЧ-инфекцией. Они были отобраны из числа людей, живущих с ВИЧ, клиницистов, исследователей, представителей директивных органов и руководителей программ. Группа следила за тем, чтобы в процессе принятия решений при разработке руководства учитывались ценности и предпочтения лиц, которых затрагивают данные рекомендации. Члены ГВР предоставили свои отзывы и замечания по проекту руководства, переданного им для ознакомления после того, как его составили, рассмотрели и доработали члены РГ и ГРР. В круг обязанностей ГВР не входило изменение рекомендаций, сформулированных ранее ГРР.

2.2 Другие участники, внесшие существенный вклад в создание руководства

2.1.1 Внешние партнеры

В соответствии с процедурами, описанными в публикации ВОЗ «*WHO Handbook for Guideline Development*» [Справочник ВОЗ по разработке руководящих принципов] (39), на совещание ГРР в качестве наблюдателей были приглашены представители спонсорских и донорских организаций, а также учреждений ООН. Эти внешние партнеры представляли следующие учреждения:

- Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией
- Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДУ (ЮНЭЙДС)
- Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека (УВКПЧ)
- Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА)
- Агентство США по международному развитию (ЮСАИД).

2.2.2 Женщины, живущие с ВИЧ

На всех этапах разработки данного руководства решающее значение имело партнерство и привлечение — а также конструктивное участие — женщин, живущих с ВИЧ: и как членов ГРР и ГВР, и как партнеров по организации и проведению Глобального опроса о ценностях и предпочтениях (ГОЦП), включая разработку методологии исследования, проведение его анализа и составление заключительных выводов (см. Главу 1, раздел 1.5) (40).

Участие сообщества в подготовке руководства было обеспечено посредством следующих мероприятий:

- проведение в 2014 г. ГОЦП и распространение отчета по результатам этого опроса в 2014–2015 гг. (37);
- встреча заинтересованных сторон в январе 2015 г. для ознакомления с результатами и основными итогами ГОЦП; и
- членство женщин, живущих с ВИЧ, в ГРР и ГВР.

2.3 Декларации интересов, представленные внешними участниками

В соответствии с правилами обеспечения прозрачности работы ВОЗ до официального приглашения отдельных лиц стать членами ГРР или ГВР их краткие биографии (объемом примерно 350 слов) в течение трех недель размещали на сайте Департамента ВОЗ (в феврале 2016 г.). В соответствии со «Справочником ВОЗ по разработке руководящих принципов» (39) *всех будущих членов ГРР и ГВР, а также других отобранных внешних участников просили декларировать в письменной форме любые потенциальные конфликты интересов (научные, финансовые или любые другие), имевшиеся на момент приглашения участвовать в разработке руководства. Каждый эксперт заполнил, подписал и отправил в электронном виде ответственному техническому сотруднику стандартную форму Декларации интересов (ДИ) ВОЗ и свое резюме. Указанный сотрудник собирал подписанные формы ДИ и резюме и вместе с членами РГ проверял их и определял, имеется ли конфликт интересов, до того, как окончательно утвердить кандидатуру эксперта и пригласить его участвовать в работе. При наличии конфликта интересов РГ определяла, является ли он достаточно существенным, чтобы повлиять на способность данного лица объективно судить о доказательствах или рекомендациях. Для обеспечения согласованности РГ применяла критерии оценки выраженности конфликта интересов, изложенные в «Справочнике ВОЗ по разработке руководящих принципов» (39).*

На основании оценки полученных форм ДИ и в соответствии с рекомендациями ВОЗ по ДИ принимали решения отдельно по каждому конкретному случаю. Если конфликт интересов признавался недостаточно существенным, чтобы представлять опасность для процесса разработки руководства или подорвать доверие к нему, эксперта просили только заявить о конфликте на заседании ГРП (или Технической консультации), и никаких дальнейших действий не предпринималось. Не было выявлено ни одного случая конфликта интересов, который потребовал бы привлечь к работе с ДИ и к оценке потенциальных конфликтов сотрудников Бюро ВОЗ по обеспечению соблюдения, управлению рисками и этике (CRE). После подтверждения приглашения к участию в работе всех экспертов проинструктировали уведомлять ответственного технического сотрудника о любых изменениях, которые могут привести к конфликту интересов, если они произойдут во время работы над руководством, чтобы своевременно обновлять и пересматривать информацию о заинтересованности. Во время обзорного совещания в январе 2015 г. и на совещании ГРП в апреле 2016 г. (проведенных в Женеве, Швейцария) членов Группы снова попросили открыто и в присутствии всей группы заявить о наличии конфликта интересов и сдать подписанную форму ДИ с внесенными изменениями. Резюме ДИ и информация о принятых мерах представлены в Приложении 2.

2.4 Определение сферы охвата руководства и тематических областей, требующих разработки новых рекомендаций и принципов надлежащей практики

Работая в рамках общей сферы тематического охвата руководства (см. Главу 1, раздел 1.3), а именно охват рассматриваемой категории населения и задача рассмотреть благоприятные условия и соответствующие конкретные медицинские вмешательства, в первую очередь РГ сопоставила все имеющиеся руководства ВОЗ по вопросам охраны СРЗП, имеющие отношение к группе женщин, живущих с ВИЧ. Затем РГ проанализировала эти и другие материалы, чтобы выявить пробелы, случаи дублирования и разночтений, а также оценить актуальность существующих рекомендаций в плане включения их в это сводное руководство. РГ выявила следующие восемь тематических областей, в отношении которых требовалось разработать новые рекомендации или принципы надлежащей практики: социально-психологическая поддержка; проблемы старения и здоровая половая жизнь; расширение экономических возможностей и доступ к ресурсам (в том числе обеспечение продовольственной безопасности); интеграция услуг в сфере охраны СРЗП с услугами в связи с ВИЧ-инфекцией; расширение прав и возможностей женщин и их самоэффективность в области принятия решений о более безопасном сексуальном и репродуктивном поведении; содействие в безопасном раскрытии ВИЧ-статуса тем женщинам, живущим с ВИЧ, которые опасаются насилия или подвергаются ему; способы родоразрешения, позволяющие достичь оптимальных исходов для матери и ребенка в перинатальном периоде (в частности, кесарево сечение); а также безопасные медикаментозные и хирургические аборты. Результаты этой работы были представлены на совещании по вопросам тематического охвата, состоявшемся в январе 2015 года.

2.5 Обзор доказательств и формулирование рекомендаций

2.5.1 Определение и анализ приоритетных вопросов

Разработку новых рекомендаций по медицинским вмешательствам (РЕК В.1, В.4, В.5, В.22, В.30, В.31; см. Резюме, Таблицу 1, и Главу 4) начали с формулирования вопросов PICO и последующего проведения соответствующих систематических обзоров доказательств. В качестве основы для разработки новых рекомендаций были определены следующие четыре вопроса PICO:

1. Какие вмешательства способствуют расширению прав и возможностей женщин, живущих с ВИЧ, и их самоэффективности в области принятия решений о более безопасном сексуальном и репродуктивном поведении?
2. Какие вмешательства облегчают безопасное раскрытие ВИЧ-статуса тем женщинам, живущим с ВИЧ, которые опасаются насилия или подвергаются ему?
3. Какие способы родоразрешения позволяют достичь оптимальных исходов для матери и ребенка в перинатальном периоде применительно к женщинам, живущим с ВИЧ?
4. Отличаются ли исходы медикаментозных и хирургических абортов у женщин, живущих с ВИЧ, и неинфицированных женщин?

Подробное описание характеристик популяции, вмешательства, сравнения и исходов по каждому из четырех вопросов PICO представлено в Приложении 3. Краткий обзор методов, использованных в ходе каждого из четырех систематических обзоров, включая стратегии поиска и схемы включения исследований, а также описание доказательной базы (таблиц GRADE) приведены в веб-приложении к данному руководству¹.

Перечень всех 13 систематических и литературных обзоров, выполненных в процессе разработки этого руководства, а именно четырех систематических обзоров по темам шести новых рекомендаций, пяти систематических обзоров по темам пяти новых принципов надлежащей практики (ПНП А.1–А.5; см. Резюме, Таблицу 2, и Главу 3) и четырех обзоров литературы по остальным смежным тематикам, представлен в Приложении 4.

2.5.2 Интерпретация качества доказательств, учитываемого при разработке рекомендаций

В соответствии с процедурой ВОЗ по разработке руководства ГПП сформулировала рекомендации, опираясь на качество имеющихся доказательств (39). Согласно принятому ВОЗ подходу к разработке рекомендаций с использованием системы GRADE (система разработки, оценки и определения научной обоснованности рекомендаций) качество доказательств характеризует степень уверенности в том, что представленные оценки эффекта (желательного или нежелательного), основанные на доказательствах, близки к фактическим эффектам, которые интересуют исследователей (41, 42, 43).

В подходе GRADE выделяются четыре уровня качества доказательств, которые следует трактовать согласно описанию, изложенному в табл. 2.1.

Таблица 2.1. Значимость четырех уровней качества доказательств по системе GRADE

Качество доказательств	Обоснование
Высокое	Наша уверенность в том, что истинный эффект близок к нашей оценке эффекта, крайне высока
Среднее	Мы относительно уверены в оценке эффекта: скорее всего, истинный эффект близок к его оценке, но существует вероятность их существенного различия
Низкое	Наша уверенность в оценке эффекта ограничена: истинный эффект может существенно отличаться от оценки эффекта
Очень низкое	Мы не уверены в оценке эффекта: скорее всего, истинный эффект существенно отличается от оценки эффекта

Источник: Balslem et al., 2011 (44).

Качество количественных доказательств применительно ко всем критически важным исходам, определенным в PICO, оценивалось с использованием подхода GRADE (9), и для каждого количественного исхода по каждому вопросу PICO был подготовлен профиль GRADE. Таблицы GRADE представлены в веб-приложении.

2.5.3 Определение силы рекомендации

Сила рекомендации, которая по принятой классификации может быть «сильной» или «условной», отражает степень уверенности ГПП в том, что желаемый эффект применения этой рекомендации перевешивает возможные нежелательные последствия.

К желательным эффектам (потенциальной пользе) относятся благоприятные исходы в отношении здоровья отдельных лиц (например, снижение заболеваемости и смертности), снижение нагрузки на людей и (или) службы здравоохранения, а также потенциальная экономия средств отдельных граждан, сообщества, программ и (или) системы здравоохранения. К нежелательным эффектам (потенциальному вреду) относятся неблагоприятные исходы в отношении здоровья отдельных лиц (например, повышение заболеваемости и смертности) и повышение нагрузки на людей, их семьи, сообщества, программы и (или) системы здравоохранения. В их число, например, входят связанные с осуществлением рекомендаций ресурсные и финансовые затраты программ, поставщиков услуг

1. Данное приложение доступно онлайн по адресу: www.who.int/reproductivehealth/publications/gender_rights/srhr-women-hiv/en/

здравоохранения или потребителей этих услуг, а также правовые последствия в тех случаях, когда определенные практики и действия причисляют к категории правонарушений.

Сильная рекомендация («за» или «против» вмешательства) означает, что ее авторы уверены в том, что желаемый эффект от реализации этой рекомендации явно перевешивает нежелательные последствия. Чем выше качество научной доказательной базы, тем больше вероятность того, что будет вынесена сильная рекомендация. Если в рамках настоящего руководства представлена новая сильная рекомендация, это отражено в формулировке «ВОЗ рекомендует...».

Условная рекомендация («за» или «против» вмешательства) означает, что либо качество доказательств является низким, либо рекомендация относится только к определенным группам населения или условиям, либо члены ГРП пришли к выводу, что желательные эффекты от реализации рекомендации, вероятно, перевешивают нежелательные последствия или хорошо сбалансированы, но они не уверены, что это относится ко всем возможным ситуациям. Если в рамках настоящего руководства представлена новая условная рекомендация, это отражено в формулировке «ВОЗ предлагает...».

При практическом внедрении условной рекомендации необходимо проводить тщательный мониторинг и оценку соответствующего вмешательства. Для устранения неопределенности требуются дальнейшие исследования, которые могут предоставить новые доказательства, позволяющие изменить расчет соотношения положительных и отрицательных эффектов.

К другим факторам, влияющим на определение силы рекомендации, относятся ценности и предпочтения конечных пользователей (женщин, живущих с ВИЧ), оценка практической осуществимости, вопросов затрат и справедливости при внедрении вмешательства.

Таблица 2.2. Основные факторы, учитываемые при определении силы рекомендаций

Фактор	Обоснование
Польза и риски	Когда новая рекомендация разработана, то нужно тщательно сопоставить желательные эффекты (пользу) с нежелательными эффектами (рисками), учитывая при этом все предыдущие рекомендации или другие альтернативные подходы. Чем больше польза перевешивает риски, тем выше вероятность того, что рекомендация будет обозначена как сильная.
Ценности и предпочтения (приемлемость)	Если существует вероятность широкого принятия или высокой оценки рекомендации, она, по-видимому, будет обозначена как сильная. При большом разбросе мнений или при наличии веских оснований полагать, что рекомендуемый порядок действий вряд ли будет принят, повышается вероятность того, что рекомендация будет носить условный характер.
Затраты/финансовые последствия	В случае низкого уровня необходимых затрат (денежные средства, инфраструктура, оборудование или кадровые ресурсы) или более высокой экономической эффективности повышается вероятность того, что рекомендация будет обозначена как сильная.
Осуществимость	Чем легче реализовать вмешательство на практике для всех заинтересованных сторон, тем больше вероятность того, что рекомендация будет обозначена как сильная.
Обеспечение справедливости	Если вмешательство позволит сократить неравенство, способствовать обеспечению справедливости или соблюдению прав человека, то высока вероятность того, что в его пользу будет вынесена строгая рекомендация.

Источник: Schünemann et al., 2013 (45).

2.6 Принятие решений ГРР в ходе создания руководства

Члены ГРР в своей работе опирались на четкий протокол разработки руководств ВОЗ (39).

В сотрудничестве с методистом по разработке руководства ГРР изучила доказательства и обсудила рассматриваемые темы. В апреле 2016 г. в Женеве (Швейцария) состоялось совещание ГРР (или техническая консультация), организованное с целью предоставить участникам возможность сформулировать и рассмотреть каждую из рекомендаций в процессе группового обсуждения и внесения необходимых изменений. Чтобы получить первоначальное представление о мнениях членов ГРР относительно направления («за» или «против» вмешательства) и силы («сильная» или «условная») каждой предлагаемой рекомендации, методист попросил участников проголосовать в поддержку каждого отдельного варианта. Это было не формальное голосование, а способ упростить принятие решений, чтобы методист и председатели группы могли оценить распределение мнений и затем работать над достижением консенсуса на основе дальнейшего обсуждения. Окончательное принятие каждой рекомендации, включая ее направление и силу, подтверждалось достижением консенсуса, т.е. единодушным согласием всех членов ГРР. Точно так же посредством достижения консенсуса ГРР определила контекст каждой рекомендации, обсудив соотношение доказательств в пользу потенциальных преимуществ и недостатков рассматриваемых вмешательств по всем изученным категориям. Суждения членов ГРР применительно к каждой рекомендации указаны в Приложении 5.

2.7 Подборка и представление содержания руководства

После совещания ГРР члены РГ подготовили проект всего текста документа, в который внесли изменения, точно отражающие результаты обсуждения и решения участников ГРР.

Затем проект руководства в электронном виде разослали членам ГРР для дальнейшего изучения, и их замечания внесли в документ перед тем, как отправить его на рассмотрение Группе внешних рецензентов (ГВР). РГ тщательно изучила предложения членов ГВР в плане целесообразности их включения в руководство. После совещания ГРР и завершения процесса внешнего коллегиального рецензирования все дальнейшие изменения руководства, сделанные РГ, ограничивались исправлением фактических ошибок и улучшением стиля изложения с целью устранения неясностей. Пересмотренную окончательную версию руководства вновь отправили в электронном виде членам ГРР для окончательного утверждения.

В настоящем руководстве представлены как новые рекомендации ВОЗ, впервые опубликованные в этом руководстве в 2017 г. (такие рекомендации имеют пометку «НОВАЯ» рядом с их номером), так и существующие рекомендации, опубликованные ранее в других руководствах ВОЗ и разработанные с использованием подхода GRADE (все рекомендации, не обозначенные как «НОВАЯ»), а также новые и существующие принципы надлежащей практики (первые также снабжены пометкой «НОВЫЙ»).

Пять новых принципов надлежащей практики (ПНП) относятся к созданию и поддержанию благоприятных условий, необходимых для успешного достижения оптимальных результатов охраны СРЗП женщин, живущих с ВИЧ. Эти новые принципы приведены в Главе 3 «Создание благоприятных условий». Каждый новый принцип надлежащей практики представлен в затененной рамке и сопровождается комментариями ГРР по поводу основных вопросов практического осуществления. Дополнительные сведения по каждой из восьми тем в Главе 3 приведены после вставки (вставок), содержащем новые или существующие рекомендации и (или) принципы надлежащей практики, в следующем **порядке**: (i) общие сведения по конкретной теме; (ii) препятствия к охране СРЗП; (iii) компоненты благоприятных условий, способствующие преодолению этих препятствий и обеспечению СРЗП; и, применительно только к НОВЫМ ПНП, (iv) резюме доказательств и соображения ГРР, в частности по поводу практической реализации, направленные на обеспечение наилучшего понимания, внедрения и оптимальных исходов применения руководства.

Шесть новых рекомендаций (РЕК) относятся к медицинским вмешательствам и распространяются на новые тематические области либо заменяют предыдущие рекомендации. Эти новые рекомендации приведены в Главе 4 «Медицинские вмешательства». Каждая новая рекомендация представлена в затененной рамке и сопровождается информацией о силе этой рекомендации и качестве доказательств, на которых она основана (доказательства оценивались по методу GRADE, как было описано ранее в разделе 2.5.2). Далее следует перечень комментариев, в том числе основные соображения ГРР по

вопросам практического осуществления. Дополнительные сведения по каждому из шести видов услуг, описанных в Главе 4, приведены после вставки, содержащей новые или существующие рекомендации и (или) принципы надлежащей практики (если таковые имеются), в следующем порядке: i) общие сведения; и, применительно только к НОВЫМ РЕК ii) резюме доказательств и соображения ГРР, включая результаты оценки качества доказательств и силы рекомендаций и соответствующие объяснения, а также соображения по поводу практической реализации рекомендации, в частности ее выполнимости и соответствующих затрат, если соответствующая информация имеется в наличии.

В тексте описания каждой из тематических областей, обсуждаемых в главах 3 и 4 данного руководства, размещен специальный символ, обозначающий ГОЦП, который ясно указывает читателю, что в данном месте представлена информация о соответствующих ценностях и предпочтениях женщин, живущих с ВИЧ, исходя из результатов ГОЦП (37).

РГ также включила в этот документ **существующие рекомендации** (только те, которые были разработаны на основе системы GRADE) и **принципы надлежащей практики** из последних одобренных КОРП руководств ВОЗ, имеющих отношение к вопросам охраны СРЗП женщин, живущих с ВИЧ. Во всех случаях такие рекомендации или принципы надлежащей практики представлены точно в такой же формулировке, в какой они были опубликованы ранее в том или ином руководстве. В отношении всех существующих рекомендаций также указаны сила рекомендации и качество доказательств, определенные соответствующими ГРР. В процессе разработки настоящего руководства в 2016 г. пересмотр или изменения этих рекомендаций не проводились, и они остаются в силе. Доказательная база, на которую опираются указанные рекомендации, не включена в дополнительные материалы нового сводного руководства, так как она уже была представлена при публикации исходного документа. Кроме того, в отношении каждой существующей рекомендации или принципа надлежащей практики в разделе для комментариев указаны название действующего документа ВОЗ, из которого они были взяты, и ссылка на его электронный адрес, что облегчает доступ к дополнительной информации из первоначального источника.

В общей сложности в этом сводном руководстве содержатся 52 рекомендации (в том числе шесть новых) и 22 принципа надлежащей практики (в том числе пять новых), касающиеся охраны СРЗП женщин, живущих с ВИЧ. Все рекомендации (РЕК) и принципы надлежащей практики (ПНП), касающиеся создания благоприятных условий, представлены в Главе 3 (и приведены в обобщенном виде в разделе А табл. 1 и 2 в резюме, а также на Рисунке 2.1) и помечены как РЕК А.1, РЕК А.2 и т.д. и ПНП А.1, ПНП А.2 и т.д., соответственно. Все положения, которые относятся к медицинским вмешательствам, представлены в Главе 4 (и приведены в обобщенном виде в разделе В табл. 1 и 2 в резюме, а также на Рисунке 2.1) и помечены как РЕК В.1, РЕК В.2 и т.д. и ПНП В.1, ПНП В.2 и т.д., соответственно. И те, и другие сгруппированы по подразделам в зависимости от тематической области и вида услуг.

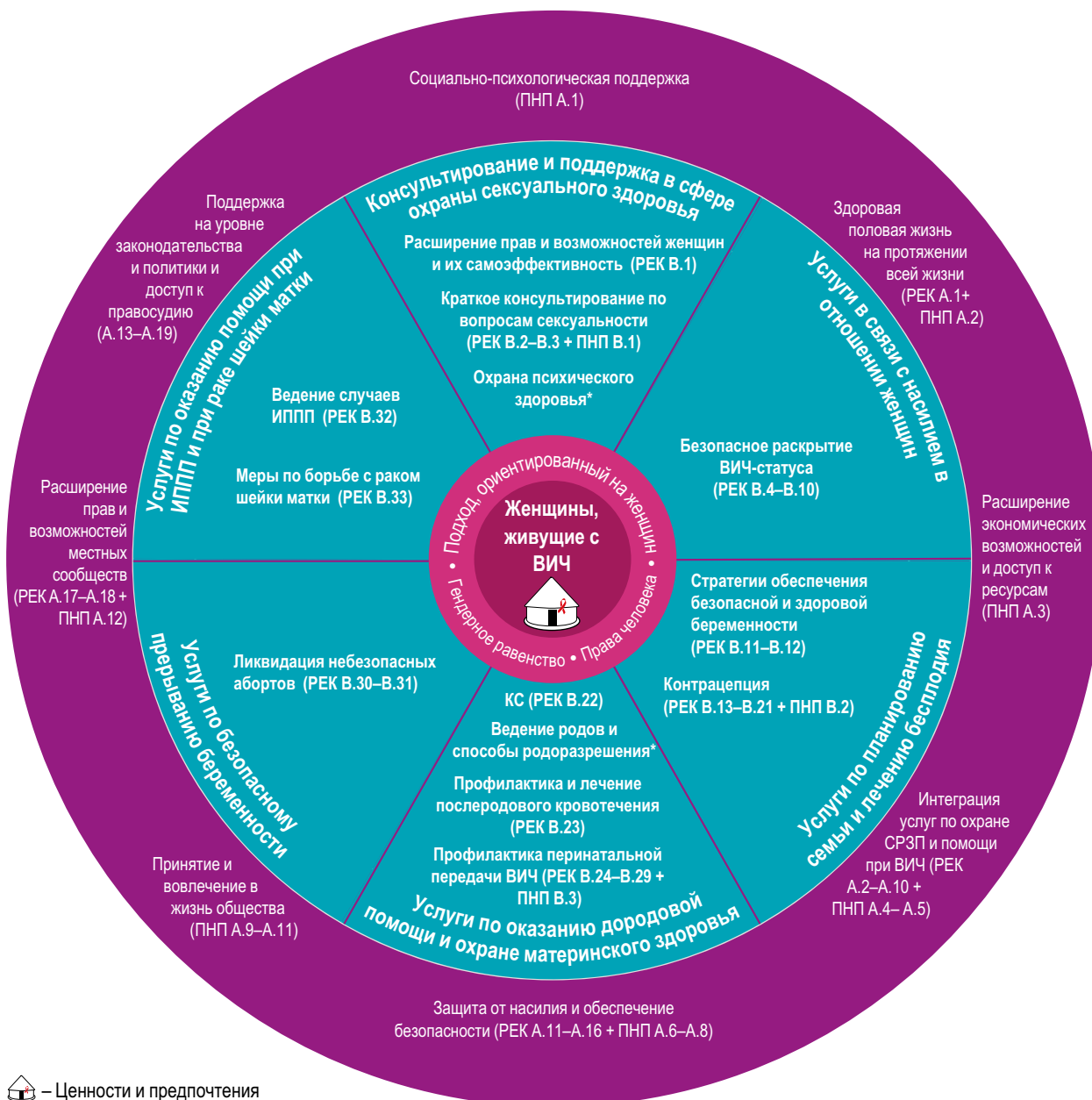
В Главе 5, посвященной практическому осуществлению руководства и вопросам предоставления услуг, обсуждаются основные соображения, которыми следует руководствоваться при внедрении рекомендаций, с тем чтобы получить максимально возможную пользу от их реализации, исходя из выводов ГРР. В Главе 6 описываются выявленные ГРР пробелы и приоритетные направления научных исследований, требующие дальнейшего изучения, и обсуждаются элементы рекомендованного инклюзивного подхода, позволяющего расширить доказательную базу по вопросам охраны СРЗП женщин, живущих с ВИЧ. В Главе 7 описываются планы по распространению, применению, мониторингу и оценке, а также обновлению руководства и содержащихся в нем рекомендаций.

Доказательства в поддержку шести новых рекомендаций (см. Приложение 4), полученные в результате проведения четырех систематических обзоров, сведены в таблицах GRADE. Они представляют собой доказательную базу эффективности тех или иных мероприятий, на которую опираются новые рекомендации этого руководства. Указанные таблицы GRADE, а также стратегии поиска и блок-схемы, использованные при проведении систематических обзоров, приведены в веб-приложении.

На схеме, изображенной на Рисунке.2.1, представлена базовая структура этого сводного руководства, при этом для удобства читателя специально выделены конкретные темы и относящиеся к ним рекомендации (РЕК) и положения надлежащей практики (ПНП) ВОЗ. В основе этого руководства лежат ценности и предпочтения женщин, живущих с ВИЧ, которые они высказали в ходе ГОЦП. Поэтому все положения данного руководства опираются на концепцию всестороннего и ориентированного на женщин подхода к охране СРЗП и выступают в поддержку такого подхода, следуя основополагающим принципам

обеспечения гендерного равенства и защиты прав человека (показано в розовом круге). Таким образом, ценности и предпочтения женщин являются основой данной схемы. Далее на ней показаны: (А) внешние благоприятные условия (внешний пурпурный круг), на котором представлены все восемь тем, изложенных в Разделе 3 (начиная с верха и далее по часовой стрелке); и (В) медицинские вмешательства (центральные бирюзовые сегменты), которые представляют шесть тем в порядке изложения, представленном в Разделе 4 (тоже по часовой стрелке начиная с верхнего сегмента) – во всех случаях эти темы сопровождаются информацией по соответствующим РЕК и ПНП с указанием их номера, которые также приведены в табл. 1 и 2, соответственно (в Резюме).

Рисунок 2.1. Структура рекомендаций и принципов надлежащей практики, разработанных ВОЗ в целях улучшения охраны сексуального и репродуктивного здоровья и прав женщин, живущих с ВИЧ



- Ценности и предпочтения
- ПНП – Принципы надлежащей практики
- РЕК – Рекомендации
- Благоприятные условия
- Медицинские вмешательства

КС – кесарево сечение; СРЗП – сексуальное и репродуктивное здоровье и соответствующие права; ИППП – инфекции, передаваемые половым путем.* В разделы “Психическое здоровье” и “Ведение родов и способы родоразрешения” настоящего руководства не включены никакие РЕК или ПНП. С информацией по данной теме можно ознакомиться в других существующих руководствах ВОЗ.

Глава 3. Создание благоприятных условий: рекомендации и принципы надлежащей практики

Для осуществления всесторонних программ по борьбе с ВИЧ-инфекцией и охране сексуального и репродуктивного здоровья и прав (СРЗП), в которых учитываются приоритеты неоднородной группы женщин, живущих с ВИЧ, в отношении здоровья, в любой эпидемиологической ситуации необходимо принять ряд мер, способствующих преодолению главных препятствий к использованию услуг, в том числе таких как социальное отчуждение и маргинализация, криминализация, гендерное насилие (ГН), стигматизация и гендерное неравенство. Эти препятствия необходимо учитывать при внедрении стратегий, направленных на улучшение доступности, приемлемости, уровня использования, качества, эффективности и экономической эффективности услуг для женщин, живущих с ВИЧ, а также на обеспечение справедливого охвата этими услугами. Если оставить эти проблемы без внимания, подобные барьеры могут подорвать эффективность мероприятий по охране СРЗП женщин, живущих с ВИЧ.

На пороге 2016 г. началось осуществление плана действий по достижению Целей в области устойчивого развития (ЦУР), поддерживающего перспективное видение будущего, в котором никто не будет оставлен без внимания, и призывающего в первую очередь охватить наименее защищенные группы населения. Во многих сообществах и странах по всему миру женщины, живущие с ВИЧ, продолжают сталкиваться с многочисленными и пересекающимися формами дискриминации, при этом они лишены возможности осуществлять самые базовые права человека, особенно в сфере здравоохранения. Чтобы достичь ЦУР к 2030 г. и выполнить обязательство «никого не оставить без внимания», сектор здравоохранения — в рамках оказания услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья (СРЗ) — должен стремиться к устранению препятствий, встающих перед женщинами, живущими с ВИЧ. Исходя из предложенной ВОЗ принципиальной схемы деятельности систем здравоохранения (46), необходимо, чтобы в каждом составляющем элементе этой системы были созданы благоприятные условия для эффективного оказания услуг (см. Рисунок 3.1).

Эти благоприятные условия можно охарактеризовать следующим образом:

- **Отношение и модели поведения медицинских работников** должны носить инклюзивный характер, не содержать проявлений стигматизации и содействовать обеспечению безопасности и равенства. Работники здравоохранения и руководители медицинских учреждений должны привлекаться к ответственности в тех случаях, когда они оказывают услуги ненадлежащим образом либо их действия не отвечают стандартам, основанным на профессиональной этике и на соблюдении принципов защиты прав человека, согласованных на международном уровне. При оказании помощи и лечения следует ориентироваться на нужды людей, воздерживаться от осуждения и предлагать женщинам, живущим с ВИЧ, необходимые им информацию и поддержку, чтобы они могли принимать обоснованные решения в отношении мер по охране их здоровья.
- В распоряжение медицинских работников должны быть предоставлены **необходимые медицинские препараты и технологии**, обеспечивающие возможность оказывать услуги, осуществлять вмешательства и создавать и поддерживать благоприятные условия.
- Необходимо своевременно получать, анализировать, распространять и использовать **информацио по управлению здоровьем и здравоохранением**, которая должна включать сведения о различных детерминантах обеспечения хорошего уровня СРЗ женщин, живущих с ВИЧ. Эта информация должна быть доступна медицинским работникам, женщинам, живущим с ВИЧ, и другим членам сообщества, чтобы они могли использовать ее в целях решения задач, связанных с клиническими и другими аспектами охраны СРЗП. Необходимо выявить пробелы в знаниях, которые следует заполнить с помощью соответствующих исследований, в том числе проводимых по инициативе местного сообщества. Информация должна быть надежной и точной, чтобы пациенты могли доверять ей и полагаться на нее в процессе принятия обоснованных решений относительно их здоровья и благополучия и путей взаимодействия с системой здравоохранения.

- **Медицинские вмешательства** должны входить в перечень предоставляемых услуг здравоохранения и быть доступными в любое время и в любом месте, где они необходимы. Кроме того, они должны быть приемлемыми и высококачественными.
- Необходимо признать, что **стратегии бюджетного ассигнования и финансирования** играют решающую роль в создании благоприятных условий, способствующих достижению хороших показателей здоровья, всеобщего охвата услугами здравоохранения и экономической эффективности предоставления услуг.
- **Меры политики, нормативно-правовые акты и административные стимулы** должны учитывать и поддерживать благоприятные условия для охраны СРЗП всех женщин, живущих с ВИЧ, в том числе и тех, кто сами относятся к медицинским работникам. В связи с наличием целого ряда детерминант СРЗП для создания благоприятных условий необходимо обеспечить надлежащее руководство и сформировать коалиции, охватывающие различные сектора, включая сотрудничество с сообществом женщин, живущих с ВИЧ, и их конструктивное участие в работе. Для обеспечения комплексного подхода к созданию благоприятных условий необходимо, чтобы эти усилия возглавила система здравоохранения.

Рисунок 3.1. Предложенная ВОЗ принципиальная схема деятельности системы здравоохранения



Источник: ВОЗ, 2007 г. (47).

Создание благоприятных условий охраны СРЗП женщин, живущих с ВИЧ, предусматривает использование следующих стратегий:

1. **Применяйте комплексный подход.** Для создания более благоприятных условий необходимо принимать меры на различных уровнях социально-экологической модели (см. раздел 3.1), в частности на индивидуальном, межличностном, институциональном уровнях и на уровне местного сообщества. Вот некоторые примеры такого подхода:
 - меры в поддержку психосоциального здоровья женщины уменьшают внутреннее ощущение стигмы на индивидуальном уровне;
 - систематическое просвещение по вопросам ВИЧ в местных сообществах и обеспечение социальной защиты всех людей способствуют снижению проявлений стигматизации в социальном окружении женщин, живущих с ВИЧ;
 - недопущение дискриминационных практик в медицинских учреждениях содействует снижению институциональной формы стигматизации;
 - продвижение мер политики и принятие законов, противодействующих проявлениям стигматизации и дискриминации, может устранить первопричины этой проблемы.

Все описанные меры составляют в целом комплексный подход к созданию благоприятных условий для обеспечения хорошего уровня СРЗ и осуществления прав женщин, живущих с ВИЧ.

2. **Инвестируйте в разработку долгосрочных программ.** К примерам такого подхода относятся создание планов программ по борьбе с ВИЧ и охране СРЗ, рассчитанных на 15–10 лет, инвестирование в наращивание потенциала и работа, направленная на преобразование деструктивных социальных норм (в противоположность принятию краткосрочных мер реагирования на кризисную ситуацию). Даже в том случае, если конкретные планы составляются на пятилетний период, использование стратегий и показателей долгосрочного планирования будет содействовать достижению долгосрочных целей. Наращивание потенциала среди местных руководителей и работников здравоохранения наряду с обучением и активным привлечением людей, живущих с ВИЧ, будет способствовать созданию собственных устойчивых программ, осуществляемых с учетом местных условий и с участием местного сообщества (48).
3. **Делайте акцент на позитивные идеи.** Если обратить все внимание на проблемы и несовершенства, то при разработке и проведении вмешательств не получится выявить и использовать сильные стороны женщин, живущих с ВИЧ, и возможности системы здравоохранения. Применяя такие технологии, как «метод позитивной оценки ситуации» (38), можно выявить те достижения, которые станут основой для будущего прогресса. Кроме того, полная сосредоточенность на негативном опыте может привести к повторной травматизации женщин, переживших тяжелые ситуации, и не поможет им найти способ двигаться вперед, по направлению к выздоровлению, восстановлению и жизненной стойкости.
4. **Признайте важность формулировок.** Вместо того чтобы говорить исключительно о решении существующих проблем, следует использовать позитивные инклюзивные формулировки, открывающие новые возможности для улучшения положения женщин и сотрудничества. Например, обсуждение мер по «укреплению здоровья», а не по «устранению болезни» дает возможность начать планировать дальнейшие шаги в направлении укрепления здоровья, помимо реагирования на проблемы, связанные с его нарушением. В рамках программ по охране СРЗП следует использовать формулировки, которые выводят на первый план человека, а не его заболевание. Так, например, лучше говорить «люди, живущие с ВИЧ», а не «ВИЧ-инфицированные» или «ВИЧ-положительные» люди. Вместо выражения «ВИЧ/СПИД» следует использовать ВИЧ (вирус) или СПИД (клинический синдром), чтобы не смешивать эти понятия. «Приобрести (иметь инфекцию)» звучит более нейтрально, чем «быть инфицированным (зараженным)», когда речь идет о передаче ВИЧ. Чтобы избавить женщин, живущих с ВИЧ, от возможных обвинений, следует говорить о комплексной профилактике «вертикальной передачи» инфекции, а не о профилактике «передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку» (ПМР). Взвешенное использование языковых средств имеет огромное значение для создания условий, способствующих охране СРЗП (13).
5. **Разрабатывайте вмешательства в партнерстве с представителями сообществ, на которых они направлены.** Использование такого подхода гарантирует, что при разработке услуг здравоохранения учитываются потребности, приоритеты и жизненные реалии предполагаемых получателей помощи.

Далее в этой главе в разделе 3.1 обсуждается использование социально-экологической модели с целью определения благоприятных условий для охраны СРЗП женщин, живущих с ВИЧ, а в разделе 3.2 описываются основные стратегии создания и поддержания таких условий. В нем представлены новые и существующие принципы надлежащей практики и существующие рекомендации по восьми различным тематическим областям, чья направленность варьирует от индивидуального (психологическая поддержка) до стратегического уровня (поддержка на уровне законодательства и политики). В нем также обсуждаются препятствия, затрудняющие доступ к надлежащим, высококачественным и основанным на защите прав человека услугам по охране СРЗ женщин, живущих с ВИЧ, с учетом их собственных ценностей и предпочтений в каждой области, исходя из результатов Глобального опроса о ценностях и предпочтениях (ГОЦП), в котором они участвовали (37).

В целом эта глава содержит сведения о создании благоприятных условий, необходимых для успешного обеспечения охраны СРЗП женщин, живущих с ВИЧ.

3.1 Использование социально-экологической модели при определении благоприятных условий, способствующих охране СРЗП женщин, живущих с ВИЧ

Социально-экологическая модель — это всеобъемлющая модель, позволяющая понять многочисленные детерминанты СРЗП женщин, живущих с ВИЧ. Эта модель широко применяется для изучения факторов, определяющих состояние здоровья людей и различные формы поведения, влияющие на него. Согласно цели этого руководства, т.е. в свете разработки и внедрения мер, направленных на обеспечение СРЗП женщин, живущих с ВИЧ, социально-экологическая модель помогает свести воедино дополнительные соображения в отношении компонентов благоприятных условий охраны СРЗП, в частности таких как взаимосвязанные многоуровневые факторы, влияющие на возможности женщин, живущих с ВИЧ, получить доступ к необходимым им услугам по охране СРЗ и услугам в связи с ВИЧ, а также к информации и продукции, имеющим ключевое значение для формирования исходов как в сфере охраны СРЗП, так и применительно к другим аспектам их здоровья и благополучия. Состояние СРЗП женщин, живущих с ВИЧ, не определяется одним-единственным фактором.

Социально-экологическая модель опирается на четыре основополагающих принципа. Во-первых, в рамках этой модели признается, что на состояние здоровья людей и формы поведения в отношении здоровья **влияют различные факторы**, в том числе те, которые действуют на внутриличностном и межличностном уровнях, а также на уровне местного сообщества и общества в целом. Во-вторых, в ней постулируется, что **влияние этих факторов проявляется** на различных уровнях, так что они **взаимодействуют между собой**. В-третьих, в ней требуется **сосредоточить внимание на конкретных формах поведения и исходах в отношении здоровья** с тем, чтобы выявить, какие факторы с наибольшей вероятностью влияют на конкретное поведение или исход на каждом уровне модели. И, наконец, в данной модели предполагается, что вмешательства, направленные на факторы, **существующие на различных уровнях**, вероятно, эффективнее тех, которые действуют в пределах только одного уровня.

Использование этой модели в сфере охраны СРЗП женщин, живущих с ВИЧ, подразумевает следующие действия:

1. На **индивидуальном уровне** необходимо сосредоточить усилия на **оказании поддержки женщинам, живущим с ВИЧ**, с тем чтобы укрепить их веру в собственные силы и способности принимать и осуществлять решения, способствующие укреплению их здоровья, а также для того чтобы улучшить их экономические и социальные активы в целях расширения их личных возможностей.
2. На **межличностном уровне** необходимо уделить основное внимание **взаимоотношениям женщин, живущих с ВИЧ, с их партнерами, членами семьи, коллегами и медицинскими работниками**, с тем чтобы снизить проявления стигматизации, дискриминации и межличностного насилия и содействовать обеспечению равенства и вовлечению в жизнь общества.
3. На **уровне местного сообщества** необходимо поощрять **создание позитивных и справедливых социальных норм и оказание поддержки, включая вмешательства, направленные на представителей широкой общественности и учреждения** за пределами семьи: внутри района, в школах, медицинских учреждениях, местах отправления культа и на рабочих местах. Такие меры должны способствовать снижению стигматизации и риска насилия, а также содействовать обеспечению равенства и вовлечению в жизнь общества.
4. На **общественном уровне** необходимо **внедрять меры политики, законы и институциональные практики в поддержку охраны СРЗП женщин, живущих с ВИЧ**, применительно к сфере здравоохранения и к социальной, экономической и образовательной сферам, а также сформировать широкие общественные нормы и структуры, обеспечивающие поддержку женщин, живущих с ВИЧ, в полном осуществлении их СРЗП.

Хотя сектор здравоохранения занимает центральное место в сфере применения настоящего руководства, в целях успешного осуществления мер по созданию безопасных и поддерживающих условий для женщин, живущих с ВИЧ, требуется наладить сотрудничество между различными секторами, работающими в таких областях, как правосудие, сельское хозяйство, образование, жилищное и социальное обеспечение и трудоустройство. Кроме того, для создания подобных условий требуется сотрудничество таких структур, как правительство, гражданское общество и частный сектор, а также конструктивное участие сообщества женщин, живущих с ВИЧ, по всем направлениям.

Взгляд на вопросы охраны СРЗП женщин, живущих с ВИЧ, с социально-экологической точки зрения помогает сформировать адресные меры вмешательства, которые, по всей вероятности, будут более эффективными в деле всестороннего решения взаимосвязанных проблем обеспечения СРЗП применительно к женщинам, живущим с ВИЧ, и остальному обществу. Один из примеров использования социально-экологической модели в сфере охраны СРЗП женщин, живущих с ВИЧ, представлен во Вставке 3.1.

Вставка 3.1. Организация оказания услуг по охране СРЗП с опорой на социально-экологическую модель

Пример: Содействие здоровой половой жизни женщин, живущих с ВИЧ

Вмешательства на индивидуальном уровне. Организуйте консультирование и информирование женщин на индивидуальной основе по вопросам их прав и возможных вариантов действий в области обеспечения СРЗ, которые помогут им решить, как практически осуществить их чаяния и надежды. Женщины, проконсультированные надлежащим образом, имеют больше возможностей добиться реализации их прав и устремлений.

Вмешательства на межличностном уровне. Примите необходимые меры для того, чтобы в учреждениях здравоохранения общение медицинских работников с женщинами, живущими с ВИЧ, строилось на принципах уважения и поддержки, а не осуждения и стигматизации. Тогда женщинам будет проще получить доступ к услугам по контрацепции или лечению бесплодия для воплощения их устремлений в области СРЗ.

Вмешательства на уровне сообщества. Внедряйте вмешательства, направленные на смену социальных норм, относящихся к проявлениям насилия и стигматизации. У женщин будет больше возможностей вести здоровую половую жизнь, если они будут реже сталкиваться с насилием и знать, что их окружение принимает любые формы их половой идентичности.

Вмешательства на общественном уровне. Проводите реформы законодательства и мер политики. Если предоставить женщинам властные полномочия, подкрепленные правом на законных основаниях наследовать материальные блага и возможностью с выгодой пользоваться стратегией системы здравоохранения, в рамках которой им предоставляется широкий спектр услуг по контрацепции или лечению бесплодия, то это откроет перед женщинами новые возможности активно воздействовать на собственную жизнь в целях воплощения их пожеланий относительно деторождения.

Деятельность системы здравоохранения должна затрагивать все факторы, влияющие на состояние здоровья, на всех уровнях социально-экологической модели и искать пути обеспечения их сочетанного действия с тем, чтобы оптимальным образом поддерживать женщин в получении возможности вести здоровую половую жизнь.

3.2 Основные стратегии создания и поддержания благоприятных условий

На индивидуальном и межличностном уровнях, а также на уровне местного сообщества и общества в целом необходимо направить усилия на следующие компоненты создания благоприятных условий, способствующих охране СРЗП женщин, живущих с ВИЧ (в порядке их дальнейшего описания в этой главе):

1. социально-психологическая поддержка;
2. здоровая половая жизнь на протяжении всей жизни;
3. расширение экономических возможностей и доступ к ресурсам;
4. интеграция услуг в сфере охраны СРЗП с услугами, связанными с ВИЧ;
5. защита от насилия и обеспечение безопасности;
6. принятие и вовлечение в жизнь общества;
7. расширение прав и возможностей местных сообществ;
8. поддержка на уровне законодательства и политики и обеспечение доступа к правосудию.

В этой главе в каждом из подразделов представлены новые и (или) существующие принципы надлежащей практики (ПНП) и существующие рекомендации (РЕК), а также дополнительная информация по этим темам, в частности: (i) общие сведения; (ii) препятствия к охране СРЗП; (iii) компоненты создания благоприятных условий и, применительно только к НОВЫМ ПНП, (iv) резюме доказательств и соображения ГРР. В процессе создания настоящего документа Руководящая группа ВОЗ по подготовке руководства (РГ) выявила восемь тематических областей, в отношении которых требовалось разработать новые РЕК или ПНП (см. Главу 2, раздел 2.4). Четыре из этих тем рассматриваются в этой главе (первые четыре темы из вышеприведенного списка), а остальные четыре — в Главе 4. Пять новых ПНП, изложенных в этом руководстве, представлены в первых четырех подразделах этой главы (они помечены как «НОВЫЕ»). Соответствующие теме результаты Глобального опроса о ценностях и предпочтениях (ГОЦП), отражающие приоритеты женщин, живущих с ВИЧ, также приведены в каждом подразделе и включены в сведения, сопровождающие новые ПНП.

3.2.1 Социально-психологическая поддержка

НОВЫЙ принцип надлежащей практики применительно к социально-психологической поддержке

ПНП А.1: В систему оказания помощи при ВИЧ-инфекции следует включить вмешательства по оказанию социально-психологической поддержки, такие как организация групп поддержки и взаимопомощи, которые создаются силами, при участии и в интересах женщин, живущих с ВИЧ.

Примечания

- Оптимальным считается вариант, когда мероприятия по оказанию социально-психологической поддержки создаются, проводятся и оцениваются силами, при участии и в интересах женщин, живущих с ВИЧ, или совместно с работниками здравоохранения, оказывающими неспециализированную помощь.
- По-видимому, вмешательства по оказанию социально-психологической поддержки наиболее эффективны для достижения таких результатов (из всех возможных), как улучшение способности справляться с трудностями, повышение самооценки, расширение социальной поддержки, снижение выраженности симптомов депрессии, стресса и внутреннего ощущения стигмы.
- Для того чтобы разработанные вмешательства учитывали специфику конкретной группы населения, местных условий и месторасположения, необходимо сначала провести формативные исследования.

i. Общие сведения

Многие женщины, живущие с ВИЧ, страдают различными психосоциальными расстройствами, в частности такими как стресс, симптомы депрессии, низкая самооценка и другие. Депрессия и тревога чаще встречаются у людей, живущих с ВИЧ, чем среди общего населения, при этом некоторые исследования также свидетельствуют о более высокой распространенности этих расстройств у женщин, чем у мужчин. Кроме того, получены данные о неблагоприятном влиянии психологического дистресса на качество жизни (49–51). Согласно данным Глобального опроса о ценностях и предпочтениях (ГОЦП), проведенного у женщин, живущих с ВИЧ, %82 из 489 женщин, ответивших на вопросы дополнительного модуля, посвященного психическому здоровью, сообщили о наличии у них проявлений депрессии, а %78 — об ощущении отверженности (37). Диагноз ВИЧ-инфекции сам по себе может спровоцировать немедленное развитие расстройств психического здоровья, которые приобретают затяжной характер. Опрошенные женщины сообщили, что после того, как они узнали свой диагноз, количество возникающих у них психических расстройств увеличилось в среднем в 3,5 раза по сравнению с периодом до постановки диагноза. Однако, кроме самого диагноза, те проблемы и неприятности психического характера, с которыми сталкиваются многие женщины, живущие с ВИЧ — такие как стигматизация, страх, дискриминация, насилие, финансовые трудности и побочные эффекты лечения — накладываются друг на друга и ограничивают способность женщин поддерживать СРЗ. Дальнейший анализ данных ГОЦП показал, что существует положительная корреляция между нарушениями психического здоровья и «идентичностями, находящимися в неблагоприятном социальном положении», при которой стигматизация, направленная на типы идентичности и формы поведения, подлежащие социальным и (или) правовым санкциям — такие как работа в секс-бизнесе, употребление наркотиков, сексуальные отношения людей одного пола, бедность и нетрадиционные

формы гендерного самовыражения, среди всего прочего — пересекается со стигматизацией, связанной с ВИЧ, и создает многоплановое состояние неблагополучия. Кроме того, психические проблемы сами по себе вызывают стигматизацию, что еще больше усложняет положение женщин, обращающихся за услугами или поддержкой. Эти взаимодействующие факторы по-разному сказываются на здоровье и благополучии женщин: они могут создавать препятствия для осуществления здоровых сексуальных и интимных отношений, что толкает женщин к негативным стратегиям психологической адаптации, таким как прием наркотиков, повышающим их уязвимость и риск; кроме того, они также могут приводить к нарушениям прав отверженных членов общества, которые живут в неравноправном положении, связанном как с ВИЧ-положительным статусом, так и с расстройствами психического здоровья (52).

Социально-психологическая поддержка «направлена на решение текущих психологических и социальных проблем людей, живущих с ВИЧ, а также их партнеров, членов семьи и лиц, осуществляющих уход» (53).

ii. Препятствия

Стигматизация и нарушения психического здоровья сочетаются и взаимно усиливают друг друга, препятствуя вступлению женщин в здоровые половые отношения и реализации их побуждений и воли в этих отношениях. Психосоциальные проблемы негативно сказываются на общем благополучии женщин, живущих с ВИЧ, что может порождать или ухудшать их социальное отчуждение и изоляцию, затрудняя использование услуг, или провоцировать дальнейшее развитие нарушений психического здоровья. Появление или ухудшение ряда психических нарушений (в частности таких как дисморфофобия, утомляемость, нарушения сна и потеря полового влечения) может быть обусловлено побочными эффектами некоторых видов лечения. Развившись, эти психические нарушения могут в свою очередь отрицательно повлиять на приверженность пациенток к лечению.

iii. Компоненты создания благоприятных условий

Так как заболевание ВИЧ-инфекцией неблагоприятно сказывается на психическом и эмоциональном благополучии людей, необходимо предоставить им доступную, комплексную и экономически доступную психологическую помощь и консультирование, интегрированные с другими услугами в связи с ВИЧ и охраной СРЗ.

iv. Резюме доказательств и соображения относительно нового принципа надлежащей практики

Несмотря на высокую распространенность психосоциальных проблем среди женщин, живущих с ВИЧ, установленную связь между этими проблемами и показателями СРЗ (54, 55), а также опубликованные рекомендации, предписывающие включать вмешательства по оказанию социально-психологической поддержки в систему оказания помощи при ВИЧ (53, 56), воздействие подобных вмешательств на состоянии СРЗП женщин, живущих с ВИЧ, не изучалось ни в одном обзоре. Исходя из результатов ГОЦП (см. подраздел «Общие сведения» выше и вставку «Ценности и предпочтения» в конце этого раздела) и признавая исключительную важность состояния психического здоровья, Группа по разработке руководства (ГРП) включила в процесс подготовки руководства новый систематический обзор исследований по оценке социально-психологической поддержки, предоставляемой работниками, не имеющими соответствующей специализации. С помощью этого обзора предполагалось оценить влияние социально-психологической поддержки на такие исходы, как психическое, эмоциональное и (или) социальное благополучие и качество жизни, а также эффективность принятия решений в области СРЗП среди женщин, живущих с ВИЧ (57). В рамках исследований, включенных в данный обзор, такие услуги предоставляли лица, не имевшие специализации в области психического здоровья, такие как дипломированные медицинские работники (например, врачи и медсестры), не являвшиеся специалистами в области оказания психиатрической или психологической помощи, либо работники без специального образования или другие лица, вне зависимости от их уровня подготовки в сфере оказания услуг по социально-психологической поддержке (58). В исследованиях учитывали вмешательства, связанные с оказанием социально-психологической поддержки, в настоящее время выполняются именно этими работниками в связи с нехваткой дипломированных медицинских кадров. Такое положение дел открывает возможности для работников без специального образования проявить сочувствие к их клиентам совершенно особым образом; например, поделиться опытом жизни с ВИЧ, если у них есть ВИЧ-инфекция и они чувствуют, что могут рассказать об этом клиенту. По-видимому, вмешательства по оказанию социально-психологической поддержки наиболее эффективны для достижения таких результатов (из всех возможных), как улучшение способности справляться с трудностями, повышение

самооценки, расширение социальной поддержки, снижение выраженности симптомов депрессии, стресса и внутреннего ощущения стигмы. Тем не менее, согласно данным изученных исследований, влияние вмешательств на эти исходы оказалось статистически незначимым. Не было обнаружено никакой закономерности получения статистически значимых результатов в зависимости от конкретных характеристик проведения вмешательств — в групповой или индивидуальной форме, с различной частотой, в различных группах населения (например, среди женщин, обратившихся за услугами дородовой помощи, матерей или в других группах) или с оценкой эффективности по различным основным критериям. Рекомендации, относящиеся к официальным службам охраны психического здоровья, представлены в публикации ВОЗ «Mental health action plan 2020–2013» [План действий в области психического здоровья на 2020-2013 гг.] (59), а вопросы психического здоровья рассматриваются далее в Главе 4, раздел 4.1.3.

Ценности и предпочтения



Женщины, живущие с ВИЧ, отвечая на вопросы ГОЦП, высказали потребность в следующих услугах: оказание психологической поддержки при раскрытии ВИЧ-статуса, а также в целях повышения уверенности в себе и облегчения принятия и формирования позитивного образа своего тела; систематическое консультирование по вопросам психосексуального здоровья, в том числе с участием партнера(ов); оказание помощи для устранения последствий перенесенных психологических травм; поддержка в изучении и понимании прав женщин, а также укрепление веры в них; оказание помощи и лечения в связи с употреблением алкоголя и наркотиков, которое является как симптомом, так и причиной психических расстройств. Участницы опроса также подчеркнули, что они нуждаются в следующих мероприятиях: консультирование по методикам построения жизни на основе принципов благополучия и принятия; организация взаимной поддержки с целью создания безопасного пространства, где женщины могут поговорить, не боясь осуждения; а также принятие мер политики, содействующих соблюдению прав человека и противодействующих стигматизации — в частности стигматизации, имеющей отношение к психическим расстройствам и ВИЧ-инфекции (37).

3.2.2 Здоровая половая жизнь на протяжении всей жизни

а. Период полового созревания и отрочества

Существующая рекомендация по здоровой половой жизни в период полового созревания и отрочества

РЕК А.1: В целях обеспечения эффективного взаимодействия с подростками и достижения оптимальных результатов для их здоровья в комплекс услуг, связанных с ВИЧ, следует включить услуги, учитывающие особенности подростков и основанные на принципах доброжелательного отношения к ним.

(сильная рекомендация, низкое качество доказательств)

Примечания

- Эта рекомендация была перенесена в настоящее руководство из методического пособия ВОЗ 2016 г. «Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции. Рекомендации с позиции общественного здравоохранения» (7).
- Дополнительную информацию можно найти в первоначальной публикации, доступной по веб-адресу: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/332848/Consolidated-guidelines-ARV-treating-preventing-HIV-2nd-edition-2016-ru.pdf.
- Обратитесь также к сведениям о мерах политики по возрасту согласия, представленным в разделе 3.2.8, содержащем конкретные принципы надлежащей практики (ПНП А.15 и ПНП А.16) в отношении оказания поддержки девочкам подросткового возраста, живущим с ВИЧ, в области обеспечения СРЗП.

i. Общие сведения

В период полового созревания девочкам необходимо разъяснять, какие изменения происходят в их теле, и оказывать соответствующую поддержку. Они нуждаются во всестороннем половом просвещении (ВПП) (25), включая информацию о том, как наступает беременность и какими путями передаются ИППП и ВИЧ-инфекция. Необходимо вооружить их знаниями и инструментами — в том числе уверенностью в себе и осведомленностью в соответствующих вопросах — чтобы они могли ориентироваться в своих первых сексуальных желаниях и отношениях. Так как часто девочки впервые вступают в сексуальные отношения под действием насилия или по принуждению (60), необходимо наделять их правами и возможностями, чтобы они могли распознать насилие, избежать его или сообщить о случаях насилия и принуждения, если и когда они сталкиваются с ними.

ii. Препятствия

Девочки подросткового возраста и молодые женщины, живущие с ВИЧ, часто плохо осведомлены о возможностях охраны их СРЗП. Нередко они лишены доступа к соответствующим товарам вследствие социальных и правовых ограничений на пользование противозачаточными средствами и другими медицинскими услугами, включая ограничения на оказание услуг незамужним женщинам (61).

Медицинским работникам, которые должны оказывать подросткам, живущим с ВИЧ, услуги здравоохранения, в которых те нуждаются, часто мешают склонность к морализаторству, консервативные установки и отсутствие необходимых профессиональных знаний и умений. Чтобы они могли оказывать такие услуги, нужно предоставить им соответствующую подготовку, разъяснить сущность моральных ценностей и оказывать постоянную поддержку их деятельности (62).

Существующий в ряде стран разрыв между возрастом согласия на вступление в половые или брачные отношения и на получение услуг затрудняет доступ молодых людей к необходимым им услугам по охране СРЗ. Зарегистрированы данные о том, что подростки нередко предпочитают не обращаться за помощью, желая сохранить в тайне от родителей свою половую жизнь и проблемы со здоровьем, в то время как поставщикам услуг часто требуется согласие родителей на предоставление услуг, прежде всего услуг по охране СРЗ (63). Согласно данным проведенного в США опроса выборки подростков, которая была репрезентативной в общенациональном масштабе, 35% молодых людей избегали обращаться в медицинские службы, чтобы им не пришлось рассказывать родителям о состоянии своего здоровья, при этом чаще это делали девочки, стремившиеся скрыть от родителей рискованные формы своего поведения (63). В то время как некоторые законы служат для защиты молодых людей, национальные законы и социальные нормы, определяющие возраст согласия, также могут влиять на отношение и поведение поставщиков услуг, создавая барьеры для обслуживания этой категории населения. С учетом вышесказанного неудивительно, что подростки из ключевых групп населения, подверженных риску инфекции (например, таких как секс-работники, мужчины, практикующие секс с мужчинами и лица, употребляющие инъекционные наркотики) и из уязвимых групп (например, находящиеся под стражей молодые люди, молодые женщины) имеют еще меньше шансов на получение услуг по тестированию и консультированию или лечению и оказанию помощи в связи с ВИЧ, чем подростки из общей популяции (64).

iii. Компоненты создания благоприятных условий

Услуги по охране СРЗ должны поддерживать здоровую половую жизнь на протяжении всей жизни, включая предоставление доступных и приемлемых услуг всем подросткам, живущим с ВИЧ (65).

Как и в случае женщин более старшего возраста, живущих с ВИЧ, программы поддержки и консультирования в сфере сексуального поведения должны разрабатываться силами, при участии и в интересах молодых женщин, живущих с ВИЧ, в частности представительниц ключевых затронутых групп и особенно девушек из уязвимых групп населения, например таких, как живущие с ВИЧ-девочки подросткового возраста с ограниченными возможностями (девочки-инвалиды). В целях содействия осуществлению рекомендаций необходимо предоставить лицам, оказывающим услуги по охране СРЗ и услуги в связи с ВИЧ, соответствующую подготовку и должностные инструкции, а также постоянно контролировать их деятельность в сфере поддерживающего консультирования по вопросам охраны СРЗП девочек подросткового возраста и молодых женщин.

Девочкам, которые родились с ВИЧ или заразились ВИЧ-инфекцией в детстве, нужно оказывать специальную поддержку в периоды, когда они достигают подросткового возраста, вступают в половые отношения и впервые оценивают свои приоритеты и права в области СРЗ — в том числе

консультирование по вопросам контрацепции. Важно, чтобы девочки, заразившиеся ВИЧ-инфекцией в подростковом возрасте, получали своевременную и точную информацию и консультирование по вопросам охраны их СРЗП как молодых женщин, живущих с ВИЧ, в частности информацию и советы по вопросам начала и продолжения половых отношений, брака и деторождения. Целевое консультирование, предназначенное для лиц, переживших психотравмирующие события, и систематическая социально-психологическая поддержка требуются девочкам и молодым женщинам, которые заразились ВИЧ в результате изнасилования, инцеста или сексуального насилия (информация о раскрытии ВИЧ-статуса применительно к подросткам представлена в разделе 4.2.1 «Безопасное раскрытие ВИЧ-статуса»).

Подросткам очень полезно общение со сверстниками. Психологическая поддержка ровесников особенно важна: она помогает подросткам обрести уверенность и жизненную стойкость, уменьшить тревожность и укрепить чувство принадлежности к коллективу. К тому же общий опыт позволяет сверстникам помочь подросткам, живущим с ВИЧ, справиться со страхом и ощущением безнадежности, противостоять стигматизации и дискриминации и быстрее находить пути урегулирования проблем. Сверстники могут поделиться практической информацией, стать хорошим источником мотивации и положительного подкрепления в вопросах соблюдения режима лечения, раскрытия ВИЧ-статуса, преодоления трудностей в сфере СРЗ, а также решения вопросов, связанных с психическими расстройствами и употреблением психоактивных веществ (66).

Работники здравоохранения, оказывающие услуги подросткам, живущим с ВИЧ, должны оценить сексуальную активность подростков и предоставить им полную и достоверную информацию об имеющихся услугах по охране СРЗ (67).

В руководстве ВОЗ 2011 г. «*Guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries*» [Предотвращение ранней беременности и неблагоприятных исходов в отношении репродуктивного здоровья среди подростков в развивающихся странах] рассматриваются конкретные вопросы, касающиеся создания благоприятных условий для охраны здоровья и защиты прав всех подростков, в том числе девочек подросткового возраста, живущих с ВИЧ. К ним относятся рекомендации по предотвращению ранней беременности путем воздействия на такие факторы, как ранние браки, секс по принуждению, небезопасные аборты, доступ к средствам контрацепции и услугам по охране материнского здоровья для подростков. Эти рекомендации необходимо принимать во внимание при создании благоприятных условий для молодых женщин, живущих с ВИЧ, также как и для всех молодых женщин (68).

Ценности и предпочтения



Женщины, живущие с ВИЧ, отвечая на вопросы ГОЦП, подчеркнули, что девушкам и женщинам, живущим с ВИЧ, поддержка в сфере охраны СРЗП необходима в течение всей жизни. Они полагают, что для предотвращения сексуальных надругательств над детьми, в том числе детских и подростковых браков и вступления в половые отношения по принуждению или за вознаграждение, необходимы механизмы социальной защиты. Девочкам и молодым женщинам, живущим с ВИЧ, нужен доступ ко всей необходимой информации по таким вопросам, как изменения тела, менструация, половая зрелость, секс и сексуальность, контрацепция, а также планирование семьи и беременности; это особенно необходимо тем, кто переходит из детского здравоохранения под наблюдение служб для взрослого населения, при этом важно, чтобы услуги в этих службах предоставлялись без осуждения или принуждения и без требования получать согласие родителей. В дополнение к всестороннему половому просвещению (ВПП) девочек и молодых женщин, организуемому на базе школы и за ее пределами, необходимо, чтобы врачи и другие поставщики услуг проводили поведенческие вмешательства, построенные на принципе целостного, ориентированного на женщин и учитывающего культурные особенности оказания помощи на протяжении всей жизни, с тем чтобы в центре внимания была сама девушка или женщина, а не только вирус. Существует необходимость в обеспечении беспристрастности и высокого качества услуг, в том числе таких как консультирование по вопросам сексуального поведения и межличностных отношений. При оказании услуг незамужним или бездетным женщинам, а также лесбиянкам, бисексуальным и трансгендерным женщинам должны соблюдаться такие же стандарты внимательного отношения и помощи, как и по отношению к женщинам, состоящим в браке или имеющим детей (37).

b. Старение, менопауза и постменопаузальный период

НОВЫЙ принцип надлежащей практики по вопросам старения и здоровой половой жизни

ПНП А.2: Следует поддерживать выбор женщин, живущих с ВИЧ, во всем их многообразии, которые хотят состоять в безопасных и полноценных половых отношениях и получать удовлетворение от половой жизни в любом возрасте. С другой стороны, следует с пониманием относиться к решению тех женщин, живущих с ВИЧ, которые предпочитают отказаться от активной половой жизни.

Примечания

- Программы поддержки и консультирования в сфере сексуального здоровья должны разрабатываться силами, при участии и в интересах женщин, живущих с ВИЧ, в сотрудничестве с работниками здравоохранения, при этом необходимо представительство женщин из всех возрастных групп, в том числе соответствующих менопаузальному и постменопаузальному периодам.
- Необходимо поддерживать добровольный выбор женщин, живущих с ВИЧ, относительно половых отношений и предоставлять им информацию и ресурсы, которые позволят им вести безопасную и приносящую удовлетворение половую жизнь либо же воздерживаться от секса, в зависимости от их личных предпочтений, при этом консультативная помощь и поддержка должны учитывать принятое ими решение, их желания и потребности. Это касается всех женщин, в том числе и тех, кто уже вышел из репродуктивного возраста.
- В целях содействия осуществлению рекомендаций необходимо соответствующим образом подготовить лиц, оказывающих услуги по охране СРЗ и услуги в связи с ВИЧ, снабдить их должностными инструкциями, а также постоянно контролировать их деятельность в сфере консультирования и оказания поддержки по вопросам охраны сексуального здоровья и связанных с ним прав, в том числе и применительно к женщинам, вышедшим из репродуктивного возраста. В ходе подготовки необходимо научить работников здравоохранения, что говорить женщинам, у которых была диагностирована ВИЧ-инфекция, в отношении их сексуального поведения на протяжении всей жизни, а также применительно к тому этапу жизненного цикла, на котором они находятся. Возможно, что в рамках системы здравоохранения потребуются уделить особое внимание практической реализации этих рекомендаций, так как в целом работа лиц, предоставляющих услуги в связи с ВИЧ, направлена на обеспечение приверженности терапии и предотвращение передачи инфекции. В этом могут помочь такие мероприятия, как обновление учебной программы подготовки медицинских работников, проведение курсов повышения квалификации без отрыва от работы, руководство их деятельностью и предоставление должностных инструкций, а также подготовка учебных материалов в сотрудничестве с женщинами, живущими с ВИЧ, чтобы обеспечить защиту их интересов.
- Наложение уголовной ответственности за неразглашение ВИЧ-положительного статуса, передачу ВИЧ или создание опасности заражения ВИЧ-инфекцией для другого лица еще больше усложняет вопрос о вступлении в половые отношения для женщин, живущих с ВИЧ.

i. Общие сведения

Вопросы охраны СРЗ женщин, живущих с ВИЧ, меняются в зависимости от этапа жизненного цикла женщин. В большинстве программ по охране СРЗ и противодействию ВИЧ-инфекции внимание сосредоточено на женщинах репродуктивного возраста. Данных, относящихся к охране здоровья женщин в постменопаузальном периоде, недостаточно. В то время как некоторым женщинам с более ранним началом менопаузы соответствующие услуги требуются в сравнительно молодом возрасте, у большинства женщин репродуктивный период завершается гораздо позже и наступление менопаузы сопровождается появлением новых приоритетов и потребностей в сфере сексуального здоровья. Увеличение продолжительности жизни женщин — в том числе женщин, живущих с ВИЧ — означает, что все больше людей старше 50 лет заражаются ВИЧ-инфекцией и живут с ней. Им необходима поддержка в отношении сохранения здоровой половой жизни и принятия решений по вопросам сексуального здоровья.

ii. Препятствия

Научные исследования по изучению половых отношений и проблем старения среди людей старше 50 лет в основном проводились с участием ВИЧ-отрицательных групп населения. О мероприятиях по поддержке СРЗП, прежде всего здоровой сексуальности, в группе женщин более старшего возраста, живущих с ВИЧ, известно сравнительно мало. Предвзятое отношение или недостаточная осведомленность медицинских работников о важности сохранения приносящей удовлетворение половой жизни для женщин более старшего возраста приводит к неудовлетворительному оказанию помощи. Помимо этого, необходимы дальнейшие исследования по оценке возможного влияния наличия ВИЧ-инфекции или ее лечения на менопаузу. Связанная с ВИЧ стигматизация, проблемы раскрытия ВИЧ-статуса и принятия своего тела, а также возможная потеря полового влечения, наряду с другими проблемами, мешают развитию отношений и получению более безопасного сексуального опыта в группе женщин более старшего возраста, живущих с ВИЧ.

iii. Компоненты создания благоприятных условий

Услуги по охране СРЗ должны поддерживать здоровую половую жизнь на протяжении всей жизни, включая предоставление доступных и приемлемых услуг всем женщинам, живущим с ВИЧ, включая женщин более старшего возраста.

iv. Резюме доказательств и соображения относительно нового принципа надлежащей практики

Опираясь на результаты ГОЦП и учитывая отсутствие научных исследований по вопросам здоровой половой жизни в группе женщин более старшего возраста, живущих с ВИЧ, ГРР воспользовалась данными систематического обзора исследований, посвященных изучению связи между старением и сексуальным поведением или опытом интимных отношений в группе женщин, живущих с ВИЧ (69). В ходе обзора было обнаружено только четыре исследования, которые соответствовали критериям включения. В целом они показали, что хотя женщины, живущие с ВИЧ, теперь живут дольше и остаются в этот период сексуально активными, они по-прежнему сталкиваются с серьезными препятствиями на пути сохранения сексуальной активности и поддержания здоровых половых отношений.

Ценности и предпочтения

Женщины, живущие с ВИЧ — особенно женщины более старшего возраста, участвовавшие в ГОЦП — высказали опасения по поводу неблагоприятного влияния ВИЧ-инфекции и долгосрочной антиретровирусной терапии (АРТ) на проявления менопаузы. Они также указали на недостаточность того объема информации и услуг, связанных с охраной СРЗП, который доступен женщинам в постменопаузальном периоде. Они подчеркнули, что женщинам, живущим с ВИЧ, информация об охране СРЗП и соответствующая поддержка необходимы на протяжении всей жизни. Были выражены следующие потребности: получение информации о любых известных или потенциальных взаимодействиях между ВИЧ-инфекцией и (или) АРТ и проявлениями менопаузы; оказание надлежащей помощи и поддержки женщинам в период менопаузы; а также тематическая подготовка, повышение осведомленности и другие мероприятия по изменению стереотипов поведения, проводимые среди врачей и других поставщиков медицинских услуг в целях обеспечения оказания женщинам более старшего возраста комплексной помощи, ориентированной на женщин и учитывающей культурные традиции. Консультационные услуги по вопросам секса и половых отношений должны быть доступны женщинам любого возраста, в том числе женщинам-лесбиянкам, бисексуалкам и трансгендерам (37).



3.2.3 Расширение экономических возможностей и доступ к ресурсам

НОВЫЙ принцип надлежащей практики применительно к обеспечению продовольственной безопасности

ПНП А.3: Неотъемлемым компонентом оказания помощи женщинам, живущим с ВИЧ, является всесторонняя оценка ситуации с продовольственной безопасностью и обеспечение привязки к соответствующим службам.

Примечания

- Отсутствие продовольственной безопасности часто является серьезной проблемой для женщин, живущих с ВИЧ.
- К другим существенным трудностям, которые испытывают женщины, живущие с ВИЧ, относятся проблемы, связанные с ресурсами, в том числе плохое жилищное обеспечение и низкий социально-экономический статус.
- В состав ответных мер в отношении ВИЧ-инфекции должны входить многокомпонентные программы, направленные на борьбу с голодом, нищетой, неполноценным питанием и отсутствием продовольственной безопасности и способствующие расширению юридических и социальных прав женщин применительно к получению продовольственной помощи и доходов.
- Доступ к продовольствию имеет важное значение. Полезной и сравнительно недорогой мерой вмешательства является обучение устойчивому пищевому поведению. Оно должно включать сведения о продуктах, полезных для женщин, живущих с ВИЧ, например тех, которые обеспечивают полноценное питание и способствуют поддержанию нормальной массы тела. К другим возможным решениям относятся улучшение доступа к вмешательствам или услугам, направленным на общее расширение экономических возможностей и обеспечение социальной защиты, с тем чтобы обеспечить продовольственную безопасность и удовлетворить другие связанные с этим потребности, такие как обеспечение жильем и достижение экономической независимости. Одним из вариантов достижения этих целей является предоставление женщинам возможностей для получения доходов.
- Для предоставления комплексного пакета мер по оказанию помощи в сфере охраны СРЗ на основе принципа соблюдения прав человека необходимо многосекторальное сотрудничество.
- В регионах с высоким уровнем нищеты и отсутствием продовольственной безопасности, чтобы не создавать напряженность в отношениях между людьми, живущими с ВИЧ, и неинфицированными членами местного сообщества, которые так же нуждаются в пище, и чтобы избежать невольного подталкивания людей к заражению себя ВИЧ-инфекцией может понадобиться обеспечить равнозначную привязку к услугам на базе медицинских учреждений для каждого местного жителя. При проведении мероприятий по расширению экономических прав и возможностей и предоставлению услуг, обеспечивающих доступ к ресурсам, следует оценить общее положение каждой женщины, живущей с ВИЧ, и обеспечить ей привязку к другим соответствующим службам (при необходимости).

i. Общие сведения

ВИЧ-положительный статус может подразумевать отсутствие средств к существованию, глубокую нищету и недостаток экономических возможностей для удовлетворения основных потребностей и покрытия ключевых расходов. Это приводит к повышению уязвимости и ухудшению результатов охраны СРЗП. Поэтому вмешательства, направленные на расширение экономических прав и возможностей, борьбу с бедностью и обеспечение доступа к ресурсам (например, обеспечение жильем и продовольствием) дают возможность повысить статус женщин, живущих с ВИЧ, в их семейном кругу, облегчить их доступ к медицинской помощи и улучшить показатели здоровья. Аналогичным образом, правовые барьеры, связанные с полом или семейным положением, ограничивают возможности женщин по приобретению материальных благ посредством наложения ограничений на право собственности, наследование от умерших членов семьи или партнеров либо какими-либо другими путями. Кроме того, уязвимость социально-экономического положения женщин, живущих с ВИЧ, осложняет осуществление их сексуальных и репродуктивных прав. Такое встречается, например, в ситуациях, когда необходимость материально обеспечить свои базовые потребности или потребности детей ставит женщин в зависимость от партнеров, склонных к насилию или оскорбительным действиям или вынуждает их вступать в половые отношения за вознаграждение.

ii. Препятствия

Женщины, живущие с ВИЧ, сообщают о том, что остаются без надежных средств к существованию после распада отношений, смерти мужа, вследствие потери работы или дохода, связанной с проявлениями дискриминации и стигматизации на рабочем месте, а также в связи с нарушениями психического или физического здоровья, насилием со стороны интимного партнера или неблагоприятными побочными эффектами терапии. Экономическая зависимость вынуждает женщин продолжать отношения, в которых они подвергаются насилию, и удерживает их от получения лечения, что в итоге негативно сказывается на психическом здоровье женщин, живущих с ВИЧ.

Лечение ВИЧ-инфекции усиливает потребность в продовольственной безопасности, так как женщинам, живущим с ВИЧ, пища нужна не только для питания и поддержания здоровья, но и для поддержки начала и продолжения АРТ, а также для преодоления ее побочных эффектов. Согласно данным исследований, некоторые женщины ради получения доступа к продовольствию оказывают сексуальные услуги (61).

iii. Компоненты создания благоприятных условий

Вмешательства, направленные на расширение правовых и экономических возможностей женщин, живущих с ВИЧ, могут помочь им укрепить профессиональные навыки, обеспечить наставничество, поднять самооценку, укрепить чувство солидарности и сформировать навыки общения и обсуждения важных вопросов с половыми партнерами. Кроме того, такие вмешательства расширяют возможности женщин отстаивать их имущественные права и права наследования, чтобы они не были вынуждены полагаться на других в целях обеспечения экономической и продовольственной безопасности.

iv. Резюме доказательств и соображения относительно нового принципа надлежащей практики

Отсутствие продовольственной безопасности

Отсутствие продовольственной безопасности означает отсутствие полноценного питания. В группе людей, живущих с ВИЧ, наблюдается связь между отсутствием продовольственной безопасности и повышением уязвимости к ВИЧ-инфекции, ускоренным прогрессированием заболевания и неполным подавлением вирусной нагрузки. В ряде исследований было установлено, что именно отсутствие продовольственной безопасности заставляет женщин оказывать сексуальные услуги в обмен на еду и (или) другие ресурсы или становиться секс-работниками. Отсутствие продовольственной безопасности — это одна из множества серьезных проблем, связанных с ресурсами, с которыми сталкиваются женщины, живущие с ВИЧ. К их числу относятся также плохое жилищное обеспечение и низкий социально-экономический статус. ГПП оценила результаты систематического обзора, проведенного специально в ходе подготовки данного руководства, в котором рассматривались исследования, изучавшие влияние отсутствия продовольственной безопасности на распространенность рискованных форм сексуального поведения и уровень соблюдения режима АРТ в группе женщин, живущих с ВИЧ (70). В ходе обзора было выявлено пять исследований, соответствовавших критериям включения, в частности качественные и количественные данные исследований из Африки и Северной Америки, опубликованные в рецензируемой научной литературе. Были обнаружены четыре основные темы, имеющие отношение к проблеме отсутствия продовольственной безопасности: секс как средство выживания (т.е. коммерческий секс и секс за вознаграждение); отсутствие участия в принятии решений во взаимоотношениях; препятствие к началу и соблюдению режима АРТ; приверженность АРТ и состояние здоровья женщин.

Обеспечение жильем:

Услуги по обеспечению жильем могут иметь определяющее значение. Наличие жилья улучшает качество жизни женщин, так как в результате они получают безопасный дом, а те из них, кто пытается порвать отношения, в которых они подвергаются насилию, обретают безопасное пристанище, и, кроме того, это означает, что у женщин появляется место, где они могут хранить и принимать препараты, в том числе АРТ. Получению подобных преимуществ также способствует расширение имущественных и наследственных прав овдовевших женщин (прежде всего тех, кто потерял мужа вследствие ВИЧ-инфекции). Очень важно, чтобы предоставление продуктов питания и других услуг не приводило к стигматизации женщин, живущих с ВИЧ, и не повышало риск непреднамеренного раскрытия их ВИЧ-статуса.

Все больше данных свидетельствуют о важной роли программ социальной защиты среди мер по противодействию ВИЧ-инфекции (71). Учет специфики ВИЧ-инфекции в программах социальной защиты означает, что соответствующие мероприятия направлены не только на людей, живущих с ВИЧ или

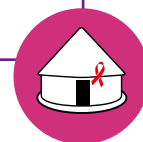
затронутых этой проблемой. При использовании подхода, учитывающего проблематику ВИЧ-инфекции, проводится совместное обслуживание людей, живущих с ВИЧ, и других ключевых групп населения, чтобы не оставлять без внимания те категории населения, которые так же плохо охвачены услугами. Согласно определению, социальная защита — это «все инициативы государства и частных лиц, направленные на обеспечение дохода и увеличение потребления среди малоимущих слоев населения, защиту уязвимых групп населения от угроз их средствам существования, повышение социального статуса и обеспечение прав маргинализированных групп. Основная цель этих мер состоит в снижении экономической и социальной уязвимости таких групп» (71).

Расширение экономических прав и возможностей людей, живущих с ВИЧ, в целях удовлетворения их базовых потребностей, в частности таких как обеспечение продовольствием, жильем и полноценным питанием, а также повышение эффективности лечения ВИЧ-инфекции, направленное на увеличение продолжительности и обеспечение высокого качества жизни — это ключевые компоненты сочетанных механизмов социальной защиты и противодействия ВИЧ-инфекции (71).

В то время как содействие расширению прав и возможностей и обеспечение доступа к ресурсам может улучшить благополучие людей на индивидуальном уровне, на структурном уровне нищета сопряжена с эпидемией ВИЧ и с проблемами сохранения здоровья и охраны СРЗП. Чтобы способствовать охране СРЗП женщин, живущих с ВИЧ, и других лиц, работники здравоохранения должны поддерживать соответствующие действия и меры политики и создавать коалиции со структурами социальной защиты в целях сокращения масштабов нищеты и улучшения доступа к ресурсам.

Ценности и предпочтения

Отвечая на вопросы ГОЦП, женщины, живущие с ВИЧ, постоянно обращали внимание на проблемы нищеты и на то, как тяжело она сказывается на состоянии психического, физического и сексуального здоровья. Наиболее серьезной проблемой (о которой сообщили %67 опрошенных женщин, живущих с ВИЧ) было отсутствие возможностей для трудоустройства. В ходе этого опроса был выявлен ряд связей между экономической незащищенностью и проблемами охраны СРЗП женщин, живущих с ВИЧ. Например, насилие в отношении женщин, живущих с ВИЧ, в частности лишение их имущественных и наследственных прав в случае вдовства, создает и усугубляет бедность и финансовую уязвимость; экономическая зависимость вынуждает женщин продолжать отношения, в которых они подвергаются насилию, а также отнимает у них право решающего голоса во взаимоотношениях при обсуждении важных вопросов и принятии решений, в том числе по вопросам секса и рождения детей. Уровень финансовой стабильности также влияет на решение женщин, живущих с ВИЧ, иметь или не иметь детей и если да, то в какие сроки, определяя возможность женщины обратиться в частные клиники по лечению бесплодия или воспользоваться услугами безопасного прерывания беременности. Шаткое финансовое положение сильнее сказывается на более маргинализированных группах женщин, живущих с ВИЧ, например таких, как секс-работницы и другие женщины, подверженные множественным факторам уязвимости. По мере старения женщин, живущих с ВИЧ, бедность вызывает у них все более серьезную тревогу, и прежде всего это касается бездетных, вдовствующих или одиноких женщин, а также тех, кто не имеет страхового или пенсионного обеспечения. Женщины хотят, чтобы медицинская помощь была доступной с финансовой точки зрения, включая такие услуги, как тестирование, консультирование, лечение и оказание помощи в связи с ВИЧ, а также услуги по охране СРЗ и психического здоровья. Опрошенные женщины подчеркнули, что для достижения этой цели необходимы следующие меры: увеличение числа медицинских центров, оказывающих услуги по лечению и оказанию помощи при ВИЧ-инфекции и по охране СРЗ, в сельской местности; предоставление доступа к медицинскому страхованию; лечение бесплодия по доступным ценам; и обеспечение того, чтобы расходы на транспорт и уход за ребенком не препятствовали доступу к услугам. Поскольку проблемы, с которыми сталкиваются женщины, живущие с ВИЧ, накладываются одна на другую, для их решения требуются многопрофильные команды, имеющие в составе наставников из числа равных, которые способны работать с различными секторами, занимающимися потребностями населения в связи с ВИЧ (37).



3.2.4 Интеграция услуг в сфере охраны СРЗП с услугами, связанными с ВИЧ

Существующие рекомендации по интеграции услуг

РЕК А.2: В условиях генерализованной эпидемии проведение АРТ среди беременных и родивших женщин и грудных детей, отвечающих соответствующим критериям, следует начинать и продолжать в рамках служб охраны здоровья матери и ребенка. При необходимости осуществляют привязку и направление пациентов в центры по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции для получения АРТ и непрерывной медицинской помощи.

(сильная рекомендация, очень низкое качество доказательств)

РЕК А.3: Службы оказания помощи при инфекциях, передаваемых половым путем (ИППП), и службы планирования семьи могут быть объединены с учреждениями по лечению ВИЧ-инфекции.

(условная рекомендация, очень низкое качество доказательств)

Существующие рекомендации по децентрализации услуг

РЕК А.4, А.5, А.6: Децентрализация лечения и оказания помощи при ВИЧ-инфекции должна рассматриваться как способ повышения доступности и удержания пациентов в программе лечения:

- **начало АРТ в больнице и продолжение АРТ в периферийных медицинских учреждениях**
(сильная рекомендация, низкое качество доказательств)
- **начало и продолжение АРТ в периферийных медицинских учреждениях**
(сильная рекомендация, низкое качество доказательств)
- **начало АРТ в периферийных медицинских учреждениях и продолжение терапии на уровне местного сообщества**
(сильная рекомендация, среднее качество доказательств)

Существующие рекомендации по перераспределению или разделению обязанностей

РЕК А.7: Обученные работники без специального образования, чья деятельность подлежит контролю, могут отпускать препараты для АРТ взрослым, подросткам и детям, живущим с ВИЧ.

(сильная рекомендация, низкое качество доказательств)

РЕК А.8: Квалифицированные медицинские работники среднего звена (медсестры, фельдшера, акушерки и т.д.) могут назначать АРТ первой линии.

(сильная рекомендация, среднее качество доказательств)

РЕК А.9: Квалифицированные медицинские работники среднего звена (медсестры, фельдшера, акушерки и т.д.) могут продолжать проведение АРТ.

(сильная рекомендация, среднее качество доказательств)

РЕК А.10: Обученные и работающие под контролем общественные работники здравоохранения могут отпускать пациентам препараты для АРТ в период между регулярными посещениями врача.

(сильная рекомендация, среднее качество доказательств)

Примечания

- Эти существующие рекомендации были перенесены в настоящее руководство из методического пособия ВОЗ 2016 г. «Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции. Рекомендации с позиции общественного здравоохранения, второе издание» (7).
- Важно обеспечить надлежащую подготовку поставщиков услуг, соответствующую принципам, изложенным в настоящем руководстве, так как в их работе необходимо учитывать особенности оказания помощи женщинам, живущим с ВИЧ.
- Дополнительную информацию можно найти в первоначальной публикации, доступной по веб-адресу: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/332848/Consolidated-guidelines-ARV-treating-preventing-HIV-2nd-edition-2016-ru.pdf.

НОВЫЕ принципы надлежащей практики применительно к интеграции услуг

ПНП А.4: Женщинам, живущим с ВИЧ, необходимо обеспечить доступ к комплексным и всеобъемлющим* услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья (СРЗ) и оказанию помощи при ВИЧ-инфекции, разработанным с учетом их нужд и потребностей.

ПНП А.5: Необходимо привлекать женщин, живущих с ВИЧ, к планированию и предоставлению этих услуг.

* Согласно определению, данному в руководстве ВОЗ 2004 г. «Стратегия в области репродуктивного здоровья в целях ускорения прогресса в направлении достижения международных целей и задач области развития», оказание всеобъемлющих услуг по охране СРЗ подразумевает следующие мероприятия: улучшение дородовой помощи, помощи при родах, после родов и помощи новорожденным; предоставление высококачественных услуг по планированию семьи, включая услуги по лечению бесплодия; ликвидация небезопасных аборт; борьба с инфекциями, передаваемыми половым путем, включая ВИЧ-инфекцию, инфекции половых путей, рак шейки матки и другие гинекологические заболевания; и укрепление сексуального здоровья (65).

Примечания

- Обе модели интеграции услуг, предусматривающие оказание помощи на месте либо активное направление пациенток в соответствующие службы, продемонстрировали положительные результаты. Таким образом, при выборе модели интеграции услуг следует ориентироваться на условия оказания помощи и учитывать возможности по устранению препятствий к получению услуг.
- Весь спектр услуг по планированию семьи и услуг в связи с ИППП целесообразно предоставлять на протяжении всех стандартных этапов оказания помощи при ВИЧ на регулярной основе, а не только при регистрации в системе оказания помощи или начале лечения.
- При интеграции услуг нужно принимать во внимание условия жизни женщин, в том числе необходимость оказания услуг в связи с гендерным насилием или другими проблемами со здоровьем.

i. Общие сведения

Интеграция услуг в сфере охраны СРЗ с услугами, связанными с ВИЧ, может улучшить результаты в отношении охраны СРЗП женщин. При таком объединении услуг признается важность наделения людей правом и возможностью принимать обдуманные решения в отношении их СРЗ и учитывается, что сексуальность играет крайне важную роль в жизни людей (72).

Всеобъемлющие и основанные на защите прав человека услуги по планированию семьи (ПС) — это центральный компонент комплексного пакета услуг в сфере охраны СРЗ и услуг в связи с ВИЧ, позволяющего женщинам с ВИЧ достигать их целей, связанных с деторождением, включая планирование более безопасной беременности, регулирование интервалов между наступлением желаемых беременностей и предотвращение нежелательной беременности.

Перечень основных услуг в сфере охраны СРЗП женщин, живущих с ВИЧ, подробно освещен во вставке 3.2. Эффективная тактика ведения случаев ВИЧ-инфекции также включает предоставление АРТ женщинам, живущим с ВИЧ, которые обращаются в службы планирования семьи (7). Повышение доступности или качества услуг не сможет обеспечить улучшение показателей здоровья, если не созданы безопасные благоприятные условия. Это диктует необходимость включить в пакет услуг по планированию семьи скрининг на гендерное насилие и протокол ведения соответствующих случаев, а также принять меры по предупреждению стигматизации. Абсолютно неприемлемы ситуации, когда поставщик услуг вынуждает или заставляет женщину принимать меры по предотвращению зачатия, если это не соответствует ее желанию. Необходимо проконсультировать женщину в отношении всех возможных вариантов контрацепции и планирования здоровой беременности, чтобы помочь ей сделать добровольный выбор. Объединение служб планирования семьи со службами оказания помощи при ВИЧ — это один из подходов к повышению доступности этих услуг для женщин и супружеских пар, живущих с ВИЧ.

В настоящее время важность увязывания охраны СРЗ с программами противодействия ВИЧ и СПИДУ получила широкое признание. Такие меры должны носить широкомасштабный характер, затрагивая не только сектор здравоохранения и прямое воздействие на здоровье, но и структурные и социальные детерминанты ВИЧ и СРЗ. На данный момент достигнуто международное соглашение в отношении

необходимости эффективного согласования мер реагирования на ВИЧ и охраны СРЗ, включая рекомендации по конкретным действиям, которые необходимо предпринять на политическом и системном уровнях, а также в сфере предоставления услуг (73).

Вставка 3.2: Основные услуги в сфере охраны СРЗП женщин, живущих с ВИЧ

- Информирование и консультирование женщин, направленные на поддержку их права принимать решения относительно деторождения, включая планирование желаемых и предупреждение нежелательных беременностей
- Эффективная тактика клинического ведения случаев ВИЧ-инфекции, направленная на улучшение состояния здоровья женщин независимо от их намерений относительно беременности
- Основанные на защите прав человека услуги и консультирование в сфере планирования семьи, в частности услуги контрацепции и скрининг и лечение бесплодия
- Скрининг на инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), и ведение выявленных случаев
- Ответные меры в связи с гендерным насилием (ГН)
- Меры по недопущению стигматизации и дискриминации при оказании услуг.

Источник: Межведомственная целевая группа по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции среди беременных женщин, матерей и их детей, 2012 г. (74).

ii. Препятствия

Женщины, живущие с ВИЧ, которые нуждаются в помощи в связи с ВИЧ-инфекцией, могут быть лишены возможностей регулярно обращаться за помощью или использовать услуги по охране СРЗ вследствие различных препятствий, таких как отсутствие осведомленности об услугах, большое расстояние до учреждений здравоохранения, неудобное расписание, дискриминация, гендерное насилие и ряд других. Это может повышать частоту неблагоприятных исходов в отношении СРЗ, в частности таких как наступление незапланированных, нежелательных или слишком частых беременностей, развитие запущенных ИППП и других. Используемая во многих странах вертикальная модель организации услуг, связанных с ВИЧ, может затруднять предоставление услуг по планированию семьи на базе учреждений, ориентированных на оказание помощи при ВИЧ. К числу возможных препятствий относятся отсутствие навыков или специальной подготовки у поставщиков услуг, отсутствие расходных материалов или информационных систем здравоохранения, необходимых для связывания этих услуг.

iii. Компоненты создания благоприятных условий

В целях достижения оптимальных результатов в отношении СРЗП женщин, живущих с ВИЧ, крайне важно обеспечить им доступ ко всей совокупности услуг по охране СРЗ, предлагаемых в уважительной благоприятной обстановке. Создание таких условий в медицинских учреждениях будет способствовать достижению хорошего уровня СРЗ.

iv. Резюме доказательств и соображения относительно новых принципов надлежащей практики

В то время как в предыдущем руководстве ВОЗ рассматривалась интеграция услуг в связи с ВИЧ в рамки служб по охране СРЗ (6), при разработке настоящего руководства были выполнены два обзора, предназначенные охарактеризовать различные модели интеграции услуг по охране СРЗ (услуги при ИППП и по ПС, соответственно) в программы лечения ВИЧ-инфекции. Для оценки этих моделей была использована группа сравнения. Кроме того, цель этих обзоров также состояла в синтезе доказательств в пользу положительных и отрицательных результатов применения данных моделей. В рамках этих двух обзоров интеграция услуг в сфере охраны СРЗ с услугами, связанными с ВИЧ, рассматривалась на уровне системы предоставления услуг, в отличие от политического или других уровней.

Интегрированные услуги в области СРЗ и ВИЧ могут включать следующие вмешательства: (i) услуги в связи с ИППП, такие как тестирование, лечение и синдромный подход к ведению случаев ИППП; (ii) услуги по ПС, в частности информирование, просвещение и коммуникация (ИПК), коммуникация, способствующая изменению моделей поведения (КИП), консультирование и оценка и (или) (iii) обеспечение требуемыми товарами медицинского назначения, непосредственно на месте оказания услуг или посредством направления в соответствующие службы. В обзорах рассматривали широкий круг исходов. Так, в обзоре по вопросам интеграции услуг по ПС и услуг в связи с ВИЧ (75) к *первичным исходам*, представленным в рассмотренных исследованиях, относились изменения уровня неудовлетворенных потребностей в услугах по ПС, использование современных методов контрацепции,

использование более эффективных методов, использование современного метода двойной защиты с применением презервативов, использование любых средств контрацепции и частота наступления нежелательной беременности. За вторичные исходы были приняты уровень знаний о методах контрацепции и отношение к их использованию, экономическая эффективность и степень удовлетворенности клиентов услугами. К современным методам контрацепции относились следующие методы: использование гормональных инъекционных или пероральных (таблетки) контрацептивов, внутриматочные средства контрацепции (ВМС), имплантаты, мужская или женская стерилизация, а также систематическое использование мужских или женских презервативов. Наиболее эффективными методами контрацепции считаются все современные методы за исключением использования презервативов. В обзоре по вопросам интеграции услуг в связи с ИППП и услуг в связи с ВИЧ (76) в качестве исходов рассматривали уровень использования услуг в связи с ИППП, частоту ИППП (повторные инфекции), степень удовлетворенности клиентов и качество услуг, а также уровень знаний и представлений работников здравоохранения в отношении услуг в связи с ИППП, предназначенных для женщин, живущих с ВИЧ.

Проанализировав эти доказательные данные, ГРР достигла консенсуса в отношении новых принципов надлежащей практики ПНП А.4 и ПНП А.5.

Медицинская помощь женщинам и девочкам, живущим с ВИЧ, в том числе из ключевых затронутых групп населения, должна входить в перечень предоставляемых услуг здравоохранения, быть физически и экономически доступной и включать интегрированные услуги по охране СРЗ. Необходимо проследить, чтобы при оказании интегрированных услуг женщинам, живущим с ВИЧ, всегда соблюдался принцип защиты прав человека, а именно, чтобы работники здравоохранения обязательно получали информированное согласие женщин на любые вмешательства, предлагали им все возможные варианты лечения с помощью АРТ и не принуждали их к прерыванию беременности, стерилизации или к началу лечения (77).

Особенности охраны СРЗП молодых женщин, живущих с ВИЧ и употребляющих инъекционные наркотики, представлены во Вставке 3.3.

Вставка 3.3. Особенности охраны СРЗП молодых женщин, живущих с ВИЧ, которые употребляют инъекционные наркотики

Интеграция услуг и доступ к ним

- Наличие отдельных служб, оказывающих услуги в связи с туберкулезом, ВИЧ, вирусными гепатитами, охраной СРЗ или другими аспектами снижения вреда, затрудняет молодым людям, употребляющим инъекционные наркотики, доступ к услугам, в которых они нуждаются (78).
- Согласно данным молодежной сети Youth RISE в Кыргызстане молодые женщины, употребляющие инъекционные наркотики, сообщили о том, что услуги по охране СРЗ очень важны для них, однако при обращении за этими услугами они сталкивались со стигматизацией (78).
- Беременные, употребляющие инъекционные наркотики, реже пользуются услугами дородовой помощи и услугами по профилактике перинатальной передачи ВИЧ-инфекции, по сравнению с беременными, не употребляющими наркотики, что повышает риск передачи ВИЧ от этих женщин новорожденным (79).
- Отрицательный опыт получения медицинских услуг — такой как предвзятое отношение работников здравоохранения, неуважительное обращение с молодыми людьми или ощущаемое отсутствие уединенности и конфиденциальности — отталкивает молодых людей, употребляющих наркотики, от обращения за помощью, в которой они нуждаются. Молодым людям, особенно девочкам и молодым женщинам, сложнее получить услуги по охране СРЗ в тех странах, где сохраняется консервативный общественный уклад.

Главные особенности оказания услуг подросткам, употребляющим инъекционные наркотики

- При подготовке и осуществлении всех программ и услуг, ориентированных на детей, употребляющих инъекционные наркотики (в том числе услуг в сфере ВИЧ и СРЗ), первоочередное внимание следует уделить наилучшему обеспечению интересов подростков и детей, в соответствии с Конвенцией о правах ребенка (80; Статья 1) и другими соответствующими международными договорами.

Ценности и предпочтения



Отвечая на вопросы ГОЦП, женщины, живущие с ВИЧ, подчеркнули, что медицинская помощь женщинам и девочкам, живущим с ВИЧ, должна входить в перечень предоставляемых услуг здравоохранения, быть физически и экономически доступной и включать интегрированные услуги по охране СРЗ. Опрошенные женщины сообщили о негативном опыте в связи с выбором методов контрацепции: многим из них поставщики услуг сказали, что они могут использовать только презервативы; остальных заставили или вынудили применять методы долгосрочной или постоянной контрацепции. Кроме того, иногда согласие на использование этих методов было условием получения других услуг, таких как безопасное прерывание беременности и оказание помощи после аборта или предоставление АРТ. При этом только около половины опрошенных женщин сообщили о том, что им была предоставлена практическая поддержка в связи с вопросами безопасного зачатия или осуществления их пожеланий, касающихся рождения детей, несмотря на то что во время общения с работниками здравоохранения эти темы обсуждались %70 времени. Женщины также сообщили, что насилие, которому они подвергаются, мешает достижению оптимальных результатов в отношении охраны СРЗП.

Женщины, живущие с ВИЧ, заявили, что в сфере услуг, связанных с беременностью и рождением детей, а также для обеспечения здоровой половой жизни следует предоставить им комплексную помощь и поддержку, основанные на принципах гуманности и безусловной заботы, а также возможность принимать обдуманные решения. Кроме того, они выразили потребность в том, чтобы работники служб здравоохранения и сообщество в целом считали нормальным их право беременеть и рожать детей, а также вступать в половые отношения и брак, а не относиться к этому как к опасному отклонению. Женщины хотят, чтобы у них была возможность выбирать, раскрывать ли свой ВИЧ-статус партнерам и если да, то когда именно, и чтобы они могли рассчитывать на соответствующую поддержку при условии, что они нуждаются в ней, и в тот момент, когда назревает эта потребность.

Женщины, живущие с ВИЧ, посоветовали организовать взаимное обучение, обмен знаниями и консультирование с тем, чтобы обеспечить доступ к информации, обучению и повышению осведомленности по вопросам рисков (дальнейшей передачи заболевания), безопасности и сексуального удовлетворения (применительно к ним самим и их партнерам), а также в целях повышения уверенности в своих силах и облегчения принятия самих себя. Женщинам, живущим с ВИЧ, необходимо иметь доступ к мужским и женским презервативам, лубрикантам и другим приспособлениям, предназначенным для повышения безопасности секса. Кроме того, им нужно приобрести навыки, помогающие договариваться с партнерами об их использовании (37).

3.2.5 Защита от насилия и обеспечение безопасности

Существующие рекомендации по защите от насилия и обеспечению безопасности

РЕК А.11: Женщинам, сообщаящим о перенесенном ими посягательстве сексуального характера со стороны любого лица или о любом акте насилия со стороны интимного партнера или другого члена семьи, следует незамедлительно предоставить помощь. В случаях, когда женщины сообщают о перенесенном ими насилии, работники здравоохранения должны, по меньшей мере, предоставить помощь первого ряда*. Если медицинские работники не в силах оказать помощь первого ряда, необходимо найти свободного специалиста, способного незамедлительно оказать такую поддержку (в том же или другом медицинском учреждении, в которое легко обратиться).
(сильная рекомендация, косвенные доказательства)

* Примечание: Необходимые действия:

- избегать оценочных суждений, демонстрировать поддержку и доверие к словам женщины
- предоставить практическую помощь и поддержку, исходя из потребностей женщины, при этом не навязывая помощь
- предложить женщине рассказать об опыте перенесенного насилия, внимательно выслушать ее, не оказывая давления и не заставляя отвечать (если используются услуги переводчика, к обсуждению болезненных тем следует подходить с особой осторожностью)
- предоставить сведения об имеющихся возможностях по оказанию помощи, включая правовые и прочие услуги, которые могли бы на взгляд женщины быть ей полезны
- при необходимости оказать женщине содействие в повышении ее собственной безопасности и безопасности ее детей
- предоставить социальную поддержку или способствовать ее предоставлению.

Необходимо обеспечить:

- отсутствие посторонних во время консультации
- гарантии конфиденциальности, уведомляя при этом женщину о возможных отступлениях от принципа конфиденциальности, например, если действует требование об обязательном сообщении о фактах насилия (81).

РЕК А.12: Если при оценке состояния здоровья женщины** у работников здравоохранения возникает подозрение, что нарушения здоровья могли быть вызваны или усугублены актами насилия со стороны интимного партнера, то в целях повышения эффективности диагностики, улучшения выявления таких случаев и оказания последующей помощи необходимо выяснить у женщины, не подвергается ли она насилию со стороны интимного партнера.
(сильная рекомендация, косвенные доказательства)

** Примечание: Примеры клинических состояний, связанных с насилием со стороны интимного партнера (НИП):

- симптомы депрессии, тревога, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), нарушения сна
- суицидальные наклонности или намеренное причинение себе вреда
- злоупотребление алкоголем и другими психоактивными веществами
- хронические желудочно-кишечные симптомы неустановленной этиологии
- симптомы нарушений со стороны репродуктивной системы неустановленной этиологии, включая тазовые боли и сексуальную дисфункцию
- нарушения репродуктивного здоровья, включая повторяющиеся случаи нежелательной беременности и (или) случаи прерывания беременности, позднее обращение в женскую консультацию при беременности, случаи неблагоприятного исхода родов
- мочеполовые симптомы неустановленной этиологии, включая частые инфекции мочевого пузыря или почек
- повторяющиеся вагинальные кровотечения и инфекции, передаваемые половым путем (ИППП)
- хронические боли (неустановленной этиологии)
- физические травмы, в частности, повторяющегося характера и с неправдоподобным или неясным объяснением
- нарушения центральной нервной системы: головные боли, когнитивные расстройства, нарушения слуха
- частые обращения за медицинской помощью без четкой постановки диагноза
- настойчивое желание партнера или мужа женщины присутствовать в ходе консультации (81).

Существующие рекомендации по защите от насилия и обеспечению безопасности (продолжение)

РЕК А.13: Медицинским работникам, в частности врачебному, сестринскому персоналу и акушеркам, следует предоставлять профессиональную подготовку начального уровня и курсы повышения квалификации без отрыва от работы по вопросам оказания помощи первого ряда женщинам, перенесшим насилие со стороны интимного партнера и сексуальные посягательства.

(сильная рекомендация, очень низкое качество доказательств)

РЕК А.14: Беременным, сообщаящим о фактах насилия со стороны интимного партнера, следует предоставлять краткий или средний по продолжительности (до 12 консультаций) курс информационного консультирования по вопросам их прав и возможностей, а также организовывать информационно-образовательную работу и обеспечивать необходимую поддержку, в том числе касающуюся вопросов безопасности. Такая деятельность должна осуществляться подготовленными специалистами, если это возможно в рамках действующей системы здравоохранения. Неясно, в какой степени данные меры можно применять вне системы оказания дородовой помощи и какова практическая выполнимость данной рекомендации в странах с низким или средним уровнем дохода.

(условная рекомендация, низкое качество доказательств)

РЕК А.15: Оказание помощи женщинам, подвергающимся насилию со стороны интимного партнера и сексуальным посягательствам, следует по мере возможности организовывать на основе существующих структур здравоохранения, не создавая для этого отдельные службы.

(сильная рекомендация, очень низкое качество доказательств)

РЕК А.16: Предъявлять к работникам здравоохранения требование обязательно сообщать о фактах насилия со стороны интимного партнера в правоохранительные органы не рекомендуется. Тем не менее, медицинским работникам следует обсудить с женщиной, пострадавшей от насилия, возможность сообщения о случившемся в компетентные органы (включая правоохранительные), если она сочтет это целесообразным и осведомлена о своих правах.

(сильная рекомендация, очень низкое качество доказательств)

Примечания

- Эти существующие рекомендации были перенесены в настоящее руководство из методического пособия ВОЗ 2013 г. «Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines» [Ответные меры на насилие со стороны интимного партнера и сексуальное насилие в отношении женщин: клинические и политические рекомендации] (81).
- Дополнительную информацию по темам всех вышеупомянутых существующих рекомендаций можно найти в исходной публикации, доступной по веб-адресу: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf.

Существующие принципы надлежащей практики применительно к защите от насилия и обеспечению безопасности

ПНП А.6: В партнерстве с организациями, представляющими интересы ключевых групп населения, следует принять меры по предотвращению и устранению насилия в отношении людей из ключевых групп населения. Все случаи насилия в отношении людей из ключевых групп населения следует отслеживать и регистрировать, а для обеспечения справедливости должны быть созданы соответствующие механизмы.

ПНП А.7: Медицинские и другие вспомогательные услуги должны предоставляться всем членам ключевых групп населения, которые подвергаются насилию. В частности, люди, пережившие сексуальное насилие, должны иметь своевременный доступ к всесторонним услугам, предназначенным для жертв изнасилования – в соответствии с руководящими принципами ВОЗ.

ПНП А.8: Сотрудников правоохранительных органов и работников служб здравоохранения и социальной помощи следует научить уважительно относиться к гражданским правам ключевых групп населения и защищать эти права. Кроме того, необходимо создать механизмы, обеспечивающие привлечение таких работников к ответственности, если они сами нарушают права ключевых групп населения, в том числе путем совершения насилия.

Примечания

- Эти существующие принципы надлежащей практики были перенесены в настоящее руководство из методического пособия ВОЗ «Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations – 2016 update» [Сводное руководство по ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения: профилактика, диагностика, лечение и оказание помощи. Обновление 2016 г.] (10).
- Ключевые группы населения включают группу женщин, живущих с ВИЧ.
- Дополнительную информацию по темам всех вышеупомянутых существующих принципов надлежащей практики можно найти в исходной публикации, доступной по веб-адресу: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246200/1/9789241511124-eng.pdf>

i. Общие сведения

Насилие в отношении женщин, живущих с ВИЧ, может принимать различные формы, в частности такие как физическое, сексуальное и психологическое насилие и различные формы контролирующего поведения со стороны интимного партнера (60). Данные исследований свидетельствуют о том, что насилие тесно связано с ВИЧ, и их взаимосвязь приводит к множественным негативным последствиям. Применительно к теме настоящего руководства важно отметить, что насилие может быть связано с ВИЧ-положительным статусом женщины (82). Согласно оценкам ВОЗ женщины, живущие с ВИЧ, подвергаются насилию по крайней мере в полтора раза чаще, чем другие женщины, что можно объяснить как тем, что насилие было причиной заражения ВИЧ-инфекцией, так и тем, что инфицирование женщины ВИЧ и раскрытие ВИЧ-статуса вызывало проявления насилия (83). Кроме того, зарегистрированы высокие уровни насилия по отношению к секс-работникам и трансгендерным женщинам, живущим с ВИЧ (10), и вероятно, что эти показатели даже занижены, особенно там, где отдельные группы населения или виды деятельности подвергаются уголовному преследованию или где отсутствуют механизмы правовой защиты (если речь идет о трансгендерных лицах). Насилие также ограничивает возможности женщины, живущей с ВИЧ, принимать и осуществлять решения, направленные на укрепление ее здоровья в сексуальной и репродуктивной сферах жизни, или пользоваться услугами по охране СПЗ и услугами в связи с ВИЧ, в том числе получать АРТ, а также соблюдать режим предписанного лечения. К тому же неблагоприятные психологические последствия насилия отрицательно сказываются на способности женщины заботиться о себе (82). Женщины, живущие с ВИЧ, могут сталкиваться с насилием и в медицинских учреждениях, в том числе с физическим насилием, агрессивным поведением медицинских работников и насильственными практиками, принятыми на институциональном уровне, такими как принудительная или насильственная стерилизация или исключение женщин из числа пользователей необходимых им медицинских услуг, например по лечению бесплодия.

На обзорном совещании в январе 2015 г. ГРП решила пересмотреть вопросы, посвященные проблеме насилия применительно к безопасному раскрытию ВИЧ-статуса (см. РЕК В.4–В.10, представленные в Главе 4, раздел 4.2.1), однако оставила другие существующие рекомендации по смежной тематике без изменений, поскольку сочла их современными и актуальными. Основные существующие рекомендации

(РЕК А.11–А.16) и принципы надлежащей практики (ПНП А.6–А.8) по вопросам обеспечения безопасности женщин, живущих с ВИЧ, представлены во вставках в начале этого подраздела, а другие рекомендации и руководящие указания по смежной тематике можно найти в процитированных публикациях.

ii. Препятствия

Насилие в отношении женщин, живущих с ВИЧ, подпитывается неравным соотношением сил между мужчинами и женщинами, а также предрассудками и дискриминацией в отношении ВИЧ-инфицированных женщин и женщин из других ключевых популяций, затронутых этой проблемой. Кроме того, на уязвимость к насилию влияют многие другие структурные факторы, например дискриминационные или суровые законы, отношения и действия полицейских, а также культурные и социальные нормы, которые как бы узаконивают стигматизацию и дискриминацию (10, 60). На уровне межличностных отношений женщины, живущие с ВИЧ, сталкиваются с насилием со стороны интимных партнеров или членов семьи после того, как они раскрывают свой ВИЧ-статус (см. также раздел 4.2.1), а также подвергаются жестокому обращению со стороны медицинских работников, такому как враждебное отношение и поведение или насильственная стерилизация (84).

iii. Компоненты создания благоприятных условий

Усилия, направленные на искоренение насилия в отношении женщин, живущих с ВИЧ, должны предприниматься не только сектором здравоохранения, но и другими секторами. Работая вместе, они должны создать благоприятные условия, способствующие физическому, сексуальному и эмоциональному благополучию женщин и их безопасности. К важнейшим составляющим таких условий относятся следующие факторы: наличие механизмов для регистрации и мониторинга случаев насилия; обучение женщин, живущих с ВИЧ, медицинских работников и других заинтересованных сторон по вопросам прав человека; укрепление ответственности работников правоохранительных органов и органов здравоохранения за их действия по предотвращению случаев насилия и нарушений прав человека и реагированию на них; а также корректирующие меры в отношении структурных элементов, которые потворствуют насилию, таких как гендерное неравенство в области принятия решений и доступа к ресурсам, вредные социальные нормы, несправедливые законы и меры политики, стигматизация и дискриминация (84). В некоторых местах насилие в отношении женщин остается широко распространенным явлением. Хотя надлежащие меры по искоренению насилия могут помочь улучшить охрану СРЗП всех женщин, особое внимание следует уделять женщинам, наиболее уязвимым к стигматизации и изоляции, в частности женщинам, живущим с ВИЧ, лесбиянкам, бисексуалкам и трансгендерным женщинам, а также женщинам, употребляющим наркотики или занятым в секс-бизнесе.

При внедрении вмешательств, направленных на обеспечение безопасности женщин, живущих с ВИЧ, в целях содействия улучшению СРЗ и реализации их прав необходимо руководствоваться определенными основополагающими ценностями. Созданию благоприятных условий для обеспечения безопасности женщин, живущих с ВИЧ, будут способствовать следующие меры:

- применение подхода, основанного на защите прав человека;
- уделение приоритетного внимания вопросам безопасности женщин и обеспечение конфиденциальности;
- обеспечение того, чтобы предпринимаемые усилия как минимум не наносили вреда женщинам, что подразумевает учет и предотвращение любых возможных отрицательных обратных реакций в ответ на меры по искоренению насилия, направленные на партнеров, членов семьи и сообщества женщин, подвергающихся насилию;
- содействие обеспечению гендерного равенства;
- уважительное обращение со всеми людьми; и
- содействие конструктивному участию женщин, живущих с ВИЧ, в усилиях, направленных на прекращение насилия и обеспечение безопасности (84).

Предотвращение насилия в отношении женщин, живущих с ВИЧ

Чрезвычайно важно обеспечить безопасность и предотвратить насилие в отношении женщин, живущих с ВИЧ, так же как и всех остальных женщин, во всех случаях, когда это возможно. Для этого необходимо принять следующие меры: внедрить вмешательства по изменению причиняющих вред гендерных норм, укоренившихся в сообществе; провести подготовку медицинских работников по экономическим и гендерным вопросам, влияющим на ситуацию с ВИЧ; содействовать принятию законов и мер политики, способствующих расширению прав и возможностей женщин, и включить мотивационное консультирование в комплекс мер, направленных на снижение риска заражения ВИЧ и популяризацию консультирования и тестирования в связи с ВИЧ (см. Вставку 3.4) (84).

Что касается роли законодательных и политических реформ, направленных на улучшение защиты прав и обеспечение безопасности всех женщин, в том числе женщин, живущих с ВИЧ, во всем их многообразии, могут применяться следующие подходы:

- информационно-разъяснительная деятельность, направленная на повышение осведомленности о механизмах отчетности и дисциплинарных мерах;
- проведение просветительских семинаров для людей, выполняющих ключевые функции в местных сообществах (должностные лица, полицейские, работники СМИ, работники здравоохранения, религиозные лидеры и т.д.);
- организация безопасных мест (убежищ) для женщин;
- создание систем раннего предупреждения и механизмов быстрого реагирования с привлечением женщин, живущих с ВИЧ, медицинских работников и сотрудников правоохранительных органов.

Вовлечение в эти мероприятия представителей местного сообщества также помогает создать каналы связи и сотрудничества между женщинами, живущими с ВИЧ, гражданскими служащими и полицией (10). К сожалению, некоторые виды правоохранительной практики могут увеличить риск насилия, с которым сталкиваются женщины, живущие с ВИЧ, особенно те из них, чья деятельность или поведение относится к правонарушениям или подлежит правовым санкциям, как, например, работа в секс-бизнесе или употребление наркотиков. Более того, иногда сотрудники правоохранительных органов сами могут быть людьми, совершающими такое насилие. Работа по улучшению отношений сотрудников правоохранительных органов может включать их подготовку по вопросам гражданских прав женщин, живущих с ВИЧ, а также принятие мер по повышению подотчетности работников правоохранительных органов за обеспечение соблюдения законов, основанных на защите прав человека (10).

Применительно к настоящему руководству, предназначенному для сектора здравоохранения, проблемы неуважительного и жестокого обращения с женщинами, живущими с ВИЧ, следует решать в рамках стратегии искоренения любых форм насилия.

Вставка 3.4. Инструмент для разработки программ, направленных на предотвращение насилия в отношении женщин в контексте противодействия ВИЧ

Конкретные идеи по противодействию насилию в целях создания более благоприятных условий для женщин представлены в следующем пособии:

«16 Ideas for addressing violence against women in the context of the HIV epidemic» [16 идей по борьбе с насилием в отношении женщин в контексте эпидемии ВИЧ] (84). В нем представлены конструктивные предложения по следующим направлениям деятельности: *integrating violence against women and HIV services*

- интеграция услуг в связи с насилием в отношении женщин и услуг, связанных с ВИЧ
- расширение прав и возможностей женщин
- преобразование социальных и культурных норм
- продвижение и внедрение законов и мер политики.

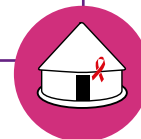
Поддержка лиц, подвергающихся насилию

Если при посещении служб по охране СПЗ или служб, связанных с ВИЧ, женщины, живущие с ВИЧ, сообщают работнику здравоохранения о том, что они подвергаются сексуальному насилию или насилию со стороны интимного партнера (НИП), то каждой из этих женщин необходимо предоставить помощь первого ряда в соответствии с руководством ВОЗ по ответным мерам на насилие со стороны интимного партнера и сексуальное насилие (81). Кроме того, женщинам, перенесшим сексуальное насилие, необходимо предоставить помощь, предназначенную для жертв изнасилования, в том числе услуги экстренной контрацепции; услуги по безопасному прерыванию беременности и оказанию помощи после аборта в полной мере, разрешенной законом (при необходимости); услуги по постконтактной профилактике заражения ВИЧ-инфекцией (ПКП) и скринингу на ИППП с предоставлением лечения при их выявлении; услуги по вакцинации против гепатита В; а также психологическую помощь и поддержку. В соответствии с руководствами ВОЗ (85, 86) этим женщинам в случае необходимости следует предложить медико-правовую помощь, в том числе медицинское освидетельствование, или направить их в соответствующие службы.

При проведении тестирования и консультирования в связи с ВИЧ работники здравоохранения должны спрашивать женщин, и особенно женщин с положительными результатами тестирования, о риске насилия со стороны интимного партнера. Женщинам, сообщившим о таком насилии, необходимо

провести лечение в соответствии с наиболее неотложными клиническими показаниями, в том числе лечение телесных повреждений, предложить им помощь первого ряда и социально-психологическую поддержку. Кроме того, необходимо оценить состояние их психического здоровья и предоставить им психиатрическую помощь в соответствии с клиническими и политическими рекомендациями ВОЗ по ответным мерам на насилие со стороны интимного партнера и сексуальное насилие (81) и рекомендациями разработанной ВОЗ Программы действий по ликвидации пробелов в области охраны психического здоровья (mhGAP) (87).

Ценности и предпочтения



Результаты ГОЦП позволили сделать один самый главный вывод: женщины, живущие с ВИЧ, сталкиваются с таким высоким уровнем насилия, что многие из них назвали его «невыносимым». Подавляющее большинство опрошенных, а именно %89 женщин, сообщили, что они подвергались насилию или опасались его в тех или иных обстоятельствах как до, так и после или вследствие постановки диагноза ВИЧ-инфекции. Этот диагноз действует как специфический фактор, провоцирующий проявления насилия со стороны интимного партнера и (или) членов семьи и местного сообщества. Кроме того, в результате такого диагноза женщины становятся объектами насилия в новом окружении, в частности, в медицинских учреждениях. Опрос позволил выявить частые случаи насилия и нарушений прав человека в медицинских учреждениях в отношении женщин, живущих с ВИЧ. К ним относились случаи нарушения конфиденциальности, когда медицинские работники раскрывали ВИЧ-положительный статус женщины или женщины сами были вынуждены сделать это, например при использовании услуг дородовой помощи. Такая практика не только сама по себе составляет нарушение прав человека, но и подвергает женщин риску насилия со стороны интимного партнера и бытового насилия. Кроме того, женщины сталкиваются с ограничением доступа к услугам по охране СПЗ, в частности такими как контрацепция, акушерская помощь и охрана материнства, лечение бесплодия и услуги по усыновлению (удочерению). Многие женщины, принявшие участие в опросе, сообщили о недостаточности или полном отсутствии поддержки после перенесенного ими насилия и (или) о случаях «повторной виктимизации» либо обвинениях в их адрес со стороны поставщиков услуг при обращении за помощью или правовой защитой.

Опрошенные женщины подчеркнули, что для женщин, живущих с ВИЧ, в том числе из ключевых затронутых групп населения, безопасность имеет первостепенное значение и мероприятия по обеспечению безопасности должны быть встроены во все системы и структуры ответных мер в отношении ВИЧ-инфекции, в том числе в руководства и меры политики. В частности, женщины призвали к следующим действиям:

- создание защитного правового поля, расширение прав и возможностей и обеспечение финансовой безопасности;
- повышение их осведомленности о своих правах и различных формах ГН, чтобы они могли распознавать и обозначать акты насилия и сообщать о них;
- проведение разъяснительной работы среди медицинских работников и сотрудников правоохранительных органов в отношении прав женщин, живущих с ВИЧ;
- расширение доступа всех женщин, перенесших насилие, к высококачественным услугам по оказанию поддержки жертвам ГН;
- создание эффективных механизмов подачи жалоб и правовой защиты;
- сокращение стигматизации и обеспечение защиты прав человека в системе медицинских служб, в том числе в отношении женщин, живущих с ВИЧ, из ключевых затронутых или уязвимых групп населения (см. также раздел 3.2.6);
- недопущение нарушений прав человека, в том числе таких как обязательное тестирование на ВИЧ, недобровольное раскрытие ВИЧ-статуса и принудительная или насильственная стерилизация;
- распространение сферы активности медицинского персонала за пределы медицинских учреждений, направленное на продвижение и обеспечение связей с программами на базе местного сообщества;
- оказание поддержки, направленной на противодействие межличностному насилию; и
- предоставление вариантов лечения и поддержки, таких как убежища (приюты), возможности для получения доходов или другие варианты (37).

Другим важным направлением работы является мониторинг и регистрация случаев насилия, позволяющие получить доказательные данные для использования в ходе информационно-разъяснительной деятельности и для разработки и совершенствования соответствующих программ. Регистрация уровня

насилия, с которым сталкиваются женщины, живущие с ВИЧ, часто служит первым шагом в деле повышения осведомленности общественности в этой области. При этом документальная регистрация случаев насилия должна проводиться с соблюдением этических принципов — при условии получения согласия женщины и обеспечения конфиденциальности, чтобы не поставить под угрозу ее безопасность.

3.2.6 Принятие и вовлечение в жизнь общества

Существующий принцип надлежащей практики применительно к внедрению мер политики, направленных на борьбу с дискриминацией и стигматизацией и на защиту всех граждан

ПНП А.9: При проведении любых мер, направленных на мониторинг ситуации со стигматизацией, на противодействие дискриминации в отношении ключевых групп населения или на коррекцию репрессивных правовых и социальных норм, лицам, определяющим политику, парламентариям и руководителям служб общественного здравоохранения следует сотрудничать с организациями гражданского общества.

Примечания

- Этот существующий принцип надлежащей практики был перенесен в настоящее руководство из методического пособия ВОЗ «Сводное руководство по ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения: профилактика, диагностика, лечение и оказание помощи. Обновление 2016 г.» (10).
- Кроме того, необходимо особо отметить следующий важнейший способствующий фактор: «Странам следует прилагать усилия для реализации и обеспечения соблюдения антидискриминационных и защитных законов, основанных на уважении прав человека и направленных на устранение стигматизации, дискриминации и насилия в отношении людей из ключевых групп населения» (10).
- Дополнительную информацию по этому принципу надлежащей практики и способствующему фактору можно найти в исходной публикации, доступной по веб-адресу: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246200/1/9789241511124-eng.pdf>.

Существующие принципы надлежащей практики применительно к оказанию услуг, учитывающих особенности ключевых групп населения и основанных на принципах доброжелательного отношения к ним

ПНП А.10: Медицинские работники должны регулярно проходить курсы переподготовки, в том числе с целью повышения их осведомленности о потребностях ключевых групп населения, для того чтобы они обладали навыками, знаниями и пониманием проблемы, необходимыми для эффективного оказания услуг взрослым и подросткам из ключевых групп населения на основе таких принципов, как право всех людей на здоровье, конфиденциальность и недопущение дискриминации.

ПНП А.11: Рекомендуются приложить усилия к тому, чтобы контрацептивы были доступными по цене для всех, включая подростков, и чтобы законодательство и политика поддерживали меры по обеспечению доступа к контрацепции для неблагополучных и маргинальных групп населения.

Примечания

- Эти существующие принципы надлежащей практики были перенесены в настоящее руководство из методического пособия ВОЗ «Сводное руководство по ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения: профилактика, диагностика, лечение и оказание помощи. Обновление 2016 г.» (10).
- Ключевые группы населения включают группу женщин, живущих с ВИЧ.
- Дополнительную информацию можно найти в первоначальной публикации, доступной по веб-адресу: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246200/1/9789241511124-eng.pdf>.

i. Общие сведения

Женщины, живущие с ВИЧ, часто становятся и (или) опасаются стать жертвами насилия, проявляемого в форме стигматизации, дискриминации и негативного отношения со стороны родственников, местного сообщества и работников здравоохранения. Такие явления широко распространены во многих медицинских сообществах, учреждениях здравоохранения и правоохранительных органах. Нередко подобные проявления стигматизации и дискриминации процветают в обстановке безнаказанности, подкрепляемой отсутствием национального законодательства и мер политики, противодействующих дискриминации, и (или) наличием подзаконных нормативных актов, криминализирующих и налагающих санкции на определенные формы поведения, действия или события, такие как половые отношения между взрослыми людьми одного пола по обоюдному согласию, употребление наркотиков для личного пользования, работа в секс-индустрии и создание риска заражения или передача ВИЧ.

ii. Препятствия

Обусловленные ВИЧ стигматизация и дискриминация женщин, живущих с ВИЧ, могут приводить к снижению уровня использования услуг по охране СПЗ и услуг, связанных с ВИЧ, и ухудшению приверженности АРТ (88, 89).

В то время как стигматизация часто проявляется на уровне межличностных отношений, как внутри, так и за пределами сектора здравоохранения, стигматизация и дискриминация могут принимать различные формы. Непонимание медицинскими работниками потребностей, приоритетов, прав и нарушений здоровья, свойственных женщинам, живущим с ВИЧ, а также того, какие вмешательства им необходимы, приводит к тому, что они плохо подготовлены к удовлетворению потребностей и учету приоритетов женщин в отношении охраны здоровья. Это также способствует закреплению стигматизирующих и дискриминирующих подходов при оказании услуг, вплоть до отказа медицинских работников предоставлять услуги таким группам населения. Меры политики, поддерживающие практики стигматизации или не противодействующие им, могут приводить к «нормализации» дискриминации. Например, вместо того чтобы ограничивать возможности женщин, живущих с ВИЧ и желающих предотвратить беременность, использовать услуги по планированию семьи, программы должны предлагать женщинам весь спектр доступных вариантов контрацепции и оказывать им поддержку в выборе оптимального метода из тех, которые они предпочитают.

На практике часто отмечается пересечение различных форм стигматизации в отношении женщин, живущих с ВИЧ: стигматизация, обусловленная ВИЧ, накладывается на стигматизацию, связанную с другими социально неблагополучными идентичностями, такими как принадлежность к лесбиянкам, бисексуалкам или трансгендерным лицам, наличие психических расстройств, употребление наркотиков или работа в секс-индустрии. Это приводит к дальнейшей маргинализации женщин, живущих с ВИЧ, и разрыву связей с сообществом, к которому они относятся, а также к формированию сложного комплекса стигматизации, дискриминации и насилия, направленных на них (52).

iii. Компоненты создания благоприятных условий

Усилия по снижению стигматизации и дискриминации на национальном уровне, такие как принятие мер политики, противодействующих дискриминации и обеспечивающих защиту прав всех женщин, живущих с ВИЧ, могут способствовать созданию благоприятных условий на уровне межличностных отношений и внутри сообщества, в частности в системах здравоохранения и правосудия (90). Любые меры и стратегии наиболее эффективны, когда они направлены на одновременное устранение индивидуальных, институциональных и общеполитических факторов, прямо или косвенно способствующих стигматизации и дискриминации (91). В рамках программ – как внутри, так и за пределами сектора здравоохранения – следует внедрить меры упреждающего реагирования, направленные на обеспечение безопасности, в том числе политику и кодексы поведения, противодействующие стигматизации и дискриминации, а также меры повышения осведомленности поставщиков услуг и членов местного сообщества по вопросам защиты прав человека. В целях обеспечения практического внедрения и соблюдения стандартов необходимо проводить мониторинг и контроль соответствующей деятельности. Кроме того, для женщин, живущих с ВИЧ, должны быть предусмотрены механизмы анонимного сообщения о тех случаях, когда при обращении за медицинской помощью они сталкиваются с проявлениями стигматизации, негативного отношения, резкими высказываниями или оскорбительными вопросами в свой адрес и (или) другими формами дискриминации.

Предоставление услуг, учитывающих особенности женщин, живущих с ВИЧ, и основанных на принципах доброжелательного отношения к ним

Важно обеспечить наличие, доступность и приемлемость медицинских услуг для женщин, живущих с ВИЧ, при этом такие услуги должны опираться на принципы медицинской этики, недопущения стигматизации и дискриминации и соблюдения права всех людей на здоровье (22), а также учитывать конкретные потребности и приоритеты женщин (90). При оказании услуг и проведении вмешательств в группе женщин, живущих с ВИЧ, следует соблюдать принципы ориентации на интересы женщин, доброжелательного отношения к пациенткам и соблюдения прав человека, уделяя особое внимание таким аспектам, как доступность, квалификация и надлежащее отношение персонала.

Конструктивное участие инструкторов из представителей ключевых групп населения в организации услуг может помочь создать более безопасную среду обращения за помощью для женщин, живущих с ВИЧ, из разных сообществ. Внедрение стратегий, поощряющих поддержку со стороны общественных работников и групп взаимопомощи, может содействовать повышению готовности к началу лечения, масштабов его использования, приверженности назначенной терапии и удержанию пациентов в программе оказания помощи на протяжении всей жизни. Кроме того, такие стратегии содействуют сокращению стигматизации и дискриминации и снижают уровень насилия, обусловленного раскрытием ВИЧ-статуса (77).

Система социальных норм и запретов, касающихся сексуальной ориентации, половой идентичности, гендера, сексуальности, сексуального и репродуктивного здоровья, создает атмосферу стыда, вины и замалчивания проблем. В таких условиях женщины, живущие с ВИЧ, чувствуют себя в изоляции и могут усвоить подобное негативное восприятие, начать стыдиться себя, что приводит к развитию психических расстройств, например депрессии и прекращению заботы о себе. Кроме того, отсутствие медицинских услуг, обеспечивающих конфиденциальность и непредвзятое отношение, не позволяет женщинам, живущим с ВИЧ, получать информацию и необходимые товары медицинского назначения, а также рассчитывать на поддержку при выражении их потребностей и забот в сфере СПЗ. Наличие безопасных пространств (и в сфере здравоохранения, и в сфере социальных услуг), а также обеспечение конфиденциальности и недопущение стигматизации поощряют женщин, живущих с ВИЧ, обращаться за услугами, в которых они нуждаются (10). Дополнительная информация по вопросам профессиональной подготовки, повышения осведомленности и улучшения отношения работников здравоохранения представлена во Вставке 3.5.

Вставка 3.5. Подготовка, повышение осведомленности и улучшение отношения работников здравоохранения

Для обеспечения инклюзивности медицинских услуг нужно принять меры по соответствующей подготовке, повышению осведомленности и улучшению отношения поставщиков услуг и других сотрудников сферы здравоохранения и социальной защиты. Работа в этом направлении может принимать различные формы, включая следующие: додипломное и последипломное обучение; создание соответствующих механизмов поддержки, наставничества и надзора по месту работы; разработка и внедрение организационных норм недопущения дискриминации и открытости для всех.

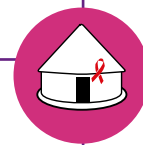
Отношение персонала. Поставщики услуг здравоохранения, работающие со взрослыми или подростками из ключевых групп населения, должны соблюдать принципы непредвзятости, поддержки, отзывчивости и уважительного отношения и понимать те трудности, с которыми сталкиваются женщины, живущие с ВИЧ. Целесообразно (в сотрудничестве с представителями ключевых групп населения) разработать программы подготовки персонала, направленные на повышение осведомленности работников здравоохранения по вопросам, касающимся обращения с женщинами, живущими с ВИЧ, и обучить их применять недискриминационные подходы и практики, а также соблюдать права ключевых групп населения на здоровье, конфиденциальность, информированное согласие и медицинскую помощь без принуждения.

Навыки и умения. Важно, чтобы медицинские работники умели учитывать особые потребности ключевых групп населения и оказывать качественные услуги, чтобы они знали, какие вмешательства, инструменты и материалы могут предоставить соответствующую информацию, могли проконсультировать в отношении мер по снижению риска заражения ВИЧ и понимали, как содействовать соблюдению режима лечения и удержанию пациента в системе медицинской помощи.

Усовершенствование и поддержание надлежащих навыков и отношения поставщиков услуг — это непрерывающийся процесс, состоящий из многих компонентов, например таких, как официальные учебные мероприятия, разработка и внедрение должностных инструкций и стандартных операционных процедур, поддерживающее руководство, курсы повышения квалификации и наставничество. Междисциплинарные тренинги и использование междисциплинарных подходов в работе могут укрепить связи с поставщиками медицинских услуг на базе местного сообщества, что создает лучшие условия для своевременного направления пациентов в соответствующие службы и надлежащего последующего наблюдения. Очень важно, прежде всего в условиях кадрового дефицита, чтобы все поставщики услуг (в том числе консультанты без специального образования) прошли обучение, посвященное особым потребностям подростков, так как это увеличивает возможности перераспределения функций в случае необходимости.

Источник: ВОЗ, 2016 г. (10).

Ценности и предпочтения



Женщины и девочки, живущие с ВИЧ, из ключевых затронутых групп населения, в частности секс-работницы, женщины, которые употребляют наркотики, в том числе инъекционные, лесбиянки, бисексуалки и другие женщины, практикующие секс с женщинами, трансгендерные женщины и женщины-инвалиды (помимо прочих), во многом сталкиваются с теми же проблемами, что и все остальные женщины и девочки, живущие с ВИЧ, — проблемами, основанными на гендерном неравенстве, консервативных представлениях и стигматизации, дискриминации и насилии в связи с ВИЧ. Тем не менее, общественные представления о гендерных ролях и других нормах и ценностях могут играть особую роль в конкретных обстоятельствах их жизни, создавая дополнительные уровни социальных и структурных барьеров на пути доступа к услугам и отстаивания прав человека. Для поддержки прав этих женщин, принадлежащих к ключевым группам населения, необходимо предпринять следующие действия:

- повысить осведомленность медицинских работников и других поставщиков услуг об особых потребностях и правах женщин любого возраста, живущих с ВИЧ, и в частности тех, кто употребляет наркотики, занят в секс-индустрии и (или) относится к лесбиянкам, бисексуалкам, трансгендерам и интерсексуалам, с тем чтобы устранить стигматизацию и дискриминацию по причине ВИЧ-статуса, употребления наркотиков, секс-работы, сексуальности, гендерной идентичности или возраста;
- обеспечить непрерывность лечения и оказание комплексной помощи женщинам, содержащимся под стражей или отбывающим тюремное заключение;
- улучшить доступ женщин, употребляющих наркотики, к программам снижения вреда;
- отменить законы, предусматривающие уголовную ответственность за создание риска заражения или передачу ВИЧ, а также криминализирующие употребление наркотиков для личного пользования, работу в индустрии секса и однополые отношения;
- обеспечить, чтобы уполномоченные должностные лица считали своей обязанностью принимать меры по устранению препятствий на пути доступа женщин, живущих с ВИЧ, во всем их многообразии, к услугам по охране СПЗ (37).

3.2.7 Расширение прав и возможностей местных сообществ

Существующие рекомендации по оказанию помощи женщинам, живущим с ВИЧ, которые сами относятся к медицинским работникам

РЕК А.17: Медицинским работникам, нуждающимся в лечении ВИЧ-инфекции или туберкулеза (ТБ), такое лечение должно быть предоставлено бесплатно. При отсутствии клиники для персонала и (или) возможности получения АРТ в медицинском учреждении, где работает сотрудник, а также при нежелании медицинских работников проходить лечение по месту работы необходимо всячески способствовать тому, чтобы соответствующие услуги предоставлялись в удобном месте, без проявлений стигматизации, с учетом гендерных аспектов и соблюдением конфиденциальности.
((сильная рекомендация, слабые доказательства (неубедительные данные))

РЕК А.18: Необходимо разработать новые или укрепить существующие меры политики по предупреждению дискриминации в отношении медицинских работников, страдающих ВИЧ-инфекцией или ТБ, а также проводить мероприятия, направленные на снижение проявлений стигматизации со стороны коллег и руководителей.
(сильная рекомендация, среднее качество доказательств)

Примечания

- Эти действующие рекомендации были перенесены в настоящее руководство из публикации 2013 г. «Joint WHO/ ILO policy guidelines on improving health worker access to prevention, treatment and care services for HIV and TB» [Совместные руководящие принципы ВОЗ и МОТ в области политики для улучшения доступа медицинских работников к услугам по профилактике, лечению и оказанию помощи в связи с ВИЧ и ТБ] (92). В этих руководящих принципах затронуты важные вопросы обеспечения применимости рекомендаций по вопросам охраны СРЗП к ВИЧ-инфицированным женщинам, работающим в сфере здравоохранения.
- В этой же публикации отмечается, что «несмотря на то, что медицинские работники находятся на передовой национальных программ по ВИЧ, они сами часто не имеют надлежащего доступа к услугам в связи с ВИЧ» (92).
- Дополнительную информацию можно найти в первоначальной публикации, доступной по веб-адресу: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44467/1/9789241500692_eng.pdf.

Существующий принцип надлежащей практики применительно к расширению прав и возможностей местных сообществ

ПНП А.12: Необходимо внедрить программы по повышению правовой грамотности ключевых групп населения и предоставлению им юридических услуг, чтобы они знали свои права и соответствующие законы, а в случаях нарушения своих прав знали, как и где можно получить поддержку в рамках системы правосудия.

Примечания

- Этот существующий принцип надлежащей практики был перенесен в настоящее руководство из методического пособия ВОЗ «Сводное руководство по ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения: профилактика, диагностика, лечение и оказание помощи. Обновление 2016 г.» (10).
- Ключевые группы населения включают группу женщин, живущих с ВИЧ.
- Дополнительную информацию можно найти в первоначальной публикации, доступной по веб-адресу: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246200/1/9789241511124-eng.pdf>.

i. Общие сведения

Под расширением прав и возможностей сообщества понимают наделение членов сообщества более широкими полномочиями по контролю над их собственной жизнью (84). Некоторые женщины, живущие с ВИЧ, являются лидерами в области содействия охране СРЗП ВИЧ-положительных женщин. Доказали свою эффективность ряд программ по организации взаимной поддержки в целях предоставления женщинам, живущим с ВИЧ, безопасного пространства и формирования у них жизненно необходимых навыков, обеспечения безопасности, наращивания активов и установления связей женщин с социальной сетью, в которой можно найти наставников и положительные ролевые модели. Женщины, живущие с

ВИЧ, считают, что такие возможности являются необходимым условием улучшения результатов охраны их СРЗП. Помимо этого, решающее значение для достижения подобной цели имеет расширение прав и возможностей женщин, живущих с ВИЧ, включая предоставление им активной роли в принятии решений относительно их собственного здоровья. Сообщества играют важную роль как в разработке основанных на доказательствах мер политики (посредством предоставления фактических данных с мест), так и в обеспечении эффективного практического осуществления принятой национальной политики и активного использования услуг.

ii. Препятствия

Во многих случаях женщины, живущие с ВИЧ, не могут или почти не могут контролировать факторы риска нарушений СРЗ, которые во многом зависят от правового, политического или социального поля и обстоятельств их частной жизни. Например, у них может не быть достаточно влияния, чтобы убедить половых партнеров систематически использовать презервативы в целях предотвращения нежелательной беременности или заражения ИППП. Такая ограниченность прав и возможностей женщин еще больше усугубляется, если они не осведомлены о своих законных гражданских правах, в частности об их праве на здоровье и о том, что нужно делать, если эти права нарушаются.

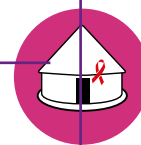
iii. Компоненты создания благоприятных условий

Расширение возможностей местного сообщества – это коллективный процесс, который позволяет женщинам, живущим с ВИЧ, принимать меры, направленные на устранение структурных ограничений в отношении охраны здоровья, обеспечения прав человека и благополучия; проводить необходимые социальные, экономические и поведенческие преобразования, а также содействовать улучшению доступа к услугам здравоохранения. Расширение прав и возможностей местных сообществ может способствовать более широкому охвату услугами, предназначенными для женщин, живущих с ВИЧ, и повышению эффективности этих услуг, а также обеспечивать достижение положительных результатов по широкому кругу задач, таких как улучшение условий жизни женщин, разработка стратегий вмешательств в области охраны СРЗ и предоставление правовой защиты при нарушении прав человека. Расширение прав и возможностей местных сообществ может быть реализовано в различных формах, таких как конструктивное участие в разработке, принятии решений, практическом осуществлении и мониторинге услуг; обучение по принципу «равный-равному»; реализация программ по повышению уровня правовой грамотности и предоставлению юридических услуг; содействие созданию групп взаимной поддержки, а также подготовка программ, проведение исследований и оказание услуг под руководством представителей тех же групп населения (10).

Женщины, живущие с ВИЧ, — это весьма разнообразное и неоднородное сообщество. Поэтому для обеспечения эффективности вмешательств в области здравоохранения необходимо учитывать это многообразие, а также правовые, политические, социальные и медико-санитарные условия, в которых живут женщины. Гибкость, оперативность, адаптируемость и устойчивость программ имеют важнейшее значение для успеха инициатив по расширению прав и возможностей местных сообществ.

Кроме того, нужно улучшить политику, касающуюся доступа к услугам здравоохранения и соответствующей информации. Обеспечение надлежащей осведомленности женщин, живущих с ВИЧ, об их юридических правах и правах человека, и, в частности, о том, что их право на здоровье подразумевает право на получение соответствующей информации, может расширить их пользование медицинскими услугами. Поскольку женщины, живущие с ВИЧ, часто становятся объектом эксплуатации, маргинализации, криминализации, стигматизации и дискриминации, особенно необходимы программы, направленные на ознакомление женщин с их законными правами и правами человека, в том числе с соответствующими законами, защищающими их интересы, а также с тем, где и как можно получить юридические услуги и сообщить о нарушениях их прав. Повысить уровень осведомленности женщин можно с помощью таких мер, как повышение грамотности в вопросах здоровья, половое просвещение и проведение программ поддержки (93). Будучи лучше информированными, объединения женщин, живущих с ВИЧ, смогут эффективнее организовать отстаивание своих прав и повышение уровня осведомленности об их правах и приоритетах, а также о политике и правовых вопросах, которые в значительной мере затрагивают их интересы (90, 94, 95). Более подробная информация о поддержке на уровне законодательства и политики представлена в разделе 3.2.8.

Ценности и предпочтения



Опрошенные женщины неоднократно говорили о преимуществах установления связей с другими женщинами, живущими с ВИЧ, так как, по их мнению, это имеет основополагающее значение для их способности принять поставленный им диагноз ВИЧ-инфекции и положительный серологический статус, найти в себе силы раскрыть его другим людям, справиться с нарушениями психического здоровья, осознать свои права, получать удовольствие от половых отношений и принимать положительные решения в отношении беременности и рождении ребенка, среди прочего. Женщины также указали на важность взаимной поддержки при выявлении случаев, подлежащих правовой защите, и обращении за ней в ответ на перенесенные ими проявления насилия и другие формы нарушений прав человека. Участницы опроса подчеркнули необходимость инвестиций в развитие сетей и организаций женщин, живущих с ВИЧ, которые смогут обеспечить им взаимную поддержку, безопасное пространство и консультирование, а также тренинги по приобретению лидерских и пропагандистских навыков, необходимых для устранения структурных барьеров, в частности гендерного неравенства, стигматизации, дискриминации и архаичных культурных норм (37).

3.2.8 Поддержка на уровне законодательства и политики и обеспечение доступа к правосудию

Существующие принципы надлежащей практики применительно к декриминализации и назначению наказания в связи с ВИЧ

ПНП А.13: Страны должны работать в направлении декриминализации таких форм поведения, как употребление наркотиков (в том числе инъекционных), работа в сфере сексуальных услуг, гомосексуальные отношения и нестандартные проявления гендерной идентичности, а также ликвидации несправедливого применения гражданских законов и норм в отношении людей, употребляющих наркотики (в том числе инъекционные), секс-работников, мужчин, практикующих секс с мужчинами, и трансгендерных лиц.

ПНП А.14: Странам следует приложить усилия для создания альтернативных мер построения отношений с потребителями наркотиков, секс-работниками и людьми, имеющими гомосексуальные контакты, которые не должны быть связаны с лишением свободы.

Примечания

- Эти рекомендации имеют отношение к женщинам, живущим с ВИЧ, которые употребляют наркотики (в том числе инъекционные), работают в сфере сексуальных услуг, состоят в гомосексуальных отношениях или относятся к трансгендерным лицам. Они были перенесены в настоящее руководство из методического пособия ВОЗ «Сводное руководство по ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения: профилактика, диагностика, лечение и оказание помощи. Обновление 2016 г.» (10).
- Дополнительную информацию можно найти в первоначальной публикации, доступной по веб-адресу: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246200/1/9789241511124-eng.pdf>.

Существующие принципы надлежащей практики применительно к мерам политики в отношении возраста согласия и законодательству, касающемуся подростков

ПНП А.15: Странам предлагается изучить имеющееся законодательство относительно возраста согласия и рассмотреть вопрос о его пересмотре в сторону уменьшения возрастных барьеров для получения услуг, относящихся к ВИЧ-инфекции, а также расширить возможности поставщиков услуг действовать в интересах подростков.

ПНП А.16: Рекомендуются, чтобы услуги по охране сексуального и репродуктивного здоровья, включая информацию и услуги по контрацепции, предоставлялись девочкам подросткового возраста без обязательного получения разрешения от родителей и опекунов (или их уведомления).

Примечания

- Эти существующие принципы надлежащей практики, имеющие отношение к трансгендерным женщинам, живущим с ВИЧ, были перенесены в настоящее руководство из методического пособия ВОЗ «Сводное руководство по ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения: профилактика, диагностика, лечение и оказание помощи. Обновление 2016 г.» (10).
- Дополнительную информацию можно найти в первоначальной публикации, доступной по веб-адресу: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246200/1/9789241511124-eng.pdf>.

Существующие принципы надлежащей практики применительно к трансгендерным лицам

ПНП А.17: Странам следует разрабатывать стратегии и законы, направленные на декриминализацию гомосексуальных отношений и нетрадиционных форм гендерной идентичности.

ПНП А.18: Странам следует приложить усилия для того, чтобы обеспечить юридическое признание трансгендерных лиц как представителей «третьего» пола.

ПНП А.19: В отношении трансгендерных людей юридическое признание предпочитаемой гендерной идентичности и нового имени может иметь важное значение в контексте борьбы со стигматизацией, дискриминацией и невежеством относительно многообразия гендерных идентичностей. Такое признание со стороны медицинских служб может содействовать повышению доступности, использования и предоставления услуг по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции.

Примечания

- Эти существующие принципы надлежащей практики, имеющие отношение к трансгендерным женщинам, живущим с ВИЧ, были перенесены в настоящее руководство из методического пособия ВОЗ «Сводное руководство по ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения: профилактика, диагностика, лечение и оказание помощи. Обновление 2016 г.» (10).
- Дополнительную информацию можно найти в первоначальной публикации, доступной по веб-адресу: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246200/1/9789241511124-eng.pdf>.

i. Общие сведения

Многие страны взяли на себя юридические обязательства соблюдать приверженность ряду международных соглашений и документов, принятых на основе консенсуса, по защите интересов и прав людей, живущих с ВИЧ. Однако на практике многие законы и меры политики не соответствуют международным нормам и стандартам в области прав человека. Например, во многих странах установлена уголовная ответственность за непреднамеренное заражение ВИЧ-инфекцией другого лица или же отсутствует законодательство, обеспечивающее защиту женщин, живущих с ВИЧ, от сексуального насилия. Более того, даже там, где действуют надлежащие законы, для их практической реализации необходимы политическая приверженность работе в данном направлении, выделение достаточных ресурсов, наращивание потенциала структур, ответственных за поддержание и обеспечение соблюдения соответствующих законов, а также создание систем привлечения к ответственности при их нарушении.

ii. Правовые барьеры

Нередко вместо того, чтобы содействовать доступу женщин и девочек, живущих с ВИЧ, к соответствующим услугам, законодательство и меры политики на национальном уровне ограничивают доступ, а в ряде случаев даже налагают на них репрессивные санкции. Шестьдесят процентов стран сообщили о наличии законов, нормативно-правовых актов или правил, которые препятствуют предоставлению эффективных услуг в связи с ВИЧ-инфекцией многим женщинам, живущим с ВИЧ (96). В частности, более чем в 100 странах криминализированы некоторые или все виды секс-работы (96).

Несмотря на то, что наличие у человека ВИЧ-инфекции само по себе не свидетельствует о том, что заражение произошло половым путем, эти люди часто подвергаются дискриминации по признаку положительного ВИЧ-статуса на основе предположений, что им присущи такие формы сексуального поведения, которые в обществе часто считаются неприемлемыми (23). Криминализация передачи ВИЧ, неразглашения ВИЧ-положительного статуса и создания опасности заражения ВИЧ-инфекцией для другого лица еще больше усложняет женщинам, живущим с ВИЧ, возможность вступить в нормальные половые отношения (97). Существуют дифференцированные подходы к наложению уголовной ответственности за заражение другого лица ВИЧ-инфекцией, но особенно остро эти законы сказываются на женщинах, так как они зачастую узнают о наличии у них ВИЧ раньше своих партнеров, поскольку чаще обращаются в службы здравоохранения. Органы по правам человека призвали государства обеспечить, чтобы фактическое или предполагаемое состояние здоровья индивидуума, в том числе ВИЧ-статус, не являлось препятствием для реализации его прав человека. Использование ВИЧ-статуса как основания для дифференцированного обращения с людьми в том, что касается доступа к услугам здравоохранения, образованию, занятости, возможности совершать поездки, социальному обеспечению, жилью и возможности получения убежища, ограничивает права человека и представляет собой дискриминацию (98).

Кроме того, во многих странах трансгендерные лица не признаются законом, в результате чего они сталкиваются с ограничительной политикой, регулирующей гендерную идентичность и ее выражение (96). Во многих странах репрессивные законы в отношении употребления наркотиков предусматривают суровые наказания за владение небольшим количеством наркотиков для личного пользования, а в законодательстве некоторых стран содержится требование о принудительном лишении свободы людей, которые употребляют инъекционные или иные наркотики, с целью «лечения» (96). Что касается женщин, живущих с ВИЧ, которые находятся в пенитенциарных и закрытых учреждениях, то во многих таких учреждениях услуги по охране СПЗ и услуги в связи с ВИЧ либо низкого качества, либо полностью отсутствуют.

Несмотря на некоторое различие законодательства, во многих странах или правовых системах подростки до 18 лет с юридической точки зрения считаются несовершеннолетними, и, следовательно, для получения медицинской помощи, в том числе в связи с охраной СПЗ или ВИЧ-инфекцией, им требуется согласие родителей. Такие законы и политика препятствуют доступу подростков к услугам здравоохранения или отталкивают их от обращения за помощью (64). Эти ограничения создают сложные дилеммы для поставщиков услуг, которые, стремясь действовать в лучших интересах подростков, в то же время могут беспокоиться по поводу как собственной правовой ответственности, так и безопасности их молодых клиентов.

iii. Компоненты создания благоприятных условий

Законы и меры политики могут содействовать защите прав женщин в связи с ВИЧ – как тех, кто живет с ВИЧ, так и тех, кто подвержен риску ВИЧ-инфицирования. Правовые реформы — такие как декриминализация употребления наркотиков и определенных форм сексуального поведения, в частности коммерческого секса и половых отношений между взрослыми людьми по обоюдному согласию, а также юридическое признание статуса трансгендерных лиц и формирующейся правоспособности детей и подростков — имеют решающее значение в превращении враждебного окружения женщин, живущих с ВИЧ, в благоприятную среду. Особое внимание должно быть уделено включению таких правовых реформ в рамки любого пересмотра стратегий или программ, предназначенных для женщин, живущих с ВИЧ. Например, во многих странах хранение, использование и продажа чистых игл и шприцев или хранение презервативов продолжает оставаться достаточным основанием для ареста. Там, где существует такая практика, она нуждается в пересмотре.

Решающее значение для обеспечения СПЗП женщин, живущих с ВИЧ, и, по сути, всех людей, живущих с ВИЧ или наиболее затронутых этой проблемой, имеет внедрение законов и мер политики, которые не налагают уголовную ответственность за формы поведения, связанные с передачей ВИЧ.

В целях поддержки здоровья и благополучия женщин, живущих с ВИЧ, чье сексуальное поведение, употребление наркотиков, гендерное самовыражение или предполагаемая сексуальная ориентация в настоящее время криминализованы, может потребоваться изменить законодательство и принять новые стратегии и охранительные законы в соответствии с международными стандартами в области прав человека. Имеющиеся препятствия к получению основных медицинских услуг нельзя устранить без внедрения охранительных мер политики и декриминализации таких ситуаций и форм поведения, как передача ВИЧ и создание опасности заражения ВИЧ-инфекцией для другого лица, работа в секс-бизнесе, хранение наркотиков и однополые половые отношения, так как в противном случае многие женщины, живущие с ВИЧ, будут опасаться, что обращение за медицинской помощью повлечет за собой неблагоприятные правовые последствия (99).

Улучшение доступа к правосудию и правовая поддержка женщин, живущих с ВИЧ

Необходимо внедрить политику и процедуры, обеспечивающие безопасность женщин, живущих с ВИЧ, решивших сообщить о нарушениях их прав, таких как дискриминация, нарушение правил получения информированного согласия, нарушение врачебной тайны и отказ от предоставления медицинских услуг. Например, можно обучить некоторых женщин, живущих с ВИЧ, выполнять функции помощников юристов, а сеть женщин, живущих с ВИЧ, может стать третьей стороной, подающей жалобы (10). При внедрении мер, содействующих доступу женщин к правосудию в ответ на акты насилия в отношении женщин и другие нарушения их прав, самое важное — обеспечить безопасность и соблюдение конфиденциальности, а также предоставить женщине выбор и возможность самостоятельно принять решение о том, желает ли она сообщать о перенесенном акте насилия в полицию. Если женщина хочет заявить о случившемся в полицию, то в целях содействия ее доступу к правосудию работникам здравоохранения следует предложить ей помощь и направить ее на судебно-медицинское освидетельствование для получения вещественных доказательств — в случае необходимости и в соответствии с руководством ВОЗ (84, 100). Однако не следует требовать от них делать это в обязательном порядке.

Правоохранительные органы

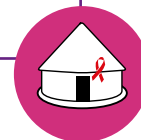
Правоохранительные органы могут играть важную роль в обеспечении соблюдения прав человека в отношении женщин, живущих с ВИЧ. Работники полиции должны регулярно проходить тематическую подготовку, посвященную тому, как поддерживать доступ женщин к основным медицинским услугам — или по крайней мере как не препятствовать ему. Внедрение систем, способствующих продвижению передового опыта работы правоохранительных органов и обеспечивающих безопасные механизмы сообщения о случаях нарушения прав человека, будет содействовать обеспечению защиты общественного здоровья и гражданских прав всех людей силами органов полиции. Как уже упоминалось выше, к сожалению, некоторые виды правоохранительной практики или персонал правоохранительных органов могут причинять вред женщинам, живущим с ВИЧ. Деятельность правоохранительных органов должна содействовать соблюдению прав женщин, живущих с ВИЧ, а также обеспечению внутренней подотчетности работников правоохранительных органов за соответствие правоохранительной деятельности принципам защиты прав человека (10).

Доступ к услугам по охране СПЗ и услугам в связи с ВИЧ для женщин, живущих с ВИЧ, которые содержатся под стражей или находятся в местах лишения свободы

Общая численность людей, находящихся в местах лишения свободы и других закрытых учреждениях, превышает 10 миллионов мужчин и женщин. При этом ежегодно между пенитенциарными учреждениями и сообществом перемещается около 30 миллионов человек. По оценочным данным, в мировом масштабе распространённость ВИЧ-инфекции, других ИППП, гепатита В и С и ТБ среди заключённых в 10-2 раз выше, чем среди общего населения. В местах лишения свободы рискованные формы поведения, повышающие риск заражения ВИЧ (например, небезопасные половые контакты, употребление инъекционных наркотиков, нанесение татуировок), дополняются рядом факторов, связанных с характерной для учреждений такого типа инфраструктурой, структурой управления и системой уголовного правосудия, которые также способствуют повышению риска заражения ВИЧ-инфекцией, гепатитом В и С и ТБ. В связи с неблагоприятными условиями нахождения в пенитенциарных учреждениях, включая скученность, распространённость сексуального насилия и употребления наркотиков, а также отсутствие доступа к средствам профилактики ВИЧ-инфекции, таким как презервативы и лубриканты, риск передачи ВИЧ в этих местах очень высок. В некоторых условиях уровень распространённости ВИЧ среди женщин, находящихся в местах лишения свободы, выше, чем среди мужчин, и намного выше, чем среди женщин в общей популяции (10).

В подобных учреждениях часто наблюдается низкий уровень доступности программ по оказанию помощи и лечению в связи с ВИЧ-инфекцией. Лишь в отдельных странах в местах лишения свободы осуществляются комплексные программы противодействия ВИЧ-инфекции. Важно отметить, что помимо потребности в таких услугах в местах лишения свободы и других закрытых учреждениях, нужно создать механизмы, обеспечивающие привязку каждого ВИЧ-положительного человека после его освобождения из тюрьмы к услугам в связи с ВИЧ в местном сообществе.

Ценности и предпочтения



Женщины, живущие с ВИЧ, отвечая на вопросы ГОЦП, сообщили, что законы, предусматривающие уголовную ответственность за определенные виды деятельности, лишают их желания проходить тестирование на ВИЧ или обращаться за услугами по охране СРЗ и услугами в связи с ВИЧ, а также подрывают усилия женщин, живущих с ВИЧ, по защите их собственного здоровья и здоровья других людей. Они подчеркнули, что поддержка со стороны законодательства расширяет возможности женщин, живущих с ВИЧ, пользоваться услугами, способствующими улучшению их здоровья и реализации прав, что в свою очередь позволяет им защищать их партнеров и детей от дальнейшей передачи ВИЧ-инфекции. И наоборот, репрессивные законы и меры политики, криминализирующие передачу ВИЧ и создание опасности заражения ВИЧ-инфекцией для другого лица, а также употребление наркотиков, коммерческий секс и половые отношения между взрослыми людьми одного пола по обоюдному согласию, не только препятствуют доступу женщин к услугам по охране СРЗП и услугам в связи с ВИЧ, но и превращают их в угрозу для общества — в людей, которых следует остерегаться. Это усугубляет уже существующие стигматизацию и дискриминацию со стороны местного сообщества. Опрошенные женщины призвали декриминализовать передачу ВИЧ или создание риска заражения ВИЧ-инфекцией для другого лица, а также употребление наркотиков, коммерческий секс и однополые половые отношения. В то же время они призвали укрепить законы, направленные на защиту всех женщин, в том числе женщин, живущих с ВИЧ, от всех форм насилия, в том числе и от изнасилования на свидании и супружеского изнасилования, а также расширить законы и меры политики в области защиты и соблюдения прав людей, живущих с ВИЧ.

Представителям директивных органов и государственным деятелям (при конструктивном участии женщин, живущих с ВИЧ) следует рассмотреть и, в случае необходимости, скорректировать законы, меры политики и практические подходы с тем, чтобы поддержать деятельность по расширению доступа женщин, живущих с ВИЧ, к услугам здравоохранения (37).

Глава 4. Медицинские вмешательства: рекомендации и принципы надлежащей практики

В этой главе рассматриваются медицинские вмешательства в сфере охраны сексуального и репродуктивного здоровья и защиты прав (СРЗП) женщин, живущих с ВИЧ, сгруппированные по шести типам услуг в том порядке, в котором они представлены в данной главе:

1. Консультирование и поддержка в сфере охраны сексуального здоровья
2. Услуги в связи с насилием в отношении женщин
3. Услуги по планированию семьи и лечению бесплодия
4. Услуги в области оказания дородовой помощи и охраны материнского здоровья
5. Услуги по безопасному прерыванию беременности; и
6. Услуги по оказанию помощи при инфекциях, передаваемых половым путем (ИППП), и услуги по предупреждению рака шейки матки.

В каждом из этих разделов представлены новые и (или) существующие рекомендации (РЕК) и существующие принципы надлежащей практики (ПНП), а также основные сведения по каждому типу услуг. Вместе с НОВЫМИ рекомендациями приведены резюме доказательств и соответствующие соображения ГРР. В процессе создания настоящего документа Руководящая группа ВОЗ по подготовке руководства (РГ) выявила восемь тематических областей, в отношении которых требовалось разработать новые РЕК или ПНП (см. Главу 2, раздел 2.4). Четыре из этих тем рассматриваются в настоящей главе (темы под номерами 4, 2, 1 и 5 из вышеприведенного списка), а остальные четыре — в Главе 3. Шесть новых РЕК, включенных в настоящее руководство, представлены в четырех подразделах этой главы (они помечены как «НОВЫЕ»): 4.1.1 Расширение прав и возможностей женщин и их самоэффективность; 4.2.1 Безопасное раскрытие ВИЧ-статуса; 4.4.1 Кесарево сечение и 4.5.1 Безопасное прерывание беременности. Соответствующие результаты Глобального опроса о ценностях и предпочтениях (ГОЦП), отражающие приоритеты женщин, живущих с ВИЧ, также приведены в каждом подразделе и включены в описание новых РЕК.

4.1 Консультирование и поддержка в сфере охраны сексуального здоровья

4.1.1 Расширение прав и возможностей женщин и их самоэффективность

НОВАЯ РЕКОМЕНДАЦИЯ ПО ВОПРОСАМ РАСШИРЕНИЯ ПРАВ И ВОЗМОЖНОСТЕЙ ЖЕНЩИН И ПОВЫШЕНИЯ ИХ САМОЭФФЕКТИВНОСТИ

РЕК В.1: В целях максимального улучшения состояния здоровья и осуществления прав женщин, живущих с ВИЧ, ВОЗ рекомендует проводить вмешательства, направленные на повышение самоэффективности и расширение прав и возможностей женщин в сфере охраны сексуального и репродуктивного здоровья и соблюдения соответствующих прав.
(сильная рекомендация, низкое качество доказательств)

Примечания

- Необходимо обеспечить конструктивное участие женщин, живущих с ВИЧ, на всем протяжении подготовки, практического осуществления и оценки этих вмешательств, включая консультации с женщинами и их привлечение к планированию, разработке, проведению и мониторингу данных мероприятий. Такой подход увеличит их актуальность, приемлемость и, вероятно, доступность и эффективность. Тем не менее, ответственность за проведение этих вмешательств лежит на системе здравоохранения и не должна возлагаться исключительно на женщин, живущих с ВИЧ.
- Может потребоваться уделить особое внимание вопросам преодоления бесправия, маргинализации и изоляции женщин, живущих с ВИЧ, в том числе из ключевых групп населения, которые усугубляются вследствие направленных на них пересекающихся форм стигматизации, дискриминации и насилия — часто поддерживаемых принятым законодательством, которое накладывает на женщин уголовную ответственность или не защищает их.
- Неравенство и дисбаланс в сфере влияния между мужчинами и женщинами, не позволяющие женщинам, живущим с ВИЧ, осуществлять их сексуальные и репродуктивные права, действуют на разных уровнях. Необходимо не только поддерживать женщин на индивидуальном уровне с тем, чтобы они могли повысить свою самоэффективность и расширить свои права и возможности, но и рассмотреть внедрение на межличностном и общественном уровнях, а также на уровне местного сообщества вмешательств, направленных на преобразование этих норм. Меры по обеспечению доступа женщин к улучшенным экономическим возможностям, продовольствию, жилью и другим ресурсам способствуют укреплению их способности принимать решения и осуществлять свои права. Расширение экономических возможностей женщин обсуждается в Главе 3 этого руководства (см. раздел 3.2.3).
- Дополнительные соображения по вопросам расширения прав и возможностей женщин, живущих с ВИЧ, можно найти в следующем инструменте для разработки программ: «16 Ideas for addressing violence against women in the context of the HIV epidemic» [16 идей по борьбе с насилием в отношении женщин в контексте эпидемии ВИЧ] (84).

i. Общие сведения

Женщины, живущие с ВИЧ, часто испытывают на себе несправедливость гендерных норм и отсутствие равноправия в отношениях между мужчинами и женщинами, которые мешают им осуществить их намерения в отношении сексуального и репродуктивного здоровья (СРЗ) и реализовать соответствующие права. Они сталкиваются с такими препятствиями, как ограничение доступа к услугам здравоохранения, ограничение возможности реализовать свою волю в рамках системы здравоохранения, а также бесправие при взаимодействии с половыми партнерами и другими членами местного сообщества. Бесправие женщин, живущих с ВИЧ, часто имеет сложную структуру, включая несправедливые гендерные нормы, которые отстраняют женщин от участия в принятии решений, и стигматизацию и маргинализацию, сопровождающие ВИЧ-положительный статус. Эти проблемы влияют на модели поведения и выбор женщин, живущих с ВИЧ, в области СРЗ. Внедряя вмешательства по расширению прав и возможностей и повышению самоэффективности женщин, службы здравоохранения и медицинские работники могут способствовать достижению хороших результатов в отношении СРЗП. Стратегии, направленные на расширение прав и возможностей женщин, способны положительно повлиять на качество жизни, самостоятельность, а также здоровье женщин, их детей и членов семьи.

ii. Резюме доказательств и соображения относительно новой рекомендации

На обзорном совещании, состоявшемся в январе 2015 г., Группа по разработке руководства (ГРП) решила пересмотреть вмешательства по улучшению самооффективности и расширению прав и возможностей женщин. Вопрос в формате PICO (популяция, вмешательство, сравнение, исходы) по данной теме состоял в следующем: **Какие вмешательства способствуют расширению прав и возможностей женщин, живущих с ВИЧ, и их самооффективности в области принятия решений о более безопасном сексуальном и репродуктивном поведении? Самооффективность — это «вера человека в собственные способности к реализации действий, необходимых для достижения конкретных результатов производимых усилий» (101).** Согласно определению Всемирного банка, расширение прав и возможностей — это «процесс расширения возможностей отдельных лиц или групп делать выбор и преобразовывать этот выбор в желаемые действия и результаты» (102). В систематический обзор по данной теме, проведенный в процессе подготовки настоящего руководства, вошли исследования с участием женщин в возрасте старше 10 лет, живущих с ВИЧ, в которых использовалась группа сравнения. Эти исследования были отобраны в результате поиска в рецензируемой научной и неопубликованной («серой») литературе. Научный интерес представляли следующие исходы: самооффективность; расширение прав и возможностей или другие критерии повышения способности женщин принимать решения в отношении СРЗ; модели поведения, касающиеся СРЗ; исходы в отношении СРЗ, такие как частота случаев инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), беременность и другие (103).

Результаты

В ходе обзора было обнаружено 20 исследований (17 рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), два квазиэкспериментальных исследования и одно исследование типа «случай—контроль»), в которых проводилась оценка десяти вмешательств и их международных адаптаций в пяти странах: Нигерии, Южной Африке, США, Замбии и Зимбабве. Вмешательства проводились в формате обсуждений или консультаций индивидуально или в небольших группах, а в одном случае использовались учебные модули на основе компьютерных технологий. Исследования различались между собой по содержанию и форме проведения вмешательств. Как правило, в них входили от 2 до 11 занятий, на которых обсуждались следующие вопросы: чувство гордости за принадлежность к своему полу; пользование социальными сетями, оказывающими поддержку; поведенческие факторы риска передачи ВИЧ; коммуникация и умение договариваться с партнером о более безопасном сексе; использование презервативов; навыки поведения в отношениях с партнером, склонным к насилию; цели и ценности; профилактика перинатальной передачи ВИЧ; рациональное питание и приверженность лечению. Каждое вмешательство было основано на соответствующей теоретической базе или подходе, в частности таких как когнитивно-поведенческая методика управления стрессом, социальная когнитивная теория, теория гендера и власти; теория аргументированных действий; мотивационное консультирование и теория стадийности изменений. Вмешательства проводились силами медицинских сестер, психологов и лиц, проводящих обучение по принципу «равный равному».

В рамках данной темы интерес представлял широкий круг исходов (см. Приложение 3), включая те, которые регистрировались в рассмотренных исследованиях: частота возникновения новых случаев ИППП, уровень использования презервативов, уровень использования противозачаточных средств, самооффективность в отношении умения договариваться с партнером об использовании презервативов, самооффективность в отношении коммуникации по вопросам сексуального поведения, а также соотношение сил во взаимоотношениях. Частоту возникновения новых случаев ИППП оценивали в двух исследованиях с использованием одинакового набора вмешательств, адаптированных к различным условиям. Согласно полученным данным, наблюдалось статистически значимое снижение частоты случаев хламидиоза, гонореи и трихомониаза. Показатели изменения частоты бактериального вагиноза оказались статистически незначимыми. Хотя в исследованиях применяли различные способы измерения уровня использования презервативов, в целом отмечалось повышение частоты использования или отсутствие каких-либо изменений, при этом исходная частота их применения была достаточно высока. Несмотря на определенную противоречивость полученных данных, в ряде исследований обнаружили повышение самооффективности в отношении умения договариваться с партнером об использовании презервативов, а также достижение более справедливого соотношения сил во взаимоотношениях после завершения вмешательств.

Оценка потенциального вреда от проводимых вмешательств не проводилась. Основная цель многих вмешательств состояла в снижении уровня рискованных форм сексуального поведения, однако расширение прав и возможностей женщин и повышение их самооффективности рассматривалось либо

как дополнительная цель, либо как способ достижения основной цели. Это указывает на необходимость проведения дополнительных сравнительных исследований по оценке вмешательств, направленных на расширение прав и возможностей женщин, живущих с ВИЧ, в области достижения хорошего уровня СРЗ, под которым подразумевается здоровая половая жизнь, планирование семьи, получение дородовой помощи, предотвращение ИППП и небезопасных аборт, а также свобода осуществления сексуальных и репродуктивных прав.

Качество доказательств, на которые опираются рекомендации

Качество доказательств по данной теме является низким. ГРР понизила качество доказательств в связи с их противоречивостью (так как результаты исследований по оценке использования презервативов и других противозачаточных средств оказались неоднозначными) и неточностью (вследствие небольшого числа наблюдений, включенных в исследования). Такой разброс расчетных данных можно объяснить различиями в тематической направленности вмешательств, их сроках и целях, а также разнородностью персонала, проводившего вмешательство. Оценить согласованность всех исходов не представлялось возможным, так как некоторые из них оценивались только в одном исследовании.

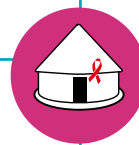
Обоснование определения силы и направления рекомендации

Несмотря на ограниченность доказательной базы, результаты Глобального опроса о ценностях и предпочтениях (ГОЦП) указывают на то, что для женщин, живущих с ВИЧ, расширение их прав и возможностей и повышение самоэффективности имеет огромное значение (37). Поскольку различные поля опросника содержали сведения, подтверждающие неблагоприятное влияние дисбаланса власти между мужчинами и женщинами на состояние здоровья женщин, прежде всего из уязвимых групп населения, ГРР также высоко оценила значение повышения самоэффективности и расширения прав и возможностей женщин. Эксперты ГРР обсудили, какой должна быть рекомендация РЕК В.1: сильной или условной. Чтобы получить первоначальное представление о мнениях членов ГРР по этому вопросу, методист попросил участников проголосовать в поддержку каждого отдельного варианта. Это было не формальное голосование, а способ упростить принятие решений, чтобы методист и председатели группы могли оценить распределение мнений и затем работать над достижением консенсуса на основе дальнейшего обсуждения. Окончательное решение присвоить РЕК В.1 категорию «сильной» было подтверждено единодушным согласием всех членов ГРР.

Осуществимость

Опыт применения десяти различных программ, принятых в разнообразных адаптациях на международном уровне и изученных в пяти странах, указал на предварительную осуществимость описанных мероприятий. В зависимости от уровня подготовки и доступных ресурсов некоторые работники здравоохранения, такие как лица, проводящие обучение по принципу «равный равному», могут лучше подходить для внедрения этих вмешательств, чем другие сотрудники.

Ценности и предпочтения



Отвечая на вопросы ГОЦП, женщины, живущие с ВИЧ, подняли ряд тем, касающихся гендерного равенства и социальной справедливости. Опрошенные женщины заявили, что на возможности девочек и женщин выразить свою волю и самостоятельность в деле принятия решений, касающихся охраны СРЗП, влияет ряд культурных, экономических, социальных, структурных и правовых факторов, в частности таких как гендерные нормы и распределение власти во взаимоотношениях, религиозные убеждения и культурные традиции, стигматизация и дискриминация на основании ВИЧ-статуса и (или) другие демографические факторы (например, возраст, пол, сексуальность, этническая и расовая принадлежность, социальный класс, инвалидность). К другим факторам, также определяющим степень их активного участия и самостоятельности, относятся доступ к информации и услугам в связи с СРЗП, а также наличие законов, поддерживающих или подрывающих права женщин, живущих с ВИЧ, во всем их многообразии. Женщины, живущие с ВИЧ, сообщили о том, что они повсеместно испытывают трудности с принятием самостоятельных решений о том, когда, каким образом и с кем вступать в интимные отношения, иметь ли детей и если да, то когда именно. Кроме того, они сообщили, что им сложно договариваться с партнерами об использовании презервативов или обсуждать формы более безопасного сексуального поведения, и, в частности, указали на то, какую проблему представляет для них желание вести приятную и приносящую удовлетворение половую жизнь. Участницы опроса неоднократно указывали на то, что финансовое неравенство и отсутствие узаконенных экономических возможностей влияют на их решения по вопросам половой жизни, рождения детей и пользования услугами по охране СРЗ. Они также сообщили, что финансовая нестабильность или тяжелое финансовое положение плохо сказывается на состоянии их психического здоровья. Женщины заявили, что система общественных отношений, построенная на гендерном неравенстве, существенно ограничивает их самостоятельность и свободу выбора в сфере СРЗ, а также мешает им отстаивать и осуществлять свои права человека. Они утверждали, что механизмы охраны СРЗ и прав человека в отношении всех женщин, включая женщин, живущих с ВИЧ, и женщин из ключевых групп населения, должны быть встроены в структуру обеспечения гендерного равенства и социальной справедливости. Женщины сообщили о том, что масштабные проявления стигматизации и дискриминации, с которыми сталкиваются женщины, живущие с ВИЧ, из ключевых затронутых групп населения, особенно лесбиянки, транссексуалы или секс-работницы, негативно сказываются на их самоэффективности в области принятия решений относительно СРЗ (37). Культурные традиции и гендерные нормы, способствующие закреплению низкой осведомленности в сфере СРЗ и неудовлетворительному доступу к ресурсам (например, таким как всестороннее половое просвещение [ВПП] и услуги по охране СРЗ для девочек и молодых женщин), а также правовые барьеры (например, законы, определяющие возраст согласия или ограничивающие доступ к услугам по безопасному прерыванию беременности и оказанию помощи после аборта) ограничивают их возможности и самоэффективность в области принятия решений, касающихся СРЗ.

4.1.2 Краткое консультирование по вопросам сексуальности (ККС)

Существующие рекомендации и принцип надлежащей практики применительно к ККС

РЕК В.2: Рекомендуется проводить ККС на базе учреждений по оказанию первичной медико-санитарной помощи в целях профилактики передачи инфекций, передаваемых половым путем, среди взрослых и подростков.

(сильная рекомендация, низкое и среднее качество доказательств)

РЕК В.3: Рекомендуется осуществлять профессиональную подготовку медицинских работников с целью повышения уровня знаний по вопросам сексуального здоровья и обучения навыкам проведения ККС.

(сильная рекомендация, низкое и очень низкое качество доказательств)

ПНП В.1: Представителям директивных органов в области здравоохранения и лицам, разрабатывающим программы учебных заведений, осуществляющих профессиональную подготовку медицинских специалистов, необходимо в случае внедрения ККС в медицинскую практику принять меры, направленные на обеспечение уважения, защиты и осуществления прав человека по отношению к клиенту, получающему услуги по ККС.

Примечания

- Эти действующие рекомендации и принцип надлежащей практики были перенесены в настоящее руководство из публикации ВОЗ 2015 г. «Brief sexuality-related communication: recommendations for a public health approach» [Краткое консультирование по вопросам сексуальности: рекомендации для подхода с позиции общественного здравоохранения] (25).
- Согласно рекомендациям ВОЗ по ККС 2015 года, «процесс внедрения вмешательства должен быть основан на эпидемиологических данных по ИППП и ВИЧ, а также учитывать особенности местной эпидемиологической ситуации, в соответствии с национальными стратегиями по контролю и профилактике ИППП, и должен включать все заинтересованные стороны в стране» (25). Чтобы обеспечить защиту прав человека и содействовать охране СПЗ женщин, живущих с ВИЧ, поставщикам услуг необходимо учитывать аспекты создания благоприятных условий для этой категории населения, которые были освещены в Главе 3 настоящего документа, а также принимать во внимание особую ситуацию каждой женщины.
- Дополнительную информацию можно найти в первоначальной публикации, доступной по веб-адресу: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170251/1/9789241549004_eng.pdf.

i. Общие сведения

Краткое консультирование по вопросам сексуальности (ККС) — это один из подходов к организации услуг, направленных на содействие благополучию в половой сфере. Во время проведения ККС поставщик услуг (медсестра, врач или инструктор по вопросам охраны здоровья) использует навыки консультирования в целях разрешения сексуальных проблем и связанных с ними личных или психологических затруднений клиента и помогает ему достичь благополучия в сексуальной сфере. При проведении ККС учитываются психологические, социальные и биологические аспекты обеспечения сексуального здоровья и благополучия (25).

Ценности и предпочтения

Опрошенные женщины подчеркнули важность следующих факторов: доступ к информации по вопросам позитивной сексуальности и сексуального удовлетворения (в том числе о преобразовании гендерных норм и сексуальных запретов); доступ к психосексуальной терапии; создание доверительных отношений между интимными партнерами, а также между клиентами и поставщиками услуг по охране СПЗ; оказание поддержки при раскрытии ВИЧ-статуса и, наконец, возможность обращения за помощью к поставщикам услуг, прошедшим специальную подготовку и хорошо осведомленным о потребностях трансгендерных женщин и женщин, состоящих в однополых отношениях, в области охраны СПЗ (37).



4.1.3 Психическое здоровье

По этой теме не было обнаружено или разработано никаких новых или существующих рекомендаций или принципов надлежащей практики. Тем не менее, вопросы психического здоровья имеют принципиальное значение для женщин, живущих с ВИЧ, играя важную роль в достижении целей по охране их СРЗП. Далее обсуждается существующее всеобъемлющее руководство ВОЗ по вопросам психического здоровья.

i. Общие сведения

Инфицирование ВИЧ провоцирует развитие таких нарушений психического здоровья, как депрессия, ощущение отверженности и бессонница. Всеобъемлющие рекомендации по вопросам психического здоровья изложены в публикации ВОЗ 2015 г. под названием «*WHO mhGAP Intervention Guide*» [Программа действий ВОЗ по ликвидации пробелов в области охраны психического здоровья – практическое руководство], или mhGAP-ПР(87), которая представляет собой обновленный вариант первой версии одноименного руководства, опубликованного в 2010 году (104). Поэтому, чтобы избежать дублирования материалов, на обзорном совещании в январе 2015 г. ГРП решила не разрабатывать отдельные рекомендации по вопросам психического здоровья женщин, живущих с ВИЧ, а обратиться к существующему руководству по данной теме, так как многие подходы к лечению депрессии, тревоги и посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), которые наблюдаются у женщин, живущих с ВИЧ, вследствие пережитых ими травмирующих и стрессовых ситуаций, ничем не отличаются от тех, которые используются при лечении всех женщин. В руководстве mhGAP-ПР представлены методические указания по комплексной тактике ведения приоритетных состояний с использованием клинических протоколов для принятия решений (87). К приоритетным состояниям, включенным в mhGAP-ПР, относятся следующие нарушения здоровья: депрессия, психоз, биполярное расстройство, эпилепсия, нарушения поведения и психического развития у детей и подростков, деменция, психические расстройства, связанные с употреблением алкоголя или наркотиков, суицидальное поведение или намеренное причинение вреда собственному здоровью, а также другие выраженные эмоциональные или необъяснимые с медицинской точки зрения жалобы.

При использовании этого полного руководства необходимо соотносить его со специфической ситуацией каждой конкретной женщины, уделяя особое внимание практическим вопросам выполнения данных рекомендаций с тем, чтобы поддержать женщину, живущую с ВИЧ, и удовлетворить потребности и заботы, обусловленные ее положением (87). Дополнительные рекомендации можно найти в руководстве 2014 г. «*Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy*» [Руководство по выявлению и ведению случаев употребления психоактивных веществ и связанных с этим расстройств во время беременности] (105).

В руководстве mhGAP-ПР изложены принципы оказания основных видов помощи всем обратившимся людям, в том числе лицам с психическими, неврологическими или связанными с употреблением психоактивных веществ (ПНУП) расстройствами, а также тем, кто ухаживает за ними. Оно призвано «содействовать уважительному отношению к частной жизни людей, обращающихся за помощью в связи с ПНУП расстройствами, способствовать установлению хороших отношений между медицинскими работниками, получателями услуг и лицами, осуществляющими уход за ними, а также обеспечить соблюдение принципов непредвзятости, поддержки и недопущения стигматизации при оказании помощи» (87).

Помимо этого, в нем представлены общие принципы и основы клинического ведения пациентов с нарушениями психического здоровья, указанные ниже.

Общие принципы:

1. Используйте эффективные навыки коммуникации: эффективные коммуникативные навыки позволяют медицинским работникам предоставлять высококачественную помощь взрослым, подросткам и детям с ПНУП расстройствами.
2. Проявляйте уважение к пациентам и оберегайте их достоинство: при обращении с лицами, страдающими ПНУП расстройствами, необходимо проявлять уважительное отношение и оберегать достоинство пациентов, соблюдая местные культурные традиции. Как работник здравоохранения, вы должны приложить все усилия к тому, чтобы уважать и содействовать исполнению воли и предпочтений людей, страдающих ПНУП расстройствами, а также поддерживать и вовлекать их и лиц, ухаживающих за ними, в систему оказания помощи наиболее всесторонним образом. Люди с такими заболеваниями часто более уязвимы к нарушению прав человека. Поэтому крайне важно,

чтобы работающие в медицинских учреждениях поставщики услуг содействовали обеспечению прав человека в отношении людей с ПНУП расстройствами соответственно международным стандартам в области защиты прав человека, в том числе положениям Конвенции ООН о правах инвалидов.

Основы клинического ведения пациентов с нарушениями психического здоровья:

1. Оцените состояние физического здоровья пациента: поскольку лица с ПНУП расстройствами в большей степени подвержены риску преждевременной смертности от потенциально предотвратимых заболеваний, необходимо всегда проводить комплексную оценку их состояния здоровья, в том числе и физического.
2. Проведите оценку ПНУП расстройства: во-первых, выясните, на что жалуется пациент, затем соберите анамнез заболевания (спросите о наличии ПНУП расстройств в прошлом, о нарушениях общего состояния здоровья, наличии ПНУП расстройств у членов семьи, а также узнайте о психосоциальных проблемах, с которыми сталкивался пациент). Оцените психический статус пациента, проведите дифференциальную диагностику и установите диагноз имеющегося ПНУП расстройства.
3. Определите тактику ведения ПНУП расстройства: после завершения оценки состояния пациента и установления диагноза следуйте алгоритму ведения конкретного ПНУП расстройства, изложенному в руководстве mhGAP-ПР (87).

Ценности и предпочтения



Женщины, живущие с ВИЧ, отвечая на вопросы ГОЦП, рассказали о сложной взаимосвязи между диагнозом ВИЧ-инфекции, актами насилия и другими стрессовыми факторами, в том числе тревогой по поводу недостатка средств к существованию или побочных эффектов лечения, которые влияют на состояние их психического здоровья, что, в свою очередь, негативно сказывается на их способности использовать свои возможности в области СРЗП. Влияние психических расстройств на состояние СРЗП женщин, живущих с ВИЧ, выражается в следующем: потеря или снижение либидо или полового влечения или же увеличение потребности в половой близости; отсутствие настойчивости при выражении своего мнения в половых отношениях, включая неспособность договориться с партнером об использовании презервативов; утаивание от партнера информации о ВИЧ-статусе; сложность образования привязанности к половому партнеру, отсутствие доверия или решение остаться с партнером, склонным к насилию; расстройства сна и болевой синдром на фоне повышенной тревожности; а также алкогольная или наркотическая зависимость, что в целом препятствует формированию близких интимных отношений. Опрошенные женщины перечислили следующие ключевые факторы, которые могут помочь им в решении проблем, связанных с нарушениями психического здоровья: взаимная консультативная помощь и поддержка по принципу «равный равному»; доступ к группам взаимной поддержки, организованным силами и в интересах женщин, живущих с ВИЧ (см. также раздел 3.2.1); доступ к комплексным медицинским услугам, учитывающим аспекты нарушений психического здоровья или предоставляющим поддержку в этой области; безопасность; а также поддержка со стороны законодательства и политики. С клинической стороны, первостепенное значение имеет доступ к систематическому консультированию и психосоциальной помощи, предоставляемым с соблюдением принципа недопущения стигматизации (37).

4.2 Услуги в связи с насилием в отношении женщин

4.2.1 Безопасное раскрытие ВИЧ-статуса

НОВЫЕ рекомендации по безопасному раскрытию ВИЧ-статуса

РЕК В.4: ВОЗ рекомендует представителям директивных органов, а также работникам служб, оказывающих поддержку женщинам, живущим с ВИЧ, учитывать тот факт, что многие из женщин, обдумывающих возможность добровольного раскрытия ВИЧ-статуса, опасаются насилия со стороны интимного партнера, подвергаются риску или являются жертвами такого насилия.

(сильная рекомендация, низкое качество доказательств)

РЕК В.5: Согласно рекомендации ВОЗ вмешательства и услуги, направленные на оказание поддержки женщинам, живущим с ВИЧ, в добровольном раскрытии ВИЧ-статуса, должны включать обсуждение трудностей положения женщины и оценку потенциального риска насилия в отношении женщины в этой ситуации, а также меры, способствующие более безопасному раскрытию статуса. Кроме того, эти вмешательства должны способствовать привязке женщин к имеющимся службам предотвращения насилия и оказания помощи его жертвам.

(сильная рекомендация, низкое качество доказательств)

Примечания

- Раскрытие ВИЧ-статуса женщины, живущей с ВИЧ, — это целый процесс, а не разовое мероприятие. Женщины должны иметь возможность принять обдуманное решение о том, кому раскрывать свой ВИЧ-статус, для кого это делать, а также когда, где и каким образом это должно произойти. Целесообразно помочь женщинам, живущим с ВИЧ, рассмотреть потенциальные преимущества раскрытия ВИЧ-статуса, такие как получение поддержки семьи, друзей и членов сообщества женщин, живущих с ВИЧ, в отношении начала антиретровирусной терапии (АРТ). Им также следует разъяснить и помочь преодолеть потенциальные проблемы, которые может повлечь за собой раскрытие ВИЧ-статуса, в частности такие как негативные реакции со стороны половых партнеров, членов семьи и друзей (или других лиц, например, работодателей или клиентов), которые могут привести к повышению уровня стигматизации и насилия или ограничению доступа к ресурсам.
- Один из способов поддержать женщин и обеспечить осуществление их прав человека при раскрытии ВИЧ-статуса состоит в том, чтобы дать возможность женщине (при поддержке со стороны других лиц, в частности медицинских работников) играть ведущую роль при принятии соответствующего решения, при этом важно не допустить, чтобы женщин принуждали раскрыть ВИЧ-статус самим или дать согласие на раскрытие ВИЧ-статуса другими лицами от их имени.
- Во время консультирования необходимо учитывать высокую распространенность и опасность насилия по отношению к женщинам, живущим с ВИЧ, и проинформировать женщин о риске насилия, сопряженном с раскрытием ВИЧ-статуса.
- Безопасное раскрытие ВИЧ-статуса может быть невозможным в странах, где передача ВИЧ подлежит уголовной ответственности. К тому же многие женщины сталкиваются с насилием независимо от того, разглашают они свой ВИЧ-статус или нет. Вопросы насилия, связанного с раскрытием ВИЧ-статуса, а также другие случаи насилия освещены в Главе 3 настоящего руководства (см. раздел 3.2.5).

Существующие рекомендации по безопасному раскрытию ВИЧ-статуса

РЕК В.6: Подросткам следует разъяснять возможные преимущества и риски разглашения своего ВИЧ-статуса другим лицам. Следует наделить их необходимыми правами и возможностями и предоставить им поддержку в процессе принятия решения о том, раскрывать ли эту информацию и если да, то в какой момент, как и кому именно.

(условная рекомендация, очень низкое качество доказательств)

Примечания

- Эта существующая рекомендация была перенесена в настоящее руководство из методического пособия ВОЗ 2013 г. «HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV: recommendations for a public health approach and considerations for policy-makers and managers» [Руководство по ВИЧ-тестированию и консультированию подростков, живущих с ВИЧ: рекомендации для подхода с позиции общественного здравоохранения и отдельные соображения, предназначенные представителям директивных органов и руководителям программ] (64).
- Дополнительную информацию можно найти в исходной публикации, доступной также в виде интерактивного онлайн-инструмента под названием «Adolescent HIV testing, counselling and care: implementation guidance for health providers and planners» [Тестирование, консультирование и оказание помощи подросткам, живущим с ВИЧ: руководство по практическому осуществлению для поставщиков услуг здравоохранения и специалистов по планированию] (67), размещенного по веб-адресу: <http://apps.who.int/adolescent/hiv-testing-treatment/>.

РЕК В.7: Обследование на ВИЧ-инфекцию в рамках программ обследования супружеских пар и партнеров с поддержкой взаимного раскрытия результатов тестирования следует предлагать лицам с известным ВИЧ-статусом и их половым партнерам.

(сильная рекомендация, низкое качество доказательств применительно ко всем ВИЧ-инфицированным людям при любой эпидемиологической ситуации; условная рекомендация, низкое качество доказательств применительно к ВИЧ-отрицательным лицам в зависимости от распространенности ВИЧ-инфекции в конкретной стране)

Примечания

- Эта существующая рекомендация была перенесена в настоящее руководство из методического пособия ВОЗ 2012 г. «Guidance on couples HIV testing and counselling including antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples: recommendations for a public health approach» [Руководство по тестированию на ВИЧ и соответствующему консультированию пар, включая вопросы проведения антиретровирусной терапии для лечения и профилактики серодискордантных пар: рекомендации для подхода с позиций общественного здравоохранения] (106).
- Дополнительную информацию можно найти в первоначальной публикации, доступной по веб-адресу: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44646/1/9789241501972_eng.pdf.

РЕК В.8: Необходимо реализовать инициативы, направленные на обеспечение защиты персональной информации и внедрение мер политики, законов и правовых норм, способствующих предотвращению дискриминации и повышению терпимости и благожелательного отношения к людям, живущим с ВИЧ. Это поможет создать условия, облегчающие раскрытие ВИЧ-статуса.

(сильная рекомендация, низкое качество доказательств)

РЕК В.9: Детей школьного возраста следует информировать об их ВИЧ-положительном статусе; детей более младшего возраста нужно подготавливать к полному раскрытию их ВИЧ-статуса, сообщая информацию постепенно, по мере развития когнитивных навыков и эмоционального созревания ребенка.

(сильная рекомендация, низкое качество доказательств)

РЕК В.10: Детей школьного возраста следует информировать о ВИЧ-положительном статусе их родителей или лиц, осуществляющих уход; детям более младшего возраста нужно сообщать эту информацию постепенно, по мере развития когнитивных навыков и эмоционального созревания ребенка.

(условная рекомендация, низкое качество доказательств)

Примечания

- Эти три действующие рекомендации были перенесены в настоящее руководство из публикации ВОЗ 2011 г. «Guideline on HIV disclosure counselling for children up to 12 years of age» [Руководство по информированию о диагнозе ВИЧ-инфекции у детей до 12 лет] (107).
- Следует отметить, что в настоящем документе под термином «дети школьного возраста» понимают детей, чьи когнитивные навыки и степень эмоциональной зрелости соответствуют характеристикам нормально развивающегося ребенка в возрасте от 6 до 12 лет (107).
- Дополнительную информацию можно найти в первоначальной публикации, доступной по веб-адресу: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44777/1/9789241502863_eng.pdf.

i. Общие сведения

Раскрытие ВИЧ-статуса может принести женщинам, живущим с ВИЧ, ряд преимуществ: облегчение доступа к услугам здравоохранения, в том числе к антиретровирусной терапии (АРТ), позволяющей предотвращать перинатальную передачу ВИЧ, и к программам социальной поддержки, а также возможности планировать будущее с половыми партнерами (108, 109). Однако раскрытие ВИЧ-статуса также может повлечь за собой определенные риски. Согласно результатам систематического обзора рецензируемых статей и тезисов конференций, содержащих сведения о частоте раскрытия серологического ВИЧ-статуса, препятствиях к этому шагу и его последствиях в группе женщин, живущих с ВИЧ, зарегистрированный уровень раскрытия ВИЧ-статуса колебался от 17% до 86% (110). От 4 до 15% женщин сообщили о том, что раскрытие статуса спровоцировало акты насилия со стороны полового партнера (110). Женщины могут не решаться пойти на раскрытие ВИЧ-статуса, опасаясь возможных негативных последствий, таких как насилие, уход партнера, разрыв отношений, стигматизация и потеря детей и (или) собственного дома (111). В одном из последних исследований было показано, что сектор здравоохранения может выполнять в этой связи превентивную функцию, повышая осведомленность работников здравоохранения о потенциальной опасности насилия со стороны полового партнера, которая грозит женщине после раскрытия ее ВИЧ-статуса, а также обеспечивая добровольность каждого решения женщин, живущих с ВИЧ, относительно раскрытия ВИЧ-статуса и полное осознание ими всех последствий такого решения (112).

Услуги тестирования на ВИЧ должны предоставляться с соблюдением конфиденциальности. Это означает, что содержание общения между лицом, предоставляющим услуги тестирования, и клиентом не будет раскрыто никому другому без получения четкого согласия лица, проходящего тестирование. Соблюдать конфиденциальность необходимо, но она не должна стать причиной создания атмосферы секретности, стигматизации или стыда. Консультанты должны обсуждать среди прочих вопросов, кого человек, проходящий тестирование, хотел бы проинформировать и каким образом он хотел бы это сделать. Конфиденциальный обмен информацией с партнером или членами семьи – с людьми, которым доверяет женщина – и медицинскими работниками часто может приносить большую пользу (11).

В руководстве ЮНЭЙДС/ВОЗ (2000 г.) сказано:

«ЮНЭЙДС и ВОЗ пропагандируют благоприятное раскрытие ВИЧ-статуса. Это добровольное раскрытие, которое уважает независимость и достоинство лица, зараженного вирусом; соблюдает целесообразную конфиденциальность; обеспечивает благоприятные результаты для этого лица, а также для его сексуальных партнеров или партнеров по употреблению наркотиков и для членов семьи; ведет к большей открытости в сообществе в отношении ВИЧ/СПИДа; согласуется с этическими императивами ситуации, в которой необходимо предотвратить дальнейшую передачу ВИЧ» (113).

Крайне важно оказывать поддержку женщинам, живущим с ВИЧ, в получении доступа ко всей совокупности услуг по охране СРЗП и каналам социальной поддержки, при этом обеспечивая их благополучие и безопасность. В 2006 г. ВОЗ выпустила доклад совещания по мерам противодействия насилию в отношении женщин, которые рекомендуется применять в ходе консультирования и тестирования в связи с ВИЧ. В этом докладе участники совещания призвали провести оперативные исследования по оценке инструментов консультативной помощи, коммуникации и направления в соответствующие службы, которые могут поддержать женщин в процессе раскрытия ВИЧ-статуса и планирования мер по снижению риска.

ii. Резюме доказательств и соображения относительно новых рекомендаций

В январе 2015 г. на обзорном совещании, посвященном подготовке настоящего руководства, ГРП приняла решение о том, что необходимо пересмотреть вмешательства, содействующие более безопасному раскрытию ВИЧ-статуса женщин, живущих с ВИЧ. Вопрос в формате РИСО по данной теме состоял в следующем: **Какие вмешательства облегчают безопасное раскрытие ВИЧ-статуса тем женщинам, живущим с ВИЧ, которые опасаются насилия или подвергаются ему?** Рассмотрению подлежали исследования с группами сравнения, при этом для определения таких терминов, как «насилие», «интимный партнер» и других связанных понятий, использовали терминологию из руководства ВОЗ 2013 г. по вопросам насилия со стороны интимного партнера (НИП) и сексуального насилия (81). Вопрос РИСО охватывал все группы женщин, живущих с ВИЧ, независимо от продолжительности ВИЧ-инфекции, и все формы насилия. Под продолжающимся насилием понимали наличие актов насилия в течение последних 12 месяцев; можно было использовать определение, указывающее на наличие риска насилия. Данный термин не охватывает случаи или угрозу насилия, существовавшие в далеком прошлом и не актуальные к настоящему моменту. Дополнительная информация по данному обзору находится в веб-приложении к этому руководству².

Результаты

Доказательная база в отношении вмешательств, содействующих более безопасному раскрытию ВИЧ-статуса, ограничена. В результате систематического обзора научной рецензируемой и неопубликованной («серой») литературы удалось выявить только два соответствующих исследования, относившихся к категории РКИ. В обоих исследованиях оценивали аспекты раскрытия ВИЧ-статуса половым партнерам по сравнению с информированием других людей в семье, местном сообществе, в системе здравоохранения или других структурах. Далее следует отметить, что в обоих этих исследованиях оценивали мероприятия по интеграции скрининга на насилие со стороны интимного партнера (НИП) в рамки услуг тестирования и консультирования при ВИЧ, а также вмешательства, направленные на подготовку консультантов, способных провести с женщиной беседу о раскрытии ВИЧ-статуса исходя из риска насилия, который может ей угрожать. В ходе консультаций женщинам предлагали заполнить структурированный вопросник, позволяющий оценить индивидуальный риск негативных последствий раскрытия ВИЧ-статуса. Затем специально подготовленные консультанты должны были оценить риск насилия, обусловленного раскрытием ВИЧ-статуса женщины, и рассмотреть альтернативные варианты действий, когда это представлялось целесообразным. Кроме того, проводимые вмешательства дополнительно включали в себя деятельность по мобилизации сообщества в целях противодействия насилию, организацию групп поддержки и услуг юридической помощи на местах. В исследованиях оценивали следующие исходы: раскрытие ВИЧ-статуса, физическое насилие, сексуальное насилие, эмоциональное насилие. Ни в одном из исследований не было получено неопровержимых доказательств в пользу эффективности вмешательств, содействующих безопасному раскрытию ВИЧ-статуса, так как в их задачи не входила оценка вклада этих мероприятий отдельно от эффекта применения более широких и многосторонних вмешательств. Тем не менее, полученные данные свидетельствуют о том, что женщины, раскрывающие свой ВИЧ-статус, чаще всего состоят в

2. Данное приложение доступно онлайн по адресу: www.who.int/reproductivehealth/publications/gender_rights/srhr-women-hiv/en/.

отношениях, где они не подвергаются насилию. Результаты этих исследований также «показывают, что хотя НИП продолжает оставаться серьезным барьером, мешающим женщинам раскрывать ВИЧ-статус из страха насилия, это не было учтено должным образом в применяемых подходах к предоставлению услуг тестирования, лечения и оказания помощи в связи с ВИЧ в медицинских учреждениях» (111). Необходимо провести дальнейшие исследования с целью изучения аспектов раскрытия ВИЧ-статуса другим лицам (не половым партнерам), а также вопросов сравнительной эффективности различных вмешательств, в том числе вмешательств, проводимых на базе медицинских учреждений и на базе местного сообщества. Это поможет выделить тот вклад, который вносит взаимная поддержка, что позволит сократить ресурсы системы здравоохранения, необходимые для проведения вмешательств.

Качество доказательств, на которые опираются рекомендации

Качество доказательств по данному вопросу было низким и очень низким. Понижение качества было связано с существенной косвенностью доказательств, так как исходы измеряли в группе всех женщин, живущих с ВИЧ, а не только тех, среди кого проводились вмешательства, содействующие безопасному раскрытию ВИЧ-статуса. Еще одной причиной послужила несогласованность результатов этих двух исследований, в которых были получены различные результаты.

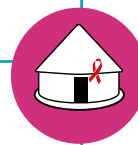
Обоснование определения силы и направления рекомендации

ГРР приняла решение присвоить этой рекомендации статус «сильной», несмотря на низкое качество доказательств. Это решение было принято по следующим соображениям: i) крайне высокое значение, придаваемое вопросу безопасности женщин, живущих с ВИЧ, во время и после раскрытия ВИЧ-статуса; ii) большая польза, которую применение данной рекомендации может принести отдельным лицам, их партнерам, членам семьи и местного сообщества; и (iii) понимание, что осуществление данного вмешательства будет способствовать обеспечению справедливости. ГРР подробно обсудила те дополнительные требования к медицинским работникам, которые могут появиться в результате принятия этой рекомендации, но согласилась с тем, что поскольку в целом медицинские работники стремятся поддерживать здоровье, благополучие и права своих пациентов, то приемлемость этой рекомендации в условиях имеющихся ограниченных ресурсов будет высокой.

Осуществимость

ГРР сочла, что практическая осуществимость данного вмешательства остается неопределенной. Отчасти это связано с дополнительной нагрузкой на медицинских работников и систему здравоохранения в целом при выполнении этой рекомендации, так как распространенность физического или сексуального насилия в отношении женщин высока и затрагивает %35 женщин в возрасте старше 15 лет по всему миру (114). ГРР была также озабочена вопросом обеспечения ресурсов для практического осуществления рекомендации. Для управления стратегиями и решения вопросов ресурсообеспечения могут потребоваться вмешательства как на базе местного сообщества, так и на базе медицинских учреждений. Эксперты ГРР обсудили необходимость обеспечения того, чтобы раскрытие ВИЧ-статуса всегда было добровольным. Если женщина решает раскрыть свой ВИЧ-статус, необходимо предоставить ей поддержку и обеспечить ее безопасность. Данная рекомендация невыполнима, если в стране приняты законы и меры политики, требующие раскрывать ВИЧ-статус в обязательном порядке.

Ценности и предпочтения



В ходе ГОЦП женщины подчеркнули, что для женщин, живущих с ВИЧ, безопасность имеет первостепенное значение. Результаты ГОЦП позволили сделать один самый главный вывод: женщины, живущие с ВИЧ, сталкиваются с таким высоким уровнем насилия, что многие из них назвали его «невыносимым», при этом %89 опрошенных женщин сообщили, что подвергались насилию или опасались его как до, так и после или вследствие постановки диагноза ВИЧ-инфекции. Женщины сообщили о том, что диагноз ВИЧ-инфекции действует как специфический фактор, провоцирующий проявления насилия. Некоторые респондентки опасались раскрыть свой диагноз партнеру.

Женщины призвали обеспечить их безопасность в медицинских учреждениях, дома и в местном сообществе. Они считали, что принципиальное значение для них имеет получение поддержки, направленной на противодействие межличностному насилию. Женщины подчеркнули, что медицинская помощь женщинам и девочкам, живущим с ВИЧ, должна входить в перечень предоставляемых услуг здравоохранения, быть физически и экономически доступной и включать интегрированные услуги по оказанию помощи и поддержки в связи с охраной СПЗ и гендерным насилием. Женщины рассказали о пережитом опыте недобровольного раскрытия ВИЧ-статуса в рамках служб здравоохранения, о нарушениях неприкосновенности частной жизни и конфиденциальности, об испытанном ими давлении или принуждении раскрыть их диагноз партнеру или другим членам семьи, а также о проявлениях стигматизации, дискриминации или предвзятого отношения со стороны самих работников здравоохранения. Респондентки отметили, что службы здравоохранения должны быть безопасным местом, куда женщины могут прийти не опасаясь попасть в подобные ситуации или стать объектом враждебного отношения. Они подчеркнули, что необходимо предлагать взаимную консультативную помощь и поддержку тем женщинам, у которых диагноз ВИЧ-инфекции установлен впервые. Женщины, живущие с ВИЧ, заявили, что для улучшения положения женщин, которые опасаются насилия или подвергаются ему в связи с раскрытием ВИЧ-статуса, необходимо, чтобы деятельность медицинского персонала распространялась за пределы медицинских учреждений, обеспечивая содействие реализации программ на базе местного сообщества и привязку к ним. Они хотели бы, чтобы медицинский персонал мог оказывать женщинам, подвергающимся психическому и (или) физическому насилию со стороны интимного партнера, различные варианты помощи и поддержки, такие как приюты (убежища) и возможности получения доходов, среди других, или же мог направить их в службы, предоставляющие такие услуги (37).

4.3 Услуги по планированию семьи и лечению бесплодия

4.3.1 Стратегии обеспечения безопасной и здоровой беременности

Существующие рекомендации по стратегиям обеспечения безопасной и здоровой беременности

РЕК В.11: В странах, где наблюдается передача ВИЧ-инфекции в серодискордантных парах, при выявлении таких пар в целях предотвращения заражения ВИЧ-отрицательного партнера, помимо других дополнительных профилактических мер, можно назначить ежедневный пероральный прием тенофовира или комбинации тенофовира и эмтрицитабина, используемых как средство ДКП. (условная рекомендация, высокое качество доказательств)

Примечания

- Эта действующая рекомендация была перенесена в настоящее руководство из методического пособия ВОЗ 2012 г. «Guidance on oral pre-exposure prophylaxis (PrEP) for serodiscordant couples, men and transgender women who have sex with men at high risk of HIV: recommendations for use in the context of demonstration projects» [Руководство ВОЗ по пероральной доконтактной профилактике (ДКП) среди серодискордантных пар, мужчин и трансгендерных женщин, практикующих секс с мужчинами, имеющими высокий риск заражения ВИЧ: рекомендации для использования в рамках демонстрационных проектов] (115).
- Дополнительную информацию можно найти в первоначальной публикации, доступной по веб-адресу: http://www.who.int/hiv/pub/guidance_prep/en/.

РЕК В.12: АРТ следует назначать всем взрослым, живущим с ВИЧ, независимо от клинической стадии заболевания по классификации ВОЗ или от количества клеток CD4.

(сильная рекомендация, среднее качество доказательств)

Примечания

- Эта существующая рекомендация была перенесена в настоящее руководство из методического пособия ВОЗ 2016 г. «Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции. Рекомендации с позиции общественного здравоохранения» (7).
- Дополнительную информацию можно найти в первоначальной публикации, доступной по веб-адресу: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/332848/Consolidated-guidelines-ARV-treating-preventing-HIV-2nd-edition-2016-ru.pdf.

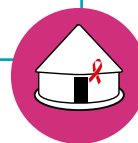
i. Общие сведения

Существует несколько основных принципов, которые должны лежать в основе планирования и оказания помощи по лечению бесплодия у женщин, живущих с ВИЧ. Для достижения хороших результатов в отношении СРЗП важно, чтобы консультирование по вопросам планирования семьи учитывало особые потребности женщин, живущих с ВИЧ. Консультирование дает возможность медицинскому работнику выяснить пожелания клиентки относительно деторождения и дать женщине, живущей с ВИЧ, или семейной паре рекомендации по вопросам беременности и рождения детей. Поставщикам услуг следует руководствоваться публикацией ВОЗ 2012 г. «*Reproductive choices and family planning for people living with HIV counselling tool*» [Возможности репродуктивного выбора и планирование семьи для людей, живущих с ВИЧ: инструмент консультирования], в которой изложены рекомендуемые этапы консультативного процесса, такие как оценка ситуации и состояния пациента, предоставление советов и рекомендаций, достижение согласия по поводу выбранных целей и методов, предложение поддержки и помощи и организация дальнейшего плана взаимодействия с клиентом («*assess, advise, agree, assist and arrange*») (116). Важно, чтобы поставщики услуг, проводя консультирование, поддерживали равенство доступа к ресурсам с тем, чтобы содействовать принятию информированных решений относительно репродуктивного выбора, способствовать созданию условий, снижающих уровень стигматизации, обусловленной ВИЧ и бесплодием, и поощряющих безопасное и добровольное раскрытие ВИЧ-статуса и уровня фертильности партнерам (117).

В настоящее время установлено несколько безопасных способов содействовать наступлению беременности у женщин, живущих с ВИЧ и состоящих в отношениях с серодискордантным партнером. К ним относятся: применение у женщины, живущей с ВИЧ, антиретровирусной терапии (АРТ) с целью подавления вирусной нагрузки; прием средств пероральной доконтактной профилактики (ДКП) ВИЧ-отрицательным партнером; использование презервативов в период, когда женщина находится не на пике фертильности; выявление и лечение ИППП у обоих партнеров; добровольное медицинское мужское обрезание в целях снижения передачи ВИЧ, а также самостоятельное осеменение. Все пары, столкнувшиеся с проблемой деторождения, нуждаются в скрининге на наличие бесплодия и соответствующем лечении (117). Разработать окончательные рекомендации по оптимальной тактике ежедневного назначения средств пероральной ДКП ВИЧ-инфекции ВИЧ-отрицательным партнерам (мужчинам или женщинам) в серодискордантных парах на данный момент не представляется возможным. Необходимы исследования демонстрационных проектов, которые продолжаются в настоящее время.

В стадии разработки находятся дополнительные руководства ВОЗ по смежной тематике, а именно по вопросам бесплодия и стратегиям более безопасного зачатия.

Ценности и предпочтения



Женщины, живущие с ВИЧ, отвечая на вопросы ГОЦП, сообщили о том, что столкнулись с негативной реакцией работников здравоохранения в ответ на высказанное ими желание или намерение иметь ребенка (независимо от того, были уже у них дети или нет). Эти реакции выражались в попытках отговорить женщин, неодобрении, оказании давления в пользу прерывания беременности, если женщина уже была беременна, предоставлении заведомо неверной информации о потенциальных или вероятных последствиях для здоровья ребенка, словесных оскорблениях и плохом обращении и (или) оставлении без внимания во время оказания дородовой помощи и родов. Иногда особенно плохому обращению со стороны медицинских работников во время беременности и родов подвергались ВИЧ-инфицированные женщины, занятые в секс-бизнесе. Получены документальные подтверждения ряда случаев, когда женщин, живущих с ВИЧ, подвергали принудительной или насильственной стерилизации — в настоящее время такие действия повсеместно признаны нарушением прав человека в отношении женщин, живущих с ВИЧ, а также проявлением институционального гендерного насилия. Женщины, живущие с ВИЧ, из ряда стран сообщили о том, что им отказывают в лечении бесплодия.

Женщины, живущие с ВИЧ, выразили желание получать рекомендации в отношении всей совокупности возможных и подходящих им вариантов и способов безопасного зачатия, а также консультации по вопросам беременности и рождения ребенка. Кроме того, они заявили, что нуждаются в справедливом доступе к услугам по лечению бесплодия в случае такой необходимости, а также в доступе к услугам служб, занимающихся процедурой законного усыновления/удочерения. Они подчеркнули, что им нужна точная и актуальная информация о риске передачи ВИЧ-инфекции партнерам во время зачатия, а также о риске перинатальной передачи ВИЧ детям. Респондентки обратили особое внимание на большое значение поддержки со стороны надежных врачей и других медицинских работников и взаимной поддержки со стороны женщин, живущих с ВИЧ, у которых уже есть дети, в реализации их желаний, касающихся рождения детей, а именно желания родить здорового неинфицированного ребенка (37).

4.3.2 Контрацепция

Существующая рекомендация по контрацепции

РЕК В.13: Людям из всех ключевых групп следует рекомендовать правильно и систематически использовать презервативы (с соответствующим лубрикантом) в целях предотвращения половой передачи ВИЧ-инфекции и ИППП.

(сильная рекомендация, среднее качество доказательств)

Примечания

- Эта действующая рекомендация была перенесена в настоящее руководство из методического пособия ВОЗ «Сводное руководство по ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения: профилактика, диагностика, лечение и оказание помощи. Обновление 2016 г.» (10).
- Ключевые группы населения включают группу женщин, живущих с ВИЧ.
- Дополнительную информацию можно найти в первоначальной публикации, доступной по веб-адресу: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246200/1/9789241511124-eng.pdf>.

Существующие рекомендации по медицинским критериям приемлемости (МКП) для использования методов гормональной контрацепции

Примечание: Категории состояний, влияющих на приемлемость методов контрацепции (118):

1. Состояние, при котором нет ограничений к применению того или иного метода контрацепции.
2. Состояние, при котором преимущества метода в целом превосходят теоретически обоснованный или доказанный риск его применения.
3. Состояние, при котором теоретический или доказанный риск использования метода в целом превосходит его преимущества.
4. Состояние, при котором применение данного метода контрацепции сопряжено с неприемлемо высоким риском для здоровья.

Эти категории представлены в исходном документе в том месте, где приводится информация о силе рекомендации.

РЕК В.14: Женщины с бессимптомным или слабовыраженным клиническим течением заболевания, связанного с ВИЧ (стадия 1 или 2 по классификации ВОЗ), могут без ограничения использовать следующие методы гормональной контрацепции: комбинированные оральные контрацептивы (КОК), комбинированные инъекционные контрацептивы (КИК), контрацептивные пластыри и влагалищные кольца, моногормональные гестагенные препараты – прогестиновые оральные контрацептивы (ПОК), прогестиновые инъекционные контрацептивы (ПИК; ДМПА и НЭТ-ЭН), а также имплантаты, содержащие левоноргестрел (ЛНГ) и этоноргестрел (ЭТГ) (МКП, категория 1). Женщины с бессимптомным или слабовыраженным клиническим течением заболевания, связанного с ВИЧ (стадия 1 или 2 по классификации ВОЗ), могут, как правило, использовать внутриматочное контрацептивное средство, содержащее левоноргестрел – ЛНГ-ВМС (МКП, категория 2) (часть I, раздел 12b).

(качество доказательств от среднего до очень низкого)

РЕК В.15: Женщины с тяжелым или прогрессирующим течением клинического заболевания, связанного с ВИЧ (стадия 3 или 4 по классификации ВОЗ), могут без ограничения использовать следующие методы гормональной контрацепции: КОК, КИК, контрацептивные пластыри и влагалищные кольца, ПОК, ПИК (ДМПА и НЭТ-ЭН) и имплантаты, содержащие ЛНГ и ЭТГ (МКП, категория 1). Женщины с тяжелым или прогрессирующим клиническим течением заболевания, связанного с ВИЧ (клинические стадии 3 и 4 по классификации ВОЗ), как правило, не должны начинать использовать ЛНГ-ВМС (МКП, категория 3 для начала применения контрацептивных методов) до тех пор, пока их состояние не улучшится с переходом в бессимптомную или слабовыраженную клиническую стадию заболевания (стадия 1 или 2 по классификации ВОЗ). С другой стороны, если у женщин с уже установленным ЛНГ-ВМС развивается тяжелое или прогрессирующее клиническое течение заболевания, связанного с ВИЧ, удаление внутриматочного средства не требуется (МКП, категория 2 для продолжения применения контрацептивных методов). У женщин с тяжелым или прогрессирующим клиническим течением заболевания, связанного с ВИЧ, которые пользуются ЛНГ-ВМС, необходимо проводить тщательный мониторинг признаков возникновения инфекций органов малого таза (МКП, часть I, раздел 12c).

(качество доказательств от среднего до очень низкого)

Существующие рекомендации по медицинским критериям приемлемости (МКП) для использования методов гормональной контрацепции (продолжение)

РЕК В.16: Женщины, получающие любые нуклеоз(т)идные ингибиторы обратной транскриптазы (НИОТ), могут без ограничения использовать все методы гормональной контрацепции: КОК, контрацептивные пластыри и влагалищные кольца, КИК, ПОК, ПИК (ДМПА и НЭТ-ЭН) и имплантаты, содержащие ЛНГ и ЭТГ (МКП, категория 1). (МКП, часть I, раздел 12d).

(качество доказательств от низкого до очень низкого)

РЕК В.17: Женщины, получающие АРТ, содержащую эфавиренз или невирапин, как правило, могут использовать КОК, пластыри, кольца, КИК, ПОК, НЭТ-ЭН и имплантаты (МКП, категория 2). Однако женщины, получающие эфавиренз или невирапин, могут без ограничений использовать ДМПА (МКП, категория 1). (МКП, часть I, раздел 12d).

(качество доказательств от низкого до очень низкого)

РЕК В.18: Женщины, получающие более новые ненуклеозидные/нуклеотидные ингибиторы обратной транскриптазы (ННИОТ) этравирин или рилпивирин, могут без ограничения использовать все методы гормональной контрацепции (МКП, категория 1). (МКП, часть I, раздел 12d).

(качество доказательств от низкого до очень низкого)

РЕК В.19: Женщины, получающие ингибиторы протеазы (например, ритонавир и АРВ препараты, усиленные ритонавиром), как правило, могут использовать КОК, контрацептивные пластыри и кольца, КИК, ПОК, НЭТ-ЭН и имплантаты, содержащие ЛНГ и ЭТГ (МКП, категория 2), а также без ограничения применять ДМПА (МКП, категория 1). (МКП, часть I, раздел 12d).

(качество доказательств от низкого до очень низкого)

РЕК В.20: Женщины, получающие ингибитор интегразы ралтегравир, могут без ограничения использовать все методы гормональной контрацепции (МКП, категория 1). (МКП, часть I, раздел 12d).

(качество доказательств от низкого до очень низкого)

РЕК В.21: Внутриматочные средства контрацепции (ВМС): Женщины, получающие АРВ препараты, в большинстве случаев могут использовать ЛНГ-ВМС (МКП, категория 2) при условии, что клиническое течение их заболевания, связанного с ВИЧ, является бессимптомным или слабовыраженным (стадия 1 или 2 по классификации ВОЗ). Женщины с тяжелым или прогрессирующим течением клинического заболевания, связанного с ВИЧ (стадия 3 или 4 по классификации ВОЗ), как правило, не должны начинать использование ЛНГ-ВМС (МКП, категория 3 для начала использования контрацепции) до тех пор, пока их состояние не улучшится с переходом в бессимптомную или слабовыраженную клиническую стадию заболевания. С другой стороны, если у женщин с уже установленным ЛНГ-ВМС развивается тяжелое или прогрессирующее клиническое течение заболевания, связанного с ВИЧ, удаление внутриматочного средства не требуется (МКП, категория 2 для продолжения применения контрацептивных методов). У женщин с тяжелым или прогрессирующим клиническим течением заболевания, связанного с ВИЧ, которые пользуются ЛНГ-ВМС, необходимо проводить тщательный мониторинг признаков возникновения инфекций органов малого таза. (МКП, часть I, раздел 12d).

(качество доказательств от низкого до очень низкого)

Примечания

- Эти действующие рекомендации были перенесены в настоящее руководство из публикации ВОЗ 2015 г. «Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции. Пятое издание» (118).
- Дополнительную информацию можно найти в первоначальной публикации, доступной по веб-адресу: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/348116/MEC-merged.pdf?ua=1.

АРВ – антиретровирусные (препараты); КИК – комбинированные инъекционные контрацептивы; КОК – комбинированные оральные контрацептивы; ДМПА – депо-медроксипрогестерона ацетат; ЭТГ – этоноргестрел; ВМС – внутриматочное средство; ЛНГ – левоноргестрел; МКП – «Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции» (публикация ВОЗ [118]); НЭТ-ЭН – норэтистерона энантат; ННИОТ – ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы; НИОТ – нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы; ПИК – прогестиновые инъекционные контрацептивы; ПОК – прогестиновые оральные контрацептивы.

Существующий принцип надлежащей практики в отношении требований о необходимости получения разрешения третьей стороны на использование услуг контрацепции

ПНП В.2: Рекомендуется отменить требования о необходимости получения разрешения третьей стороны, например разрешения супруга женщины, живущей с ВИЧ, на получение контрацептивных средств и соответствующих услуг, включая информацию и советы.

Примечания

- Этот существующий принцип надлежащей практики был перенесен в настоящее руководство из методического пособия ВОЗ «Сводное руководство по ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения: профилактика, диагностика, лечение и оказание помощи. Обновление 2016 г.» (10).
- В тексте использован термин «рекомендуется», так как изначально это положение отнесли к категории «рекомендации по надлежащей практике»; но оно не является рекомендацией ВОЗ, основанной на системе GRADE, — это принцип надлежащей практики.
- Дополнительную информацию можно найти в первоначальной публикации, доступной по веб-адресу: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246200/1/9789241511124-eng.pdf>.

i. Общие сведения

В межведомственном заявлении ООН об искоренении принудительной и недобровольной стерилизации сказано:

«В своде нормативных положений в области защиты прав человека отмечено, что женщины, живущие с ВИЧ, имеют право пользоваться услугами контрацепции и другими услугами в области репродуктивного здоровья на тех же самых основаниях, что и все остальные женщины. В них также сказано, что безопасные и недорогие средства контрацепции должны быть доступны для всех, и женщины должны иметь право свободно выбирать, желают ли они воспользоваться услугами по планированию семьи или предпочитают отказаться от них (включая услуги по стерилизации). В них содержится требование к поставщикам медицинских услуг действовать без принуждения и проявлять уважительное отношение к неприкосновенности частной жизни и праву людей на самостоятельный выбор и на конфиденциальность, а также не ограничивать свободу репродуктивного выбора людей в ходе осуществления программ по планированию семьи, профилактике ВИЧ-инфекции или других мероприятий в рамках выполнения задач в области общественного здравоохранения» (28).

Добровольное использование методов контрацепции ВИЧ-положительными женщинами, желающими предотвратить наступление беременности, имеет важное значение для соблюдения их репродуктивных прав. Это также остается важной стратегией снижения частоты случаев перинатальной передачи ВИЧ-инфекции (74). В опубликованном в 2015 г. руководстве ВОЗ «Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции» (МКП) приоритетное значение было отдано обеспечению доступности широкого спектра методов контрацепции (118).

Учитывая возможные взаимодействия между определенными методами гормональной контрацепции и определенными антиретровирусными (АРВ) препаратами, работникам здравоохранения, консультирующим женщин, живущих с ВИЧ, по вопросам эффективности контрацептивных средств, следует обращаться к рекомендациям по взаимодействию АРВ препаратов (представленным в МКП). Женщина, живущая с ВИЧ и получающая АРВ препараты, должна обсудить со своим врачом, как прием конкретного АРВ препарата может повлиять на эффективность контрацепции, поскольку рекомендации по этому вопросу зависят от того, какая стадия ВИЧ-инфекции наблюдается у женщины (118). Это подчеркивает необходимость предоставить в распоряжении женщин, живущих с ВИЧ, все возможные контрацептивные средства и поддержку врачей и других поставщиков услуг здравоохранения, чтобы они могли сделать осознанный выбор, зная, что досконально изучили доступные им варианты. В обновленном третьем издании методического пособия ВОЗ «*Selected practice recommendations for contraceptive use*» [Свод практических рекомендаций по применению средств контрацепции (СПР)], опубликованном в 2016 г., содержатся руководящие указания по безопасному и эффективному использованию методов контрацепции при условии оправданности их применения у конкретного лица с медицинской точки зрения (119). СПР дополняет руководство по МКП, посвященное определению категорий людей, которые могут безопасно использовать методы контрацепции. С этой целью в нем изложены сведения по безопасности применения различных методов контрацепции в зависимости от определенных заболеваний или нарушений здоровья и конкретных характеристик индивида. В соответствии с МКП женщины с бессимптомным течением

ВИЧ-инфекции и женщины, у которых установлен диагноз СПИДа, могут безопасно и эффективно использовать большинство методов контрацепции (118).

Использование презервативов, которое играет ключевую роль в высокоэффективных программах по профилактике ВИЧ-инфекции, к тому же является одним из важнейших компонентов комплексного и устойчивого подхода к комбинированной профилактике ИППП и наступления нежелательной беременности (120). Следовательно, использование мужских и женских презервативов также имеет важное значение для женщин, живущих с ВИЧ, которым нужно обезопасить себя. Для обеспечения безопасности, действенности и эффективности использования презервативов их производство должно соответствовать международным стандартам, спецификациям и процедурам контроля качества, разработанным ВОЗ, ЮНФПА и Международной организацией по стандартизации (ISO) (121, 122). Кроме того, необходимо обеспечить доступ к презервативам бесплатно или по низкой цене. Такая возможность повышает вероятность использования презервативов в условиях ограниченных ресурсов (120).

У многих молодых женщин и девушек, особенно у тех, кто состоит в браке, находится в длительных отношениях или работает в секс-бизнесе, отсутствует возможность настоять на использовании презервативов, поскольку мужчины часто выступают против этих средств контрацепции, а в таких взаимоотношениях, как правило, решающее слово остается именно за мужчиной. Для партнера презерватив может служить знаком того, что в отношениях отсутствует доверие или близость.

Консультирование дает возможность медицинскому работнику выяснить пожелания клиентки относительно деторождения, и если женщина сама хочет избежать беременности, предоставить ей информацию о всех возможных вариантах контрацепции. В публикации ВОЗ 2012 г. *«Возможности репродуктивного выбора и планирование семьи для людей, живущих с ВИЧ: инструмент консультирования»* представлены руководящие указания для поставщиков услуг по основным этапам консультирования: «оценить, дать совет, достичь согласия, помочь, организовать» (assess, advise, agree, assist and arrange) (116). Для достижения хороших результатов в отношении СРЗП важно, чтобы консультирование по вопросам планирования семьи учитывало особые потребности и права женщин, живущих с ВИЧ. Если в странах внедрена вертикальная модель организации услуг, вследствие чего услуги, связанные с ВИЧ, и услуги по планированию семьи предоставляются отдельными службами, необходимо помочь женщине в привязке к тем службам, в которых она нуждается (см. раздел 3.2.4).

Во Вставке 4.1 представлена дополнительная информация об основных пособиях и инструментах по вопросам контрацепции, а во Вставке 4.2 приведены ключевые соображения по особенностям применения методов контрацепции у женщин, живущих с ВИЧ, из ключевых групп населения.

Вставка 4.1. Основные пособия и инструменты по вопросам контрацепции

Планирование семьи имеет важное значение для содействия обеспечению благополучия и независимости женщин, в том числе женщин, живущих с ВИЧ, их семей и сообществ, к которым они относятся. Оказание качественной помощи в рамках предоставления услуг по контрацепции играет чрезвычайно важную роль в обеспечении высокого уровня здоровья для всех людей. Для того чтобы медицинские работники оказывали высококачественные услуги по контрацепции, соответствующие программы должны содержать следующие элементы:

- возможность выбора из широкого круга контрацептивных методов;
- основанная на доказательных данных информация об эффективности, рисках и преимуществах применения различных методов;
- прошедшие тематическую подготовку, технически компетентные медицинские работники;
- отношения между поставщиком услуг и клиентом, основанные на принципе уважения к обдуманному выбору, неприкосновенности частной жизни и конфиденциальности; и
- надлежащее сочетание услуг, оказываемых в одном и том же месте.

Следующие пособия и инструменты ВОЗ могут помочь поставщикам услуг здравоохранения, в партнерстве с их клиентами, определить наиболее оптимальные варианты контрацепции с учетом текущего состояния здоровья каждого клиента:

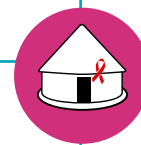
- «Medical eligibility criteria wheel for contraceptive use – 2015 update» [Дискограмма ВОЗ для определения медицинских критериев приемлемости для использования методов контрацепции — обновление 2015 г.] (123).
- «Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции. 5-е издание» (МКП, 2015 г.). В этой публикации представлены таблицы, обобщающие рекомендации по методам контрацепции у женщин с различными стадиями ВИЧ-инфекции (118).
- «Selected practice recommendations for contraceptive use, third edition» (the SPR, 2016) [Свод практических рекомендаций по применению средств контрацепции, 3-е издание (СПР, 2016 г.) (119).

Вставка 4.2. Ключевые соображения по особенностям применения методов контрацепции у женщин, живущих с ВИЧ, из ключевых групп населения

- Очень важно, чтобы контрацептивные услуги для всех женщин из ключевых групп населения были бесплатными, добровольными и предоставлялись без принуждения.
- Важно обеспечить, чтобы тюремные медицинские службы предлагали услуги контрацепции женщинам-заключенным.
- Трансгендерных женщин, использующих оральные контрацептивы для феминизации организма, следует проинформировать о повышенном риске тромбообразования при использовании этинилэстрадиола (в сравнении с 17-бета-эстрадиолом).
- Секс-работницам следует предлагать консультирование по методам контрацепции и предоставить им на выбор различные контрацептивные средства, в том числе обеспечивающие двойную защиту. В ходе консультирования также нужно выяснить, не планируют ли они завести ребенка, и при необходимости дать им соответствующие рекомендации.
- Важно обеспечить, чтобы медицинские работники, оказывающие помощь женщинам, употребляющим наркотики, предлагали им средства контрацепции, в том числе гормональной, которая должна быть частью стандартного пакета медицинских услуг.

Источник: ВОЗ, 2016 г. (10).

Ценности и предпочтения



Женщины, живущие с ВИЧ, отвечая на вопросы ГОЦП, сообщили о том, что иногда им предлагали рассмотреть только ограниченный набор вариантов контрацепции, и, кроме того, случалось, что их вынуждали или заставляли применять методы долгосрочной или постоянной контрацепции. Они сообщили, что использование мужских презервативов, с одной стороны, способствует возможности вести безопасную и приносящую удовлетворение половую жизнь, а с другой — осложняет эту сторону взаимоотношений. Большинство женщин рассказали о том, что практически не имели доступа к женским презервативам или крайне редко пользовались этими средствами.

Некоторые из опрошенных женщин сообщили, что работники медицинских учреждений отказывались предоставить им на выбор все возможные средства контрацепции, заставляя их использовать презервативы в целях снижения риска дальнейшей передачи ВИЧ-инфекции. Учитывая, как сложно многим женщинам, живущим с ВИЧ, договориться с партнером о систематическом использовании мужских или женских презервативов, следует отметить, что ограничение выбора контрацептивных средств в пользу тех методов, применение которых зависит от согласия и взаимодействия партнера, может подвергнуть их риску нежелательной беременности.

О том, что у них была незапланированная беременность, сообщили почти %60 респонденток ГОЦП. Только %40 женщин сказали, что пользовались услугами по планированию семьи. Согласно данным опроса, уровень понимания, осведомленности и просвещенности некоторых категорий женщин по вопросам, касающимся сексуальности, беременности и предупреждения нежелательной беременности, крайне низок (37). Это относится ко многим женщинам, в частности молодым женщинам и подросткам, и женщинам из ключевых групп населения, в том числе работницам секс-бизнеса. Важно отметить, что гендерная динамика играет ключевую роль в процессе принятия решений об обращении за услугами контрацепции и использовании контрацептивных средств, а также о количестве детей и интервалах между их рождением.

4.4 Услуги в области оказания дородовой помощи и охраны материнского здоровья

4.4.1 Кесарево сечение

НОВАЯ рекомендация в отношении операции кесарева сечения

РЕК В.22: ВОЗ не рекомендует проводить родоразрешение путем операции elective кесарева сечения в плановом порядке всем женщинам, живущим с ВИЧ.

(сильная рекомендация, низкое качество доказательств)

Примечания

- Следует обсуждать с женщинами, живущими с ВИЧ, преимущества и риски различных способов родоразрешения, таких как влагалищное родоразрешение и кесарево сечение, в том числе elective (плановое).
- При наличии других медицинских или акушерских показаний к родоразрешению путем операции кесарева сечения данная операция по-прежнему должна быть предложена ВИЧ-положительной женщине, как и всем другим женщинам в аналогичной ситуации.
- Важно обеспечить широкое распространение этой рекомендации посредством аналитических записок и других средств коммуникации, так как многие работники здравоохранения продолжают считать кесарево сечение самым оптимальным способом родоразрешения женщин, живущих с ВИЧ, что ведет к принудительным решениям относительно способов родоразрешения и применения соответствующих практических подходов.
- К тому же иногда во время операции кесарева сечения женщин без их согласия подвергают стерилизации. Принудительная или насильственная стерилизация неприемлема в любых обстоятельствах (28).
- Во многих странах с высоким бременем ВИЧ-инфекции женщины, имеющие показания к родоразрешению путем операции кесарева сечения, не имеют доступа к этому медицинскому вмешательству, что особенно типично для сельских районов. Для тех, у кого есть медицинские показания к операции кесарева сечения, оно должно быть физически и экономически доступным и безопасным и входить в перечень предлагаемых данной группе населения медицинских услуг.

i. Общие сведения

Ранее считалось, что проведение операции кесарева сечения (КС) до начала родовой деятельности и перед разрывом плодных оболочек («elective КС») обеспечивает профилактику перинатальной передачи ВИЧ-инфекции. Если выполнение кесарева сечения оправдано с медицинской точки зрения, то с помощью этого способа родоразрешения можно эффективно предотвращать материнскую и перинатальную заболеваемость и смертность у всех женщин. Однако нет никаких доказательств, что кесарево сечение, выполненное при отсутствии медицинских показаний, приносит пользу женщинам или детям. Как и любая другая операция, КС сопряжено с краткосрочными и долгосрочными рисками, которые могут проявиться через много лет после родов и негативно сказаться на здоровье женщины, ее ребенка и течении последующих беременностей. Кроме того, при том что иногда проведение КС необходимо с медицинской точки зрения и может спасти жизни пациентов, в условиях, где местные возможности медицинских учреждений и уровень технической подготовки персонала, необходимые для выполнения этой операции и лечения возможных осложнений, ограничены, такой способ родоразрешения может быть опасным и даже привести к смерти женщины. Эти риски возрастают при наличии у женщины ослабленной иммунной системы (как в случае ВИЧ-инфекции) или при ограниченном доступе к комплексной акушерской помощи. Таким образом, необходимо избегать проведения необоснованных операций кесарева сечения, так как эти операции должны выполняться только по стандартным акушерским показаниям (124).

В отношении женщин, живущих с ВИЧ, так же как и всех других женщин, решение о целесообразности родоразрешения путем операции elective кесарева сечения необходимо принимать исходя из соотношения потенциальных рисков и преимуществ как для матери, так и для младенца. Эти риски и преимущества меняются в зависимости от фонового риска перинатальной передачи ВИЧ-инфекции во время родов, который определяется стадией заболевания и наличием или отсутствием применения АРТ, а также от риска самой операции КС по сравнению с вагинальным родоразрешением как для матери, так и для младенца.

ii. Резюме доказательств и соображения относительно новой рекомендации

На обзорном совещании в январе 2015 г. ГРР решила изучить способы родоразрешения, обеспечивающие оптимальные исходы для матери и ребенка, применительно к женщинам, живущим с ВИЧ. Вопрос в формате PICO по данной теме состоял в следующем: **Какие способы родоразрешения позволяют достичь оптимальных исходов для матери и ребенка в перинатальном периоде применительно к женщинам, живущим с ВИЧ?** В каждом из рассмотренных исследований использовалась группа сравнения, состоявшая из женщин, живущих с ВИЧ, способы родоразрешения которых не включали операцию кесарева сечения. Оценивали следующие исходы: (а) уровень заболеваемости и смертности среди женщин (например, заболеваемость, связанная с развитием лихорадочных состояний, эндометриоза, кровотечений, тяжелой формы анемии, пневмонии, инфекций мочевыводящих путей); (b) частота выявления ВИЧ-инфекции у младенцев; (с) другие показатели заболеваемости и смертности среди младенцев (например, частота развития респираторных заболеваний, поражений кожи); и (d) грудное вскармливание (частота успешного использования или сроки начала и продолжительность). Дополнительная информация по методам и результатам проведенного обзора находится в веб-приложении к этому руководству.

Результаты

В рамках обзора была рассмотрена 31 статья, однако самих исследований было гораздо меньше вследствие наличия нескольких разных публикаций по материалам небольшого числа исследований, проведенных с участием целого ряда стран (125). Из всех этих исследований только одно было РКИ, остальные относились к категории наблюдательных (когортные исследования или исследования с использованием схемы «случай-контроль»). Большинство исследований были проведены в США или Европе (в 10 странах), в то время как остальные были выполнены в Аргентине, на Багамских Островах, в Бразилии, Индии, Ямайке, Мексике, Нигерии, Перу и Южной Африке. Практически во всех исследованиях оценивали частоту регистрации ВИЧ-инфекции у младенцев, реже — исходы в отношении материнского здоровья и только в одном исследовании оценивали исходы в отношении здоровья ребенка. Так как большинство исходов оценивали непосредственно после рождения ребенка, сведения о заболеваемости в отдаленный период отсутствовали. Несмотря на значительное количество исследований, только в единичных случаях в последнее время объектом изучения стали женщины, получающие АРТ и (или) те, у которых было достигнуто подавление вирусной репликации. Доказательства низкого и очень низкого качества свидетельствуют о том, что, по-видимому, проведение операции elective КС приводит к снижению частоты инфицирования младенцев ВИЧ, однако повышает заболеваемость матери и ребенка. Доказательства очень низкого качества позволяют предположить, что на фоне применения АРТ различие между частотой инфицирования младенцев ВИЧ-инфекцией, а также уровнем заболеваемости матери и ребенка при разных способах родоразрешения становится менее выраженным.

Качество доказательств, на которые опираются рекомендации

Имеющиеся доказательства относятся к категориям низкого и очень низкого качества. Понижение качества доказательств было обусловлено серьезным риском систематической ошибки, связанной с высокой вероятностью наличия ряда других вмешивающихся факторов, неточностью данных применительно ко всем исходам и несогласованностью результатов в отношении исхода «заболеваемость от любых причин».

Обоснование определения силы и направления рекомендации

ГРР подробно обсудила эту рекомендацию и решила, что, несмотря на низкое качество доказательств, ей необходимо присвоить категорию «сильной» по следующим причинам: (i) потенциальная опасность выполнения операции КС (например, развитие сепсиса, кровотечения) перевешивает ее преимущества; (ii) КС — это сложная операция, при этом во многих местах с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции среди общего населения отсутствуют возможности для ее проведения; (iii) стоимость операции КС превышает стоимость естественных родов, что может стать препятствием к достижению оптимального уровня СРЗ женщин, живущих с ВИЧ, средства которых ограничены, а также помешать им в дальнейшем обращаться за медицинской помощью. Эксперты ГРР пришли к соглашению, что самое главное заключение по данному вопросу состоит в том, что родоразрешение путем операции кесарева сечения не рекомендуется проводить в плановом порядке всем женщинам, живущим с ВИЧ, просто потому, что у них есть ВИЧ-инфекция. Эта операция должна проводиться только тем из них, у кого есть медицинские показания к этому методу родоразрешения, как рекомендуется в отношении всех женщин.

Осуществимость

КС — это сложная операция, проводить которую во многих условиях может быть просто опасно. Оно относится к категории дорогостоящих медицинских вмешательств, для проведения которого необходимо специальное оборудование, не всегда имеющееся в наличии. Выполнение КС может приводить к развитию нежелательных последствий, таких как сепсис. С точки зрения осуществимости более целесообразно отказаться от практики планового проведения этой операции. Важно предоставить практикующим врачам точную и актуальную информацию о методах передовой практики, а также снабдить необходимой информацией женщин и наделить их правами и возможностями, позволяющими им уверенно отказываться от проведения операции КС в тех случаях, когда необходимость в этом отсутствует. Проведение КС может быть определенным финансовым стимулом для работников здравоохранения; тем не менее, данный вид операции должен выполняться только при наличии медицинских показаний в целях улучшения здоровья матери и ребенка (28).

Ценности и предпочтения

Женщины, живущие с ВИЧ, отвечая на вопросы ГОЦП, сообщили, что их, как правило, исключают из процесса принятия решений и лишают возможности выбора в отношении вопросов, касающихся их СРЗ, в частности способов родоразрешения. Они четко сформулировали свою точку зрения: принципы защиты прав человека должны быть встроены во все меры политики, практические подходы и учебные программы в области здравоохранения, а принуждение в любой форме никогда не может быть приемлемым (37).



4.4.2 Ведение родов и способы родоразрешения

По этой теме не было обнаружено или разработано никаких новых или существующих рекомендаций или принципов надлежащей практики. Рекомендации, касающиеся всех женщин, а значит и женщин, живущих с ВИЧ, представлены в следующих двух публикациях ВОЗ 2015 г. (отдельных рекомендаций, посвященных ВИЧ-положительным женщинам, не существует): «*Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice, third edition*» [доступно первое издание этого руководства на русском языке под названием «Уход во время беременности, родов, послеродового периода, уход за новорожденным. Руководство для клинической практики»] (127) и «*Recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections*» [Рекомендации по профилактике и лечению послеродовых инфекционных заболеваний у матери] (128).

i. Общие сведения

Нарушения прав человека, с которыми сталкиваются женщины, живущие с ВИЧ, включают в себя «попытки отговорить женщину от желания иметь детей, плохое обращение с ней во время беременности [например, невнимательное отношение во время родов] и насильственную или принудительную стерилизацию», обусловленные ее ВИЧ-положительным статусом (82). Многие женщины во всем мире испытывают неуважительное, жестокое или пренебрежительное отношение во время родов в медицинских учреждениях. Такое отношение не только нарушает права женщин на уважительное медицинское обслуживание, но также представляет собой угрозу их праву на жизнь, здоровье, физическую неприкосновенность и недопущение дискриминации (26). Такая практика может приводить к прямым негативным последствиям как для матери, так и для младенца (26).

Сообщения о неуважительном и жестоком отношении к женщинам в медицинских учреждениях во время родов включали прямое физическое насилие, глубокое унижение и словесные оскорбления, принудительные или несогласованные с женщиной медицинские процедуры (в том числе стерилизацию), несоблюдение конфиденциальности, отсутствие в полной мере информированного согласия, отказ предоставить медикаментозное обезболивание, случаи грубого нарушения приватности, отказ в госпитализации, невнимательное отношение к женщинам во время родов, что подвергает их опасности возникновения жизнеугрожающих осложнений, которых можно было бы избежать, а также насильственное удержание женщин с новорожденными в медицинских учреждениях после родов из-за неплатежеспособности (26, 126). Особенно часто от подобного обращения страдают девочки-подростки, незамужние женщины, женщины с низким социально-экономическим статусом, женщины, принадлежащие к этническим меньшинствам, женщины-мигрантки и женщины, живущие с ВИЧ (26, 126).

Для того чтобы помощь, оказываемая в родах, соответствовала высоким стандартам проявления уважения к пациенткам, необходимо, чтобы в основе организации систем здравоохранения и управления ими лежало уважение к правам женщин в области СРЗ, а также признание прав человека (26).

В целях предупреждения и устранения в глобальном масштабе неуважительного и жестокого обращения с роженицами в медицинских учреждениях следует принять следующие меры:

1. Обеспечить расширение поддержки со стороны правительств и партнеров в области развития в отношении научных исследований и деятельности по вопросам неуважительного и жестокого обращения.
2. Внедрить и устойчиво поддерживать программы, направленные на улучшение качества охраны материнского здоровья, с особым акцентом на уважительное обращение как важнейшую составляющую качественной помощи.
3. Всячески подчеркивать право женщин на достойный и уважительный подход при оказании медицинской помощи на протяжении беременности и родов.
4. Создать базу данных об уважительных и неуважительных практических подходах к оказанию помощи, внедрить системы отчетности и полноценной профессиональной поддержки.
5. Вовлечь все заинтересованные стороны, в том числе женщин, в деятельность по повышению качества медицинской помощи и устранению неуважительного и жестокого обращения (26).

Ценности и предпочтения



Участовавшие в ГОЦП женщины, живущие с ВИЧ, подчеркнули, что представления медицинских работников о ВИЧ-инфицированных людях выливаются в то, что во время родов их могут оставить без внимания или подвергнуть дискриминации при оказании помощи. Респондентки обратили особое внимание на необходимость (i) проводить просвещение семьи, друзей, сообщества и медицинских работников по вопросам прав женщин, живущих с ВИЧ; (ii) нормализовать «ВИЧ-положительные» беременность и роды, то есть сделать так, чтобы беременность и рождение ребенка при ВИЧ-положительном статусе женщины воспринимались как нечто само собой разумеющееся и (iii) обеспечить право женщин на получение помощи и поддержки вне зависимости от их согласия раскрыть свой ВИЧ-статус партнеру. Женщины также безоговорочно признали, что медицинские работники могут оказывать большую помощь и поддержку во время родов, особенно в тех случаях, когда ВИЧ-положительные женщины, имевшие доступ к соответствующей актуальной и достоверной информации по вопросам ВИЧ, беременности и риску передачи инфекции, сами хорошо информированы о том, каким выбором они располагают. К другим важным факторам также относились способность женщин правильно понимать себя и уверенность в собственных решениях (37).

4.4.3 Профилактика и лечение послеродового кровотечения (ПРК)

Существующая рекомендация по профилактике и лечению послеродового кровотечения

РЕК В.23: Позднее пережатие пуповины (через 1–3 минуты после рождения) рекомендуется при всех родах; одновременно следует начать основные мероприятия по оказанию неонатальной помощи. (сильная рекомендация, среднее качество доказательств)

Примечания

- Эта существующая рекомендация была перенесена в настоящее руководство из публикации ВОЗ 2012 г. «Рекомендации ВОЗ по профилактике и лечению послеродового кровотечения» (129).
- Рекомендации, изложенные в публикации 2012 г., распространяются на всех женщин, в том числе и на женщин, живущих с ВИЧ. В этот документ включены и соображения, касающиеся женщин, живущих с ВИЧ. Только вышеприведенная рекомендация, касающаяся позднего пережатия пуповины, содержит специальный комментарий в отношении женщин, живущих с ВИЧ, а именно: «Отложенное пережатие пуповины показано даже женщинам, живущим с ВИЧ, или женщинам с неизвестным ВИЧ-статусом».
- Дополнительную информацию можно найти в первоначальной публикации, доступной по веб-адресу: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/9/9789244548509_rus.pdf?ua=1.

i. Общие сведения

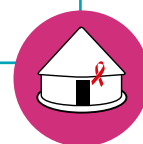
Согласно публикации 2012 г. «Рекомендации ВОЗ по профилактике и лечению послеродового кровотечения» раннее пережатие и пересечение пуповины ранее считалось одним из основных компонентов подхода, направленного на профилактику ПРК и известного как «активное ведение третьего периода родов» (129). Однако и этот, и другие основные компоненты данного подхода (профилактическое применение утеротонических средств после родоразрешения, контролируемые тракции за пуповину и массаж матки) позже были пересмотрены, и в публикации 2012 г. содержатся современные рекомендации по данному вопросу, в том числе и представленная выше РЕК В.23.

Некоторые медицинские специалисты, работающие в регионах с высокой распространенностью ВИЧ, выразили озабоченность по поводу целесообразности позднего пережатия пуповины в рамках ведения третьего периода родов. Они предположили, что в процессе отделения плаценты отделившаяся ее часть может контактировать с кровью матери, что в свою очередь может привести к микротрансфузии материнской крови плоду.

Доказано, что передача ВИЧ от матери к ребенку возможна на трех этапах: (а) внутриутробная микротрансфузия материнской крови плоду (внутриутробная передача ВИЧ), (b) контакт с материнской кровью и влажными выделениями при прохождении плода через родовый канал во время родов через естественные родовые пути (интранатальная передача) и (с) при грудном вскармливании (постнатальное инфицирование). По этой причине главным способом сокращения частоты перинатальной передачи ВИЧ является снижение вирусной нагрузки матери, достигаемое посредством применения АРВ препаратов во время беременности, родов и в послеродовом периоде. Нет никаких доказательств, подтверждающих, что позднее пережатие пуповины увеличивает вероятность передачи ВИЧ от матери к новорожденному. Во время беременности материнская кровь циркулирует в межворсинчатом пространстве и риск передачи ВИЧ от матери к плоду до начала родов невелик. Крайне маловероятно, что отделение плаценты усиливает контакт плода с материнской кровью, и так же маловероятно, что оно нарушает плацентарное кровообращение плода (т. е. маловероятно, что при отделении плаценты материнская кровь попадает в кровоток плода). Таким образом, доказанные преимущества пережатия пуповины, отложенного на 1–3 минуты, перевешивают теоретический и не доказанный вред (129).

Ценности и предпочтения

Женщины, живущие с ВИЧ, отвечая на вопросы ГОЦП, подчеркнули, что в целях достижения безопасных исходов родов необходимо нормализовать «ВИЧ-положительные» беременность и роды, то есть сделать так, чтобы беременность и рождение ребенка при ВИЧ-положительном статусе женщины воспринимались как нечто само собой разумеющееся. Они предложили проводить просвещение по вопросам прав женщин, живущих с ВИЧ, в кругу семьи, друзей, сообщества и медицинских работников, а также указали на необходимость обеспечить право женщин на получение помощи и поддержки вне зависимости от их согласия раскрыть свой ВИЧ-статус партнерам (37).



4.4.4 Профилактика перинатальной передачи ВИЧ

Существующие рекомендации по началу антиретровирусной терапии (АРТ)*

РЕК В.24: АРТ следует назначать всем подросткам, живущим с ВИЧ, независимо от клинической стадии заболевания по классификации ВОЗ и от количества клеток CD4.

(условная рекомендация, низкое качество доказательств)

РЕК В.25: В приоритетном порядке АРТ следует назначать всем подросткам с тяжелым или прогрессирующим клиническим течением заболевания, связанного с ВИЧ (клинические стадии 3 и 4 по классификации ВОЗ), и подросткам с количеством клеток CD4 ≤ 350 клеток/мм³.

(сильная рекомендация, среднее качество доказательств)

Примечания

- Эти существующие рекомендации были перенесены в настоящее руководство из методического пособия ВОЗ 2016 г. «Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции. Рекомендации с позиции общественного здравоохранения» (7).
- Дополнительную информацию можно найти в первоначальной публикации, доступной по веб-адресу: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/332848/Consolidated-guidelines-ARV-treating-preventing-HIV-2nd-edition-2016-ru.pdf.

* См. также РЕК В.12 в разделе 4.3.1.

Существующая рекомендация по профилактике перинатальной передачи ВИЧ

РЕК В.26: АРТ следует назначать всем беременным и кормящим женщинам, живущим с ВИЧ, независимо от клинической стадии заболевания по классификации ВОЗ или от количества клеток CD4, при этом женщины должны продолжать АРТ в течение всей жизни.

(сильная рекомендация, среднее качество доказательств)

Примечания

- Эта действующая рекомендация была перенесена в настоящее руководство из методического пособия ВОЗ 2016 г. «Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции. Рекомендации с позиции общественного здравоохранения, второе издание» (7).
- Дополнительную информацию можно найти в первоначальной публикации, доступной по веб-адресу: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/332848/Consolidated-guidelines-ARV-treating-preventing-HIV-2nd-edition-2016-ru.pdf.

Существующие рекомендация и принцип надлежащей практики по вскармливанию грудных детей при наличии ВИЧ-инфекции у матери

РЕК В.27: ВИЧ-инфицированным матерям рекомендуется кормить ребенка грудью в течение по крайней мере 12 месяцев и продолжать грудное вскармливание в соответствии с рекомендациями для общей популяции, то есть до двух лет и дольше, при этом необходимо оказывать женщинам всю необходимую поддержку для того, чтобы они продолжали АРТ.

(сильная рекомендация, низкое качество доказательств применительно к продолжительности грудного вскармливания 12 месяцев, очень низкое качество доказательств – применительно к продолжительности 24 месяца)

ПНП В.3: Матери, живущие с ВИЧ, и медицинские работники могут быть уверены в том, что в случае использования смешанного вскармливания применение АРТ снижает риск постнатальной передачи ВИЧ. Хотя ВОЗ рекомендует практику исключительно грудного вскармливания, смешанное вскармливание не должно быть причиной прекращения грудного вскармливания на фоне применения антиретровирусных (АРВ) препаратов.

Примечания

- Эти существующие рекомендация и принцип надлежащей практики были перенесены в настоящее руководство из публикации ВОЗ и ЮНИСЕФ 2016 г. «*Guideline: updates on HIV and infant feeding: the duration of breastfeeding, and support from health services to improve feeding practices among mothers living with HIV*» [Обновленное руководство по вскармливанию грудных детей при наличии ВИЧ-инфекции у матери: продолжительность грудного вскармливания и поддержка со стороны служб здравоохранения, направленная на улучшение практики кормления среди матерей, живущих с ВИЧ] (130).
- • Дополнительную информацию можно найти в первоначальной публикации, доступной по веб-адресу: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246260/1/9789241549707-eng.pdf>.

Существующие рекомендации по стимуляции родовой деятельности

РЕК В.28: Проведение амниотомии с целью профилактики развития затыжных родов не рекомендуется.

(слабая рекомендация, очень низкое качество доказательств)

Примечание: В рекомендациях 2014 г. сказано следующее: «Так как проведение ранней амниотомии может увеличивать риск перинатальной передачи ВИЧ, сила данной рекомендации возрастает применительно к ситуациям, когда ВИЧ-статус рожениц, поступивших из регионов с высокой распространенностью ВИЧ, неизвестен».

РЕК В.29: При подтверждении диагноза затыжных родов рекомендуется проведение амниотомии в сочетании с введением окситоцина.

(слабая рекомендация, очень низкое качество доказательств)

Примечание: В рекомендациях 2014 г. сказано следующее: «Необходимо проявлять осторожность при проведении данных вмешательств женщинам, живущим с ВИЧ».

Примечания

- Эти существующие рекомендации были перенесены в настоящее руководство из публикации ВОЗ 2014 г. «*WHO recommendations for augmentation of labour*» [Рекомендации ВОЗ по стимуляции родовой деятельности] (131).
- В этой публикации содержатся специальные указания на те ситуации, когда рекомендации применительно к женщинам, живущим с ВИЧ, отличаются от общих (см. примечания выше). Во всех остальных случаях рекомендации по стимуляции родовой деятельности для женщин, живущих с ВИЧ, и других женщин совпадают.
- Дополнительную информацию можно найти в первоначальной публикации, доступной по веб-адресу: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf.

i. Общие сведения

Перинатальная передача ВИЧ, также известная как вертикальная передача и передача ВИЧ от матери к ребенку — это передача вируса от ВИЧ-инфицированной матери ее ребенку во время беременности (внутриутробная передача), родов и родоразрешения (интранатальная передача) или при грудном вскармливании (постнатальное инфицирование). Профилактика перинатальной передачи ВИЧ в основном заключается в мероприятиях по профилактике внутриутробной и интранатальной передачи инфекции, а также в раннем назначении женщине АРТ и обеспечении хорошего состояния ее здоровья.

Рекомендуется применять следующие четыре компонента всеобъемлющей стратегии профилактики перинатальной передачи ВИЧ (74):

1. Первичная профилактика ВИЧ-инфекции среди женщин репродуктивного возраста
2. Предотвращение нежелательной беременности среди женщин, живущих с ВИЧ
3. Профилактика передачи ВИЧ от ВИЧ-инфицированной матери грудному ребенку
4. Обеспечение надлежащего лечения, оказания помощи и поддержки матерям, живущим с ВИЧ, а также их детям и семьям.

В третьем компоненте, в котором основное внимание уделяется прямым вмешательствам по предотвращению вертикальной передачи ВИЧ, профилактические мероприятия состоят из каскада услуг, включающего следующие составляющие: консультирование и тестирование в связи с ВИЧ, АРТ, безопасные роды, более безопасное вскармливание грудных детей, профилактические вмешательства у грудных детей, вмешательства в послеродовом периоде в контексте продолжающейся АРТ, ранняя диагностика ВИЧ-инфекции у младенца и постановка окончательного диагноза у детей, имевших контакт с ВИЧ, и, наконец, привязка и матери, и ребенка к надлежащим услугам оказания помощи и лечения (четвертый компонент стратегии) (10).

Мировое сообщество приняло обязательство ликвидировать передачу ВИЧ-инфекции и сифилиса от матери ребенку в качестве одной из приоритетных задач общественного здравоохранения. Стержнем Инициативы по элиминации передачи от матери ребенку (ЭГМР) ВИЧ-инфекции и сифилиса является гармонизированный подход к улучшению состояния здоровья матерей и детей. Такой интегрированный подход необходим для повышения эффективности и качества услуг по охране здоровья матерей и детей и для обеспечения оказания женщинам более комплексной первичной медико-санитарной помощи (132).

Необходимо отметить, что в контексте усилий по предотвращению перинатальной передачи инфекций необходимо поддерживать СРЗП женщин, живущих с ВИЧ, уделяя должное внимание обеспечению здоровья, самостоятельности и защиты прав человека в отношении как женщин, так и их детей (см. Вставку 4.3).

Вставка 4.3. Применение подхода, основанного на защите прав человека, к назначению антиретровирусной терапии (АРТ)

При назначении любых схем АРТ необходимо придерживаться подхода, основанного на защите прав человека. Это означает, что беременной или кормящей женщине должна быть предоставлена вся возможная информация и даны все рекомендации по медицинским вопросам, соответствующие ее положению, чтобы помочь ей сделать добровольный выбор относительно начала, продолжения и приверженности терапии/системе оказания помощи, в зависимости от обстоятельств. Медицинские работники должны помочь женщинам принять все необходимые меры для удовлетворения потребностей самих женщин и их детей в услугах здравоохранения.

Чтобы обеспечить выполнение всех четырех компонентов стратегии по предотвращению перинатальной передачи ВИЧ, мероприятия, описанные в этом разделе, должны применяться совместно с мероприятиями в рамках стратегии обеспечения безопасной и здоровой беременности (раздел 4.3.1) и мероприятиями по контрацепции для женщин, не желающих забеременеть (раздел 4.3.2). Подобно всем другим тематическим областям настоящего руководства, в этих рекомендациях подчеркивается необходимость обеспечения справедливости и соблюдения прав человека при практическом осуществлении вмешательств. Это означает, что все женщины должны иметь доступ к ресурсам, необходимым для реализации всех четырех компонентов. Кроме того, следует наделить их

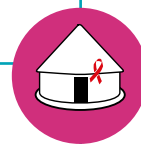
необходимыми правами и возможностями, чтобы они могли сделать свой личный осознанный выбор в отношении планирования семьи и лечения ВИЧ-инфекции.

Обеспечение конструктивного участия мужчин – партнеров женщин, живущих с ВИЧ – в данных программах может способствовать достижению хороших показателей здоровья женщин, их детей и членов семьи. Вовлечение мужчин улучшает коммуникацию между мужчинами и женщинами, содействует более равномерному распределению ответственности за здоровье семьи, способствует улучшению исходов в отношении вскармливания детей и снижению смертности. Однако необходимо всегда спрашивать у женщин, хотят ли они, чтобы их партнеры участвовали в этих программах, и если да, то каким образом. Привлечение партнеров-мужчин никогда не должно быть условием предоставления доступа к услугам, и женщины не должны испытывать никаких неблагоприятных последствий, если они обращаются за медицинской помощью без своего партнера. Различные формы гендерного неравенства негативно сказываются на профилактике перинатальной передачи ВИЧ. Более подробную информацию по вопросам создания программ в сфере преобразования отношений между полами, направленных на обеспечение гендерного равенства и расширение участия мужчин, можно найти в публикации ВОЗ 2012 г. «*Male Involvement in the prevention of mother-to-child transmission of HIV*» [Привлечение мужчин к мероприятиям по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку] (133).

Дополнительные соображения по вопросам практического осуществления третьего и четвертого компонентов рассматриваемой стратегии ППМР представлены в публикации 2013 г. «*Toolkit: expanding and simplifying treatment for pregnant women living with HIV: managing the transition to Option B/ B+*» [Методические рекомендации: расширение масштабов и упрощение схем лечения беременных, живущих с ВИЧ: вопросы перехода к лечению в соответствии с вариантом «B/B+»] (134). Практическая реализация данной стратегии в рамках национальной системы здравоохранения включает следующие элементы:

- быстрая оценка успехов программ по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР);
- утверждение схем АРТ, планируемых к применению в целях ППМР;
- изучение вопросов приемлемости выбранной схемы среди женщин;
- определение тех мер политики, процедур и ресурсов, которые требуются для принятия варианта лечения «B+»;
- подготовка кадров системы здравоохранения, инфраструктуры, системы закупок и цепи снабжения, необходимых для оптимального предоставления услуг;
- организация мониторинга, оценки и систем обеспечения качества;
- ранняя диагностика ВИЧ-инфекции у младенцев в месте предоставления услуг; и
- привлечение местного сообщества, в том числе женщин, живущих с ВИЧ, к практическому осуществлению программы.

Ценности и предпочтения



Женщины, живущие с ВИЧ, отвечая на вопросы ГОЦП, подчеркнули, что ВИЧ-положительным женщинам самим необходимо знать о том, что они могут родить здорового ребенка, не инфицированного ВИЧ, если воспользуются услугами программ по профилактике вертикальной передачи ВИЧ, включающих консультирование и поддержку в отношении выбора способа родоразрешения и вскармливания ребенка, а также доступ к лечению бесплодия при потребности в таких услугах. Респондентки порекомендовали включить в руководства по профилактике перинатальной передачи ВИЧ вопросы охраны психического здоровья и обеспечить подготовку медицинских работников к оказанию соответствующих услуг. Женщины, живущие с ВИЧ, сталкиваются с насилием в медицинских учреждениях, в частности в учреждениях дородовой помощи их принуждают обязательно проходить тестирование на ВИЧ и раскрывать ВИЧ-статус. Более того, многие женщины, живущие с ВИЧ, по-прежнему оказываются в ситуации, когда работники здравоохранения стараются отговорить их от намерения зачать ребенка или сохранить беременность (вне зависимости от того, есть ли у них дети от предыдущих беременностей), при этом медицинские работники могут даже осуждать или оскорблять женщину и пытаться заставить ее прервать наступившую беременность.

Женщины подчеркнули, что при назначении им варианта В+, как и при проведении всех остальных вмешательств, направленных на охрану СРЗП, необходимо соблюдать подход, основанный на защите прав человека. Женщинам следует предоставить право самим решать, когда начинать антиретровирусную терапию (АРТ) и как долго продолжать ее после рождения ребенка. В тех случаях, когда АРТ была назначена женщине, живущей с ВИЧ, на период беременности и грудного вскармливания, вопрос о пожизненном продолжении АРТ должен решаться совместно с женщиной. Очень многие опрошенные женщины рассказали о том, что на фоне приема антиретровирусных (АРВ) препаратов у них развились побочные эффекты различной степени выраженности (от относительно легких до тяжелых), негативно сказывающиеся на разных сторонах их жизни, в частности на их способности работать и в полной мере пользоваться возможностями в области СРЗП. Некоторые из них также коснулись ряда реальных или потенциальных проблем, связанных с достижением неопределяемого уровня вирусной нагрузки. К ним относились, в частности, прекращение приема препаратов вследствие уверенности в собственном «излечении», а также ухудшение возможностей придерживаться более безопасного сексуального поведения с партнерами, считающими, что им больше не грозит опасность «заразиться» (37).

4.5 Услуги по безопасному прерыванию беременности

4.5.1 Безопасное прерывание беременности

НОВЫЕ рекомендации в отношении услуг по безопасному прерыванию беременности

РЕК В.30: ВОЗ рекомендует, чтобы все ВИЧ-инфицированные женщины, желающие прервать беременность, могли воспользоваться такими же услугами по безопасному прерыванию беременности, как и все остальные женщины.

(сильная рекомендация, очень низкое качество доказательств)

РЕК В.31: ВОЗ рекомендует, чтобы ВИЧ-инфицированные женщины, как и другие женщины, желающие прервать беременность, имели возможность выбрать метод прерывания беременности – медикаментозный или хирургический.

(условная рекомендация, очень низкое качество доказательств)

Примечания

- При оказании услуг по прерыванию беременности необходимо проявлять уважение к женщине и избегать оценочных суждений, при этом любое принуждение недопустимо.
- Медицинские работники, оказывающие услуги по прерыванию беременности, должны, как и все остальные медицинские работники, уважать права женщин, живущих с ВИЧ. Для этого им необходимо (а) предоставлять женщинам, желающим прервать беременность, доступ к соответствующим услугам и (б) принимать все меры, чтобы женщины делали выбор, руководствуясь собственными интересами.
- Если в конкретном учреждении предлагается только один вид услуг по прерыванию беременности (медикаментозный или хирургический аборт), необходимо обеспечить доступ женщин, живущих с ВИЧ, к этому вмешательству. Если всем женщинам доступен только ограниченный объем услуг по прерыванию беременности, это не должно приводить к снижению доступа к этим услугам лишь для ВИЧ-инфицированных женщин.

i. Общие сведения

Ликвидация небезопасных аборт — это один из основополагающих элементов охраны СРЗ. В 2012 г. ВОЗ выпустила руководство по безопасному аборту, содержащее рекомендации по оказанию медицинской помощи в различных ситуациях (32). В этом руководстве были использованы следующие определения:

Медикаментозные методы прерывания беременности (медикаментозный искусственный аборт) — применение лекарственных средств для прерывания беременности. Иногда также используют термины «нехирургический искусственный аборт» или «медикаментозный аборт».

Хирургические методы прерывания беременности (хирургический искусственный аборт) — применение трансцервикальных хирургических вмешательств для прерывания беременности, в том числе таких как вакуумная аспирация, расширение канала шейки матки (дилатация) и эвакуация.

Более подробное описание каждого вида вмешательства по прерыванию беременности представлено в публикации ВОЗ 2012 г. «*Безопасный аборт: рекомендации для систем здравоохранения по вопросам политики и практики*» (32). Дополнительная информация также доступна в публикации 2014 г. «*Clinical practice handbook for safe abortion*» [Практическое руководство по оказанию медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности] (135). Категории работников здравоохранения, которые могут проводить вмешательства по безопасному прерыванию беременности, описаны в публикации ВОЗ 2015 г. «*Роли работников здравоохранения в предоставлении медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности и контрацепции после аборта*» (136).

ГПП также считала важным отметить следующее:

- а. Стигматизация, дискриминация и ложные представления о неприемлемости зачатия, беременности и рождения ребенка среди женщин, живущих с ВИЧ, приводили к тому, что их принуждали сделать аборт вопреки их воле или медицинские работники сами насильственно прерывали у них беременность; даже сейчас эти женщины по-прежнему часто сталкиваются с враждебностью по отношению к их желанию иметь детей (28). Известны случаи, когда женщин, живущих с ВИЧ,

заставляли подписывать согласие на стерилизацию под давлением или без надлежащего обсуждения смысла этого документа, или же родственников женщин просили предоставить такое согласие от их лица (28). Насильственное или принудительное прерывание беременности недопустимо ни в каком случае.

- b. Услуги по безопасному прерыванию беременности также должны включать оказание помощи после аборта — согласно описанию, представленному в следующем отрывке из публикации ВОЗ 2012 г. «*Безопасный аборт: рекомендации для систем здравоохранения по вопросам политики и практики*»:
- «Женщины должны получать надлежащую медицинскую помощь после искусственного или самопроизвольного аборта. Стратегия медицинской помощи после небезопасного аборта – это снижение частоты осложнений и связанной с ними смертности, в том числе путем выполнения вакуумной аспирации при неполном аборте; предложение услуг контрацепции для предупреждения нежелательной беременности в будущем; обеспечение привязки женщин к необходимым службам на уровне сообщества. В рамках оказания медицинской помощи после безопасного искусственного аборта обычно не требуется, чтобы женщина посетила медицинское учреждение для последующего наблюдения, если она владеет информацией о том, когда обращаться за медицинской помощью по поводу осложнений и получила необходимые средства или информацию, отвечающую ее потребностям в контрацепции. Перед тем как покинуть лечебно-профилактическое учреждение все женщины должны получить информацию о контрацепции. Им следует предложить консультирование по данной проблеме и ознакомить с методами контрацепции после аборта, в том числе со средствами экстренной контрацепции» (32).

Существующие руководства по вопросам прерывания беременности предназначены для общего населения, и в них не указаны никакие особенности оказания медицинской помощи женщинам, живущим с ВИЧ. В то время как медикаментозные и хирургические аборт в равной степени рекомендованы в качестве безопасных вмешательств среди общего населения, был высказан ряд опасений, что они могут иметь различные клинические исходы в группе женщин, живущих с ВИЧ. У ВИЧ-положительных женщин может отмечаться повышенный риск развития анемии и кровотечения после хирургического аборта, а рвота на фоне приема лекарственных средств, использованных для индукции медикаментозного аборта, может приводить к снижению эффективности АРВ препаратов, применяемых для лечения ВИЧ-инфекции (137).

ii. Резюме доказательств и соображения относительно новых рекомендаций

На обзорном совещании в январе 2015 г. ГРР решила, что необходимо изучить риски и исходы, сопряженные с проведением каждого вида искусственных абортов у женщин, живущих с ВИЧ. В отношении этой темы ГРР сформулировала следующий вопрос в формате PICO: **Отличаются ли исходы медикаментозных и хирургических абортов у женщин, живущих с ВИЧ, и неинфицированных женщин?**

Для решения этого вопроса был проведен систематический обзор, в который вошли исследования, отвечающие следующим критериям: (1) наличие группы сравнения, в которой оценивали исходы разрешенных законом абортов у всех женщин, живущих с ВИЧ, в частности такие как эффективность (завершенный, или полный аборт), серьезные нежелательные явления (летальный исход, госпитализация, переливание крови, полостные операции [например, лапаротомия] и т.д.), прочие нежелательные явления (например, кровотечения, не требующие переливания крови, рвота) и степень удовлетворения пациентки; и (2) факт публикации исследований в научных рецензируемых журналах или представление их в качестве тезисов на какой-либо научной конференции (138). В обзоре были использованы определения терминов из руководства ВОЗ 2012 г., приведенные выше. Этот обзор опирается на результаты обзора, выполненного в 2012 г. группой исследователей под руководством Мански (Manski), в котором оценивались клинические исходы хирургических и медикаментозных абортов у женщин, живущих с ВИЧ (137). Эксперты ВОЗ расширили предыдущий обзор за счет обновления стратегии поиска, использовав процесс строгого систематического обзора, включавшего просмотр статей на других языках, помимо английского, а также проведя поиск тезисов научных конференций. Кроме того, они связались с авторами, чтобы получить доступ к неопубликованным данным в отношении женщин, живущих с ВИЧ. Дополнительная информация по новому систематическому обзору находится в веб-приложении к этому руководству.

Результаты

В ходе обзора, проведенного в 2012 г. Manski et al, были рассмотрены статьи, опубликованные в рецензируемых журналах на протяжении 2011 г., в результате чего было обнаружено несколько исследований по оценке хирургических абортов. Исследований по проблеме медикаментозных абортов

найден не было (137). В этих исследованиях, посвященных в основном изучению криминальных аборт или аборт неуточненного характера, не было обнаружено никаких статистически значимых различий в частоте и характере осложнений после проведения аборта в зависимости от ВИЧ-статуса женщины. Кроме того, сообщалось о сопоставимости показателей осложнений схожих с медицинским аборт или даже более инвазивных гинекологических процедур у ВИЧ-отрицательных и ВИЧ-положительных пациенток. Падение уровня гемоглобина вследствие кровопотери, вызванной медикаментозным аборт, которое наблюдалось в регионах с высокой распространенностью анемии среди беременных, а также частота и продолжительность рвоты, обусловленной приемом препаратов, используемых для индукции медикаментозного аборта, являются относительно незначительными проблемами. Исходя из имеющихся неполных данных, авторы пришли к выводу, что и медикаментозный, и хирургический аборт безопасны для женщин, живущих с ВИЧ, и могут применяться у этой категории пациенток.

В ходе проведения обновленного обзора удалось обнаружить только одни тезисы конференции, соответствовавшие критериям включения, в которых рассматривали осложнения медикаментозных аборт у женщин, живущих с ВИЧ. Авторы пришли к заключению, что такая предельная ограниченность доказательной базы связана по крайней мере отчасти с запретом аборт во многих странах, где отмечается высокое бремя ВИЧ-инфекции (138). Тем не менее, косвенные доказательства, опирающиеся на оценку других гинекологических и медицинских процедур, свидетельствуют о том, что нет никаких веских оснований полагать, будто клинические исходы медикаментозных или хирургических аборт зависят от ВИЧ-статуса женщины.

Качество доказательств, на которые опираются рекомендации

Качество доказательств для обеих новых рекомендаций (РЕК В.30 и РЕК В.31) было признано очень низким. Качество доказательств было понижено дважды в связи с их косвенностью, так как сравнение между женщинами, живущими с ВИЧ, и неинфицированными женщинами, а также между исходами медикаментозного и хирургического аборт не проводилось. Поскольку в обзор вошло только одно исследование, судить о несогласованности данных было неправомерно. Кроме того, понижение качества доказательств было связано с их неточностью вследствие небольшого числа наблюдений, включенных в исследование.

Обоснование определения силы и направления рекомендаций

Учитывая низкое качество доказательств, ГРР рассмотрела возможность не выносить никаких рекомендаций по безопасному прерыванию беременности у женщин, живущих с ВИЧ. Чтобы получить первоначальное представление о мнениях членов ГРР по этому вопросу, методист попросил участников проголосовать в поддержку решения вынести данную рекомендацию. Это было не формальное голосование, а способ упростить принятие решений, чтобы методист и председатели группы могли оценить распределение мнений и затем работать над достижением консенсуса на основе дальнейшего обсуждения. Единодушным согласием всех членов было решено, что ГРР должна представить подобную рекомендацию. Эксперты ГРР пришли к такому заключению, поскольку не было никаких весомых причин опасаться неблагоприятных последствий, а также в связи с отсутствием в существующих руководствах ВОЗ по вопросам безопасного аборт каких-либо специальных рекомендаций, предписывающих, какой тип медицинского аборт показан именно женщинам, живущим с ВИЧ. Посредством аналогичной процедуры было единодушно решено присвоить РЕК В.30 статус «сильной», а РЕК В.31 — «условной». Основанием для отнесения РЕК В.30 к категории «сильной» послужили результаты ГОЦП, показавшие значимость этой темы в свете соблюдения прав человека и справедливости применительно к женщинам, живущим с ВИЧ (37). Учитывая отсутствие на данный момент доказательств, позволяющих определить оптимальный метод прерывания беременности у женщин без ВИЧ-инфекции, ГРР решила сделать РЕК В.31 «условной», предоставив женщинам, живущим с ВИЧ, такой же выбор вмешательства, какой есть у всех остальных женщин.

Осуществимость

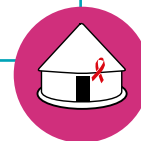
Было признано, что эти рекомендации могут быть осуществлены на практике, так как они предписывают предоставлять уже существующие услуги по безопасному прерыванию беременности женщинам, живущим с ВИЧ, при наличии у них такой потребности.

В публикации ВОЗ 2012 г. «Безопасный аборт: рекомендации для систем здравоохранения по вопросам политики и практики» сказано:

«Чтобы гарантировать каждой женщине, имеющей предоставленное законом право на прерывание беременности, легкий доступ к высококачественной медицинской помощи, необходима благоприятная законодательная и

политическая среда. Законодательная база должна быть направлена на уважение, защиту и осуществление прав женщин, достижение благоприятных исходов, касающихся их здоровья, предоставление высококачественных медицинских услуг по контрацепции и соответствующей информации, удовлетворение особых нужд отдельных категорий женщин, а именно малоимущих, подростков, жертв изнасилования и женщин, живущих с ВИЧ» (32).

Ценности и предпочтения



Женщины, живущие с ВИЧ, в ходе участия в ГОЦП указали на ограниченность их доступа к услугам по безопасному прерыванию беременности; возможность воспользоваться услугами частных медицинских учреждений зависела от финансового благополучия женщин. Респондентки порекомендовали включить бесплатные услуги по безопасному прерыванию беременности и оказанию помощи после аборта в комплексный и всеобъемлющий пакет интегрированных услуг в сфере охраны СРЗ и услуг в связи с ВИЧ, предоставляемых на основе принципа защиты прав человека женщинам, живущим с ВИЧ. Кроме того, эти услуги следует оказывать в рамках комплексной помощи жертвам изнасилования.

Женщины также отметили, что обычно их мнение не учитывают и не предоставляют им никакого выбора при решении вопросов, связанных с охраной их СРЗ и определением способов и процедур оказания соответствующей помощи. Они порекомендовали обеспечить соблюдение принципа защиты прав человека во всех мерах политики, практических подходах и программах подготовки в области здравоохранения. В частности, недопустимо, чтобы на женщин оказывали давление или принуждали их совершить любые действия (и особенно прервать беременность) без их явного согласия или даже неосознанно (37).

4.6 Услуги по оказанию помощи при инфекциях, передаваемых половым путем, и услуги по предупреждению рака шейки матки

4.6.1 Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП)

Существующая рекомендация по услугам в связи с ИППП

РЕК В.32: Службы оказания помощи при инфекциях, передаваемых половым путем (ИППП), и службы планирования семьи могут быть объединены с учреждениями по лечению ВИЧ-инфекции.
(условная рекомендация, очень низкое качество доказательств)

Примечания

- Эта существующая рекомендация была перенесена в настоящее руководство из методического пособия ВОЗ 2016 г. «Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции. Рекомендации с позиции общественного здравоохранения» (7).
- Дополнительную информацию можно найти в первоначальной публикации, доступной по веб-адресу: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/332848/Consolidated-guidelines-ARV-treating-preventing-HIV-2nd-edition-2016-ru.pdf.

i. Общие сведения

Оказание помощи в связи с ИППП включает в себя скрининг на ИППП и комплексное лечение выявленных случаев ИППП и инфекций половых органов (ИПО), в частности таких как сифилис, мягкий шанкр (шакроид), герпетическая инфекция, генитальные язвы, бактериальный вагиноз и трихомоноз, приводящие к развитию влагиальных инфекций, вагинальный кандидоз, инфекции, вызываемые вирусом папилломы человека (ВПЧ), рак шейки матки, гонорея, хламидиоз и воспалительные заболевания органов малого таза.

Правильное и безотлагательное лечение случаев ИППП снижает риск развития сопряженных с этими заболеваниями осложнений со стороны половых органов, а также акушерских осложнений. Несмотря на то что у женщин, живущих с ВИЧ, клинические проявления ряда ИППП (в частности таких как

генитальный герпес и мягкий шанкр), а также ответ на их лечение могут протекать в атипичной форме, стандартные протоколы лечения в целом эффективны (6).

К основным существующим руководствам ВОЗ по лечению ИППП относятся опубликованные в 2003 г. «*Guidelines for the management of sexually transmitted infections*» [Рекомендации по лечению инфекций, передаваемых половым путем] (139) и в 2005 г. «*Инфекции, передаваемые половым путем, и иные инфекции репродуктивного тракта. Руководство по основам медицинской практики*» (140), а также вышедшие в 2016 г. обновленные модули по ведению случаев четырех конкретных инфекций: «*WHO guidelines for the treatment of Chlamydia trachomatis*» [Руководство ВОЗ по лечению инфекций, вызванных *Chlamydia trachomatis*] (141), «*WHO guidelines for the treatment of Treponema pallidum (syphilis)*» [Руководство ВОЗ по лечению инфекций, вызванных *Treponema pallidum* (сифилис)] (142), «*WHO guidelines for the treatment of Neisseria gonorrhoeae*» [Руководство ВОЗ по лечению инфекций, вызванных *Neisseria gonorrhoeae*] (143) и «*WHO guidelines for the treatment of genital herpes simplex virus*» [Руководство ВОЗ по лечению генитальных инфекций, вызванных вирусом простого герпеса] (144). Учитывая, что последние четыре руководства по лечению ИППП уже находились в процессе обновления, ГРР решила не пересматривать существующие рекомендации по теме ИППП и другие актуальные руководящие указания (см. Вставку 4.4) применительно к цели настоящего руководства.

В отношении ВИЧ-инфекции во всех четырех новых руководствах ВОЗ по лечению ИППП сказано следующее:

«Наличие как язвенных, так и не вызывающих язвенного поражения половых органов ИППП в несколько раз повышает риск передачи или заражения ВИЧ. Наиболее высокий риск передачи ВИЧ связан с наличием инфекций, сопровождающихся образованием генитальных язв; кроме излечимых ИППП, приводящих к язвенному поражению половых органов (например, таких как сифилис и мягкий шанкр), этот риск значительно увеличивается на фоне генитального герпеса (ВПГ2-), имеющего широкое распространение. Исследования показали, что не вызывающие поражения слизистой оболочки половых органов ИППП, такие как гонорея, хламидиоз и трихомониаз, способствуют передаче ВИЧ за счет повышенного выделения ВИЧ в области гениталий. Своевременное и правильное лечение ИППП — необходимое условие снижения передачи ВИЧ и улучшения состояния сексуального и репродуктивного здоровья. Поэтому следует приложить все усилия к укреплению мер по диагностике и лечению ИППП» (141–144).

В публикации ВОЗ «Сводное руководство по ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения: профилактика, диагностика, лечение и оказание помощи. Обновление 2016 г.» сказано: «Услуги скрининга, диагностики и лечения ИППП должны предоставляться на постоянной основе в рамках оказания комплексной лечебно-профилактической и медико-социальной помощи в связи с ВИЧ-инфекцией ключевым группам населения», включая женщин, живущих с ВИЧ. И далее, «тактика ведения случаев ИППП должна соответствовать существующим рекомендациям ВОЗ и быть адаптирована к национальным условиям. Кроме того, эти услуги должны быть конфиденциальными и оказываться без принуждения, а пациенты должны давать информированное согласие на лечение» (10). Дополнительная информация по вопросам ИППП у женщин, живущих с ВИЧ, из ключевых групп населения представлена во Вставке 4.5.

Вставка 4.4. Руководство по вопросам сочетания ВИЧ-инфекции с ИППП или инфекциями половых органов (ИПО)

Инфекции, поражающие слизистую оболочку половых органов (с образованием генитальных язв) и ВИЧ. Согласно полученным данным, при мягком шанкре у людей, живущих с ВИЧ, наблюдается атипичное поражение половых органов. Отмечается более обширный или множественный характер поражений, иногда сопровождающийся развитием системных проявлений, например повышением температуры тела и ознобом. В ряде случаев было зарегистрировано быстрое прогрессирование поражения половых органов. Все это диктует необходимость раннего начала лечения, особенно у лиц, живущих с ВИЧ. Получены доказательства, свидетельствующие о повышении частоты неэффективности лечения мягкого шанкра при наличии ВИЧ-инфекции, особенно в случае применения однократной дозы лекарственного средства. Для подтверждения данного предположения необходимы дальнейшие исследования. У лиц с иммунодефицитными состояниями вирус простого герпеса вызывает появление персистирующих множественных язв, для купирования которых необходимо медицинское вмешательство, в то время как при нормальном состоянии иммунной системы герпетические высыпания (пузырьки и язвочки) проходят самостоятельно. Таким образом, чтобы облегчить состояние таких пациентов, особенно важно назначать им противовирусные (противогерпетические) препараты с профилактической или лечебной целью. Кроме того, пациентам необходимо разъяснять цели и сущность проводимого лечения, что позволит избежать неоправданных ожиданий полного излечения (139).

Сифилис и ВИЧ. Сочетание ВИЧ-инфекции и сифилиса у беременных приводит к учащению случаев вертикальной передачи ВИЧ (142). Рекомендации по лечению сифилиса, представленные в публикации ВОЗ 2016 г. «Руководство по лечению инфекции, вызванной *Treponema pallidum* (сифилиса)», распространяются на всех взрослых и подростков (лиц в возрасте от 10 до 19 лет), в том числе на такие категории населения, как беременные, люди, живущие с ВИЧ, лица с иммунодефицитными состояниями и ключевые группы населения, в частности секс-работники, мужчины, практикующие секс с мужчинами (МСМ), и трансгендерные лица (142).

Герпес и ВИЧ. Особую озабоченность вызывает вирус простого герпеса второго типа (ВПГ-2), поскольку наличие «эпидемиологической синергии» между ним и ВИЧ приводит к усилению передачи или клинических проявлений ВИЧ-инфекции. Инфицирование ВПГ-2 увеличивает риск заражения ВИЧ-инфекцией приблизительно в три раза, а лица с коинфекцией ВПГ-2 и ВИЧ чаще передают ВИЧ другим. Инфекция ВПГ-2 у лиц, живущих с ВИЧ, часто протекает в более тяжелой форме и может вызывать развитие тяжелых, хотя и редких, осложнений, таких как инфекции мозга, глаз или легких (144). Рекомендации по лечению генитального герпеса, представленные в публикации ВОЗ 2016 г. «Руководство ВОЗ по лечению генитального герпеса», распространяются на всех взрослых и подростков (лиц в возрасте от 10 до 19 лет), в том числе на такие категории населения, как беременные, люди, живущие с ВИЧ, лица с иммунодефицитными состояниями и ключевые группы населения, в частности секс-работники, МСМ и трансгендерные лица.

В этой публикации предложены схемы дозирования для лечения рецидивов генитального герпеса (ВПГ) с клиническими проявлениями у лиц, живущих с ВИЧ, и лиц с другими иммунодефицитными состояниями. В областях с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции следует рассмотреть целесообразность назначения супрессивной терапии инфекции, вызываемой ВПГ-2. У пациентов с иммунодефицитом (в том числе с ВИЧ), как правило, отмечаются более частые и более тяжелые обострения. Рецидивирующие язвенные поражения половых органов могут приводить к значительным нарушениям физического и психологического состояния пациента (144).

Вульвовагинальный кандидоз и ВИЧ. Кандидоз, поражающий несколько анатомических областей, в том числе вульву и влагалище, является важным признаком сопутствующей ВИЧ-инфекции. У таких пациентов заболевание часто характеризуется тяжелым рецидивирующим течением. Обычно для лечения требуются длительные курсы приема препаратов, нередко применяется постоянная супрессивная терапия (139).

Гонорея и ВИЧ. Рекомендации по лечению гонококковых инфекций, передаваемых половым путем, представленные в публикации ВОЗ 2016 г. «Руководство по лечению инфекции, вызванной *Neisseria gonorrhoeae*», распространяются на всех взрослых и подростков (лиц в возрасте от 10 до 19 лет), в том числе на такие категории населения, как люди, живущие с ВИЧ, и ключевые группы населения, в частности секс-работники, МСМ, трансгендерные лица и беременные (143).

Вставка 4.5. Основные соображения в отношении тактики ведения ИППП у женщин, живущих с ВИЧ, из ключевых групп населения

- Скрининг, включая периодическое обследование людей из ключевых групп населения на асимптоматические ИППП, диагностика и лечение ИППП являются важнейшими составляющими комплексных ответных мер в отношении ВИЧ-инфекции, и все ключевые группы населения должны иметь широкий доступ к таким услугам. Тактика ведения случаев ИППП должна соответствовать существующим рекомендациям ВОЗ и быть адаптирована к национальным условиям. Кроме того, эти услуги должны быть конфиденциальными и оказываться без принуждения, а пациенты должны давать информированное согласие на лечение.
- При недоступности лабораторного исследования для ведения пациентов с симптоматическими формами заболевания может быть использован подход, основанный на синдромной диагностике – в соответствии с национальными рекомендациями по ведению ИППП.
- В условиях высокой распространенности ИППП и нехватки клинических служб секс-работницам следует предлагать периодически проходить презумптивное лечение асимптоматических ИППП (лечение вероятной инфекции). Периодическое презумптивное лечение должно осуществляться только в качестве бесплатной, добровольной, конфиденциальной и краткосрочной меры в рамках комплексных услуг по охране сексуального здоровья, пока происходит дальнейшее развертывание служб по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции и ИППП в районах с высокой распространенностью ИППП, например таких, где распространенность инфекций, вызванных *N. gonorrhoea* и (*улу*) *C. trachomatis*, превышает 15%.
- Медицинские работники должны хорошо понимать и учитывать особые потребности трансгендерных лиц в отношении оказания медицинской помощи. В частности, у таких людей обследование половых органов и сбор образцов могут вызывать особый физический или психологический дискомфорт, независимо от того, подвергался ли данный пациент реконструктивной хирургии половых органов или нет.

Источник: ВОЗ, 2016 г. (10).

Ценности и предпочтения

Опрошенные женщины описали ряд трудностей, мешающих им свободно решать, когда и каким образом вступать в интимные отношения и как вести здоровую и приносящую удовлетворение половую жизнь. Насилие со стороны интимного партнера (НИП), неравное соотношение сил между мужчинами и женщинами, экономическая зависимость и нарушения психического здоровья ставят под угрозу возможность женщин реализовать свою волю в области сексуального поведения и сохранить физическую неприкосновенность. Правовые и общественные санкции препятствуют доступу женщин более молодого или старшего возраста (помимо прочих) к информации и услугам консультирования в отношении более безопасного сексуального поведения и взаимоотношений (включая профилактику ИППП), навыков обсуждения с половыми партнерами темы сексуального удовлетворения, а также вопросов укрепления доверия и умения договариваться о совместном принятии решений. Респондентки ГОЦП подчеркнули, что им необходим доступ ко всей совокупности услуг в связи с ИППП и ВИЧ, в том числе доступ к качественным услугам профилактики, диагностики, лечения и оказания помощи при этих состояниях. Они высказали потребность в доступе к мужским и женским презервативам и лубрикантам — и в приобретении навыков их использования. Кроме того, они нуждаются в получении информации, обучении и повышении осведомленности относительно рискованных форм сексуального поведения, а также безопасного и приятного секса, в том числе посредством организации взаимного обучения, обмена знаниями и консультирования. Женщины из ключевых групп населения, в частности лесбиянки, бисексуалки, трансгендеры, секс-работницы и женщины-инвалиды, нуждаются в получении адаптированной к их ситуации информации по вопросам ИППП, предоставляемой непредвзятыми поставщиками услуг, хорошо осведомленными о специфических потребностях этих женщин в отношении мер профилактики ИППП, в том числе об их повышенной уязвимости к насилию (37).



4.6.2 Рак шейки матки

Существующая рекомендация по вакцинации девочек против ВПЧ

РЕК В.33: ВОЗ рекомендует проводить вакцинацию против вируса папилломы человека в группе девочек в возрасте от 9 до 13 лет. При введении первой дозы вакцины девочкам в возрасте до 15 лет можно использовать схему вакцинации с введением двух доз. Интервал между введениями этих двух доз должен составлять шесть месяцев. Максимальный интервал между введениями двух доз вакцины не установлен; однако не рекомендуется, чтобы он превышал 12–15 месяцев. Если интервал между дозами составляет менее пяти месяцев, тогда третью дозу вакцины следует ввести не менее чем через 6 месяцев после первой дозы. Лицам с иммунодефицитными состояниями, в том числе людям, живущим с ВИЧ, а также женщинам старше 15 лет также рекомендуется пройти курс вакцинации против ВПЧ, при этом для обеспечения полной защиты от инфекции необходимо введение трех доз (начальной, через 1–2 и 6 месяцев).

(Информация о силе рекомендации и качестве доказательств отсутствует, однако в исходном документе упомянуто использование методики GRADE [145]).

Примечания

- Эта существующая рекомендация была перенесена в настоящее руководство из публикации ВОЗ 2014 г. «*Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice*» [Комплексная борьба с раком шейки матки: краткое практическое руководство] (146).
- Дополнительную информацию можно найти в первоначальной публикации, доступной по веб-адресу: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/144785/1/9789241548953_eng.pdf

i. Общие сведения

Рак шейки матки является вторым по уровню распространенности раковым заболеванием среди женщин, проживающих в странах с низким и средним уровнем дохода. Рак шейки матки не должен приводить к гибели больных, так как при своевременном выявлении и раннем начале лечения его можно предотвратить или вылечить. У женщин, живущих с ВИЧ, чаще наблюдается развитие персистирующей формы инфекции, вызываемой ВПЧ, и инфицирование несколькими онкогенными типами ВПЧ в молодом возрасте, по сравнению с женщинами, не инфицированными ВИЧ. Кроме того, у них отмечается более быстрое прогрессирование инфекции до стадии предраковых заболеваний и рака шейки матки. Наличие ВИЧ-инфекции повышает риск развития рака шейки матки — СПИД-ассоциированного заболевания у ВИЧ-инфицированных женщин — в 4–5 раз (146).

Для женщин, живущих с ВИЧ, характерен повышенный риск инфицирования ВПЧ и развития связанных с этим вирусом опухолей, включая цервикальную интраэпителиальную неоплазию (ЦИН) -2й или -3й степени и инвазивный рак шейки матки. Согласно имеющимся данным, распространенность инфицирования ВПЧ и ЦИН увеличивается при усилении иммуносупрессии. Применение АРТ, по видимому, не улучшает исходы рака шейки матки (146).

Все вышеперечисленное однозначно свидетельствует о необходимости разработать специальные протоколы проведения вакцинации против ВПЧ, скрининга и лечения рака шейки матки применительно к женщинам, живущим с ВИЧ, а также всем женщинам, проживающим в странах или регионах с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции. Сюда можно отнести алгоритмы таких вмешательств, как скрининг для выявления патологии шейки матки, лечение предраковых заболеваний шейки матки и тактика ведения инвазивного рака. Существующие протоколы разработаны на основании накопленного опыта медицинской практики, и в настоящее время продолжаются исследования, предназначенные определить, действительно ли в этих протоколах используются наиболее оптимальные подходы (146).

В публикации ВОЗ 2014 г. «*Комплексная борьба с раком шейки матки: краткое практическое руководство*» изложены дополнительные методические указания (представлены ниже), касающиеся женщин и девочек, живущих с ВИЧ (146), которые ГРП признала обязательными компонентами всестороннего подхода к охране СРЗП женщин, живущих с ВИЧ.

Скрининг и лечение предраковых заболеваний шейки матки:

- Скрининг для выявления предраковых изменений и рака шейки матки необходимо проводить у всех женщин и девочек, начавших половую жизнь, у которых был получен положительный результат

тестирования на ВИЧ. Скрининг должен быть проведен как можно раньше после подтверждения диагноза ВИЧ-инфекции независимо от возраста пациентки. В случае выявления у девочек и женщин, живущих с ВИЧ, предраковых заболеваний повторный скрининг проводится через 12 месяцев после завершения соответствующего лечения; при отрицательном результате первичного скрининга повторное обследование проводится не позже, чем через три года.

- У женщин, живущих с ВИЧ, можно использовать любой из трех типов исследований, предназначенных для скрининга рака шейки матки: осмотр шейки матки после обработки раствором уксусной кислоты (VIA), тестирование на онкогенные типы ВПЧ или цитологическое исследование. Аналогичным образом, в качестве терапии могут применяться петлевая электроэксцизия шейки матки (метод LEEP) или криотерапия.
- Пациентки должны принять информированное решение и дать информированное согласие на проведение скрининга и лечения рака шейки матки.
- Если у женщин, живущих с ВИЧ, получены отрицательные результаты скрининга (т.е. признаки предраковых изменений не обнаружены), им необходимо пройти скрининг повторно не позже, чем через 3 года.
- Те женщины, живущие с ВИЧ, которые получили лечение по поводу предраковых заболеваний шейки матки, должны пройти контрольное обследование через 12 месяцев после завершения лечения.
- Наличие ВИЧ-инфекции у женщины не должно быть причиной изменения в характере лечебно-диагностических процедур, в частности таких как кольпоскопия и биопсия. У женщин, живущих с ВИЧ, в период заживления после проведения любой процедуры может отмечаться повышение местного вирусовыделения. Поэтому очень важно, чтобы медицинский работник проинформировал пациентку о настоятельной необходимости обсудить данную ситуацию с ее партнером и воздерживаться от интимных отношений до полного заживления слизистой (146).

Лечение рака шейки матки у женщин, живущих с ВИЧ:

- В связи с отсутствием тщательно разработанных или продольных исследований в области лечения рака шейки матки у женщин, живущих с ВИЧ, включить в настоящее руководство рекомендации, основанные на доказательствах, не представлялось возможным. Поэтому в данном разделе представлены некоторые практические подходы, нашедшие широкое применение на международном и национальном уровне.
- Оптимальная тактика ведения женщин, живущих с ВИЧ, у которых был выявлен рак шейки матки, заключается в проведении полного диагностического обследования, определения степени рака и назначения лечения в специализированных медицинских учреждениях, обладающих необходимым опытом в этой области. В большинстве учреждений, занимающихся лечением женщин, живущих с ВИЧ, работают многопрофильные бригады специалистов; в них используется индивидуальный подход к каждой пациентке и проводится оценка общего состояния здоровья женщины и выявление других хронических заболеваний (например, туберкулеза), которые могут дополнительно ослабить ее иммунную систему и способность женщины переносить иммуносупрессивную противораковую терапию.
- Как радиотерапия, так и химиотерапия подавляют иммунитет, а для того, чтобы избежать таких осложнений хирургических вмешательств, как послеоперационный сепсис, кровотечение или плохое заживление ран, женщина должна быть относительно здорова. Таким образом, исходное число клеток CD4 является фактором, определяющим тактику ведения женщин, живущих с ВИЧ, и его измерение должно входить в число обязательных начальных оценочных тестов независимо от распространенности рака. Этот показатель также необходим для наблюдения за состоянием иммунитета пациентки во время лечения. При исходно низком уровне клеток CD4 либо при его снижении на фоне лечения у женщины может быть начата АРТ. Это означает, что противораковое лечение будет отложено до момента восстановления ее иммунной системы (146).

Дополнительную информацию, в том числе описание стратегии «Обследуй и лечи» применительно к женщинам с положительным или неизвестным ВИЧ-статусом, проживающим в местах с высокой распространенностью ВИЧ, можно найти в публикации ВОЗ 2014 г. *«Комплексная борьба с раком шейки матки: краткое практическое руководство»* (146).

Во Вставке 4.6 представлены основные соображения по проблеме рака шейки матки у трансгендерных мужчин, живущих с ВИЧ.

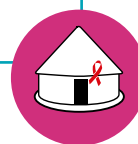
Вставка 4.6. Основные соображения по проблеме рака шейки матки у трансгендерных мужчин, живущих с ВИЧ

- Трансгендерные мужчины, которые сохранили женские половые органы, часто остаются неохваченными услугами цервикального скрининга и другими услугами по охране сексуального здоровья, так как они могут либо не обращаться за такими услугами, либо не иметь права на их получение. Поэтому они подвергаются повышенному риску развития патологии яичников, матки и шейки матки.
- После тотальной гистерэктомии – если в анамнезе имеется дисплазия шейки матки тяжелой степени и (или) рак шейки матки – тест Папаниколау (ПАП-тест) целесообразно проводить ежегодно в течение трех лет (при нормальных результатах теста), а затем каждые два-три года.
- В случаях, когда яичники удалены, а матка и шейка матки сохранены, следует соблюдать общие рекомендации ВОЗ по цервикальному скринингу. В отсутствие генитальной сексуальной активности проведение такого скрининга может быть отложено на более поздний срок. При проведении скринингового обследования следует проинформировать патологоанатома о текущем или предшествующем использовании тестостерона, так как атрофия шейки матки может напоминать дисплазию.

Источник: ВОЗ, 2016 г. (10).

Ценности и предпочтения

Женщины, участвовавшие в ГОЦП, подчеркнули, что скрининг на рак шейки матки у женщин, живущих с ВИЧ, должен быть включен в типовой пакет целостных, качественных, конфиденциальных и интегрированных услуг по охране СРЗ и услуг в связи с ВИЧ, учитывающих особенности женщин, живущих с ВИЧ, и основанных на принципах недопущения дискриминации и доброжелательного отношения к ним, при этом такие услуги должны быть доступны в условиях ограниченных ресурсов и в сельской местности, а также в местах лишения свободы и следственных изоляторах (37).



Глава 5. Оказание услуг и практическое осуществление руководства

5.1 Обзор состояния дел

Конечная цель этого руководства и представленных в нем рекомендаций и принципов надлежащей практики заключается в улучшении качества медицинских услуг и результатов охраны сексуального и репродуктивного здоровья и соответствующих прав (СРЗП) женщин, живущих с ВИЧ. Чтобы обеспечить уважение, защиту и осуществление прав человека, признанных на международном уровне, а именно права на наивысший достижимый уровень здоровья и права на отсутствие дискриминации (14, 15), необходимо, чтобы все люди имели доступ к высококачественным и экономически доступным услугам здравоохранения. Для обеспечения эффективности процесса разработки и практической реализации национальных или субнациональных мер по охране СРЗП женщин, живущих с ВИЧ, необходимо руководствоваться подходом, ориентированным на женщин, и основополагающими принципами соблюдения прав человека и гендерного равенства, изложенными в Главе 1 (раздел 1.4), а также стратегиями, описанными в Главе 3. Этот процесс подразумевает применение подхода, основанного на соблюдении этических норм и прав человека, а также координацию деятельности всех заинтересованных сторон, в том числе конструктивное участие женщин, живущих с ВИЧ. Для удовлетворения потребностей и защиты прав женщин, живущих с ВИЧ, в сфере охраны сексуального и репродуктивного здоровья (СРЗ) необходимо соблюдать принятые стандарты в отношении наличия, доступности, приемлемости и качества медицинских услуг, учреждений и расходных материалов. В частности, в дополнение к другим инициативам по укреплению системы здравоохранения срочно необходимы инвестиции в такие области, как подготовка медицинских работников. Инвестиции в данном направлении следует считать первоочередной задачей, поскольку оказание качественной помощи в сфере охраны СРЗ и обеспечение прав женщин, в частности женщин, живущих с ВИЧ, принесет долгосрочную пользу отдельным лицам, семьям, местным сообществам и странам, затронутым проблемой ВИЧ.

Рекомендации и принципы надлежащей практики в отношении создания благоприятных условий и проведения медицинских вмешательств, представленные в главах 3 и 4, соответственно, составляют часть комплексного пакета мер, предназначенных для женщин, живущих с ВИЧ. Многие другие аспекты охраны СРЗП и соответствующие вмешательства не отличаются от тех, которые применяются в отношении общего населения, и рекомендации по этим вопросам можно найти в различных руководствах ВОЗ, многие из которых были процитированы в главах 3 и 4. Различные контекстные факторы, влияющие на осуществление рекомендаций и внедрение передовой практики в сфере охраны СРЗП и обеспечения благополучия женщин, живущих с ВИЧ, рассмотрены в Главе 3.

Для принятия мер по выполнению рекомендаций, изложенных в этом руководстве, нужна стратегия, основанная на доказательных данных и разработанная с учетом местных условий и конкретных потребностей и прав женщин, живущих с ВИЧ. В задачи соответствующих программ должны входить достижение справедливости при распределении медицинских услуг, обеспечение гендерного равенства и эффективное оказание высококачественной помощи во всех случаях. Настоящая глава посвящена описанию оптимальных подходов к предоставлению медицинских услуг и практическому осуществлению рекомендаций и принципов надлежащей практики, изложенных в этом руководстве, которые следует применять, чтобы оказывать наиболее эффективную поддержку женщинам, живущим с ВИЧ, во всем их многообразии. Руководящие принципы, которые должны лежать в основе предпринимаемых усилий, приведены во Вставке 5.1.

Практическое воплощение этих руководящих принципов, параллельно с применением ориентированного на женщин подхода, опирающегося на принципы соблюдения прав человека и обеспечения гендерного равенства (см. описание в Главе 1, раздел 1.4), означает следующее:

- Потребности, приоритеты и интересы женщин, их семей и сообществ, к которым они относятся, занимают центральное место в системе оказания помощи и обязательно учитываются при планировании и практической реализации программ и услуг.
- Признается и поддерживается роль женщин не только как получателей услуг, но и как активных участников в работе систем здравоохранения, которым они доверяют и которые отвечают приоритетным потребностям и устремлениям женщин и соблюдают их права, следуя принципам комплексного, уважительного и гуманного оказания помощи.
- Обеспечение гендерного равенства лежит в основе укрепления СРЗП всех женщин, включая женщин, живущих с ВИЧ. Достичь этой цели невозможно без признания и учета таких факторов, как существующий дисбаланс власти между мужчинами и женщинами, практика отстранения трансгендерных женщин от пользования услугами, а также распространенность гендерного насилия (ГН). Взаимосвязанные проблемы, с которыми сталкиваются женщины, живущие с ВИЧ, из маргинализированных сообществ или ключевых групп населения, включают многослойные формы стигматизации, дискриминации и (или) насилия. Содействие обеспечению равенства мужчин и женщин предполагает наделение женщин правами и возможностями, которые позволят им принимать и осуществлять решения, касающиеся всех сторон их жизни, в частности вопросов пола, сексуальности и деторождения, а также участвовать в мерах по охране их собственного здоровья, которые должны быть в большей степени ориентированы на удовлетворение их собственных потребностей и ожиданий в отношении охраны здоровья, чем на контроль и ведение заболевания.
- Признается взаимодействие различных факторов, влияющих на СРЗП на индивидуальном, межличностном и общественном уровнях, а также на уровне местного сообщества, вследствие чего решающая роль в достижении оптимальных результатов охраны СРЗП принадлежит созданию благоприятных условий для женщин, живущих с ВИЧ.
- Для защиты человеческого достоинства и обеспечения благополучия женщин, живущих с ВИЧ, необходим комплексный подход к охране здоровья и соблюдению прав человека, включая обеспечение привязки женщин к соответствующим службам и преемственность этих служб.

Согласно определению, приведенному в публикации ВОЗ «*Механизм комплексного ориентированного на людей медицинского обслуживания*», «предоставление комплексных и ориентированных на людей медицинских услуг означает, что системы здравоохранения организованы не столько на принципе профилактики и лечения отдельных болезней, сколько на принципе удовлетворения всесторонних потребностей людей и сообществ; кроме того, такой подход предполагает наделение людей правами и возможностями с тем, чтобы они более активно участвовали в мерах по охране их собственного здоровья»³. В этом Механизме, принятом государствами-членами на Всемирной ассамблее здравоохранения в мае 2016 г. (148), содержатся общие рекомендации по осуществлению ориентированного на людей подхода, подразумевающего, что всем людям доступны медицинские услуги, которые (i) учитывают их приоритеты; (ii) строятся на принципе удовлетворения их потребностей и (iii) характеризуются безопасностью, эффективностью, своевременностью, экономической эффективностью и приемлемым качеством. Такое видение предусматривает систему непрерывного оказания помощи, ориентированной на комплексное удовлетворение потребностей каждого отдельного человека в отношении охраны здоровья в течение всей его жизни. Этот подход позволяет повысить эффективность и справедливость оказания медицинских услуг и успешно решать основные проблемы, с которыми сталкиваются сегодняшние системы здравоохранения. Для того чтобы содействовать осуществлению этого руководства, важно обновить или разработать инструменты практической реализации и привлечь к процессу разработки сообщество женщин, живущих с ВИЧ.

3. Данное определение приведено на веб-странице сайта ВОЗ, посвященной Механизму комплексного ориентированного на людей медицинского обслуживания: <http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/en/>.

Вставка 5.1. Руководящие принципы, лежащие в основе мер по охране СРЗП женщин, живущих с ВИЧ

Давно установлено, что порядок предоставления услуг является одним из важнейших факторов, определяющих, будет ли население обращаться за медицинской помощью, и если да, то в какой мере будут использоваться необходимые людям услуги. Для обеспечения эффективности процесса разработки и реализации мер по охране СРЗП женщин, живущих с ВИЧ, на национальном или субнациональном уровнях следует руководствоваться следующими основополагающими принципами:

- **Соблюдение этических норм и защита прав человека.** При принятии решений нужно основываться на принципах этики и соблюдения прав человека. Планируемые меры по охране СРЗП и сам процесс принятия решений должны носить недискриминационный характер и быть подотчетными перед женщинами, живущими с ВИЧ, во всем их многообразии, а при реализации этих мер нужно следовать принципу уважения и соблюдения их автономии и прав. Кроме того, при проведении любых мероприятий следует руководствоваться принципами справедливости и равенства. Это означает, что при оказании медицинских услуг необходимо использовать подход, ориентированный на преобразование отношений между полами, при котором принимаются во внимание и оцениваются устоявшиеся нормы и структуры, препятствующие доступу женщин к услугам и использованию этих услуг, с последующим принятием мер по их преобразованию (147).
- **Конструктивное участие женщин, живущих с ВИЧ.** Участие женщин имеет решающее значение для обеспечения того, чтобы разработанные и принятые решения, планы и программы были справедливыми и приемлемыми для членов сообщества и соответствовали их реальным потребностям. Представители женщин, живущих с ВИЧ, во всем их многообразии, в том числе из ключевых групп населения, должны быть вовлечены в деятельность, направленную на охрану СРЗП, на всех ее этапах (подготовка – реализация – мониторинг и оценка) (10). Успешные меры по расширению прав и возможностей местных сообществ позволяют членам сообщества и общественным организациям принимать конструктивное участие в этих процессах. Организации, возглавляемые местными сообществами, играют решающую роль в предоставлении таких видов услуг, которые наилучшим образом отвечают потребностям и приоритетам женщин, живущих с ВИЧ.
- **Участие всех заинтересованных сторон.** Для устранения проблем, препятствующих обеспечению СРЗП женщин, живущих с ВИЧ, нужны многосекторальные действия. Поэтому в планировании мер реагирования должны участвовать несколько секторов.
- **Координированный подход.** Руководитель национальной программы противодействия ВИЧ-инфекции и соответствующий орган, например национальная комиссия по борьбе с ВИЧ/СПИДом, руководитель национальной программы по охране репродуктивного здоровья и соответствующий координационный центр в министерстве здравоохранения должны взять на себя ответственность за управление всем процессом планирования и содействие участию заинтересованных сторон и местных сообществ. Для упрощения этого процесса целесообразно назначить специального сотрудника, ответственного за работу по разработке и координации услуг. В больших и неоднородных странах разработка национальной программы включает разработку соответствующих стратегий на местном и субнациональном уровнях под централизованным руководством и при координации действий на национальном уровне.
- **Открытость и прозрачность.** Информация, использованная для обоснования принятых решений, должна быть доступна общественности, включая информацию об ожидаемой эффективности, предполагаемом риске, а также о распределении положительных (выгоды для здоровья) и отрицательных (бремя) аспектов таких решений для женщин, живущих с ВИЧ.
- **Опора на доказательства (подтверждающие данные).** Политика, меры вмешательства и подходы должны быть основаны на достоверных доказательствах или опыте.
- **Обеспечение справедливости.** Программы должны быть направлены на достижение справедливых результатов в отношении здоровья во всех группах населения и во всех условиях и на содействие обеспечению гендерного равноправия.
- **Эффективность и устойчивость.** Необходимо стремиться к тому, чтобы предоставляемые в рамках программ услуги были наиболее эффективными, в том числе с экономической точки зрения, и чтобы они были устойчивыми в долгосрочной перспективе.
- **Качество.** Все службы должны обеспечивать самое высокое качество оказываемой помощи во всех случаях. Такое обеспечение качества может быть реализовано за счет процесса постоянного анализа механизма оказания услуг и соответствующих результатов.

5.2 Основные реформы в области оказания услуг

Опираясь на доказательные данные и опыт, ВОЗ рекомендует три главные реформы, предназначенные улучшить оказание услуг в связи с ВИЧ: (1) интеграция; (2) децентрализация и (3) перераспределение обязанностей (149). Эти реформы, по отдельности или в комбинации, могут улучшить доступность помощи. Подходы и инициативы, осуществляемые под руководством и при участии местных сообществ, являются неотъемлемой частью внедрения этих реформ, прежде всего когда речь идет о женщинах, живущих с ВИЧ. Учитывая разнообразие потребностей и предпочтений в сфере охраны СПЗ, присущих женщинам, живущим с ВИЧ, во всем их многообразии, а также неоднородность социальных и эпидемиологических условий, в которых они живут, для оптимального осуществления стратегий помощи и поддержки необходимо опираться на оценку конкретной ситуации и на консультации с представителями сообщества женщин, живущих с ВИЧ, и работниками здравоохранения. Соответствующие конкретные рекомендации и принципы надлежащей практики, которые предстоит реализовать на практике, были представлены в Главе 3, раздел 3.2.4.

5.2.1 Интеграция услуг

Основной целью планирования соответствующих программ должно быть создание систем медицинского обслуживания, которые будут оптимальным образом способствовать обеспечению доступности комплексной помощи, предоставляемой на основе подхода, ориентированного на женщин и учитывающего гендерные аспекты, а также потребности, устремления и приоритеты женщин, не связанные с лечением ВИЧ-инфекции. ВОЗ рекомендует интегрировать услуги по охране СПЗ с различными вмешательствами в связи с ВИЧ, а также включить их в рамки других соответствующих клинических служб, таких как службы оказания помощи в связи с насилием в отношении женщин, противотуберкулезные службы и службы по лечению наркотической зависимости (7). Интеграция услуг облегчает предоставление всеобъемлющей и последовательной помощи. Это также позволяет людям получать услуги, необходимые для удовлетворения их различных потребностей в медицинской помощи, в одно время и в одном месте. Поэтому для успешной работы служб по охране СПЗ, служб по оказанию услуг в связи с ВИЧ и других смежных медицинских и социальных служб важное значение имеет сотрудничество между программами на каждом уровне системы здравоохранения.

При этом следует принимать во внимание такие вопросы, как мобилизация и распределение ресурсов; подготовка, наставничество и курирование медицинских работников; закупки и управление поставками лекарственных средств и других медицинских материалов; а также мониторинг и оценка деятельности.

Управление интегрированными медицинскими услугами и порядок их предоставления должны обеспечивать населению получение непрерывного комплекса услуг по укреплению здоровья, профилактике, диагностике, лечению и ведению заболеваний, реабилитации и паллиативной помощи на разных уровнях и в различных местах предоставления помощи в рамках системы здравоохранения и в соответствии с их потребностями на всех этапах жизни (150). Сюда относятся как услуги по охране СПЗ, так и другие услуги, которые могут потребоваться женщинам, живущим с ВИЧ. При установлении связи между вмешательствами в области СПЗ и ВИЧ признается важность наделяния людей правом и возможностью принимать обдуманные решения в отношении их СПЗ и учитывается, что сексуальность играет крайне важную роль в жизни людей. Определения терминов «связи» и «интеграция» применительно к охране СПЗ даны во Вставке 5.2.

Вставка 5.2. Определения терминов «связи» и «интеграция» применительно к охране СПЗ

Связи: взаимосвязь мер политики, программ, услуг и информационно-пропагандистской деятельности в области СПЗ и ВИЧ.

Интеграция: механизм, с помощью которого различные услуги в области СПЗ и ВИЧ и (или) соответствующие оперативные программы могут быть объединены для обеспечения совокупных результатов. В частности, сюда входит направление пациентов одной службой на консультацию и лечение в другую. Интеграция основана на необходимости предоставления комплексных услуг.

Источник: ВОЗ, ЮНФПА, МФПР (IPPF), ЮНЭЙДС, 2005 г. (151).

В результате сотрудничества между ЮНФПА, ВОЗ и некоторыми другими партнерами, в том числе сообществом людей, живущих с ВИЧ, был разработан обновленный механизм «*Integrated EMTCST commodities framework*» [Интегрированная стратегическая основа обеспечения товарами медицинского назначения в рамках мероприятий по ЭПМР] (152). Данная стратегическая основа позволит руководителям программ и структур управления системами снабжения понять, какой набор товаров необходимо иметь в наличии с тем, чтобы обеспечить всестороннюю интеграцию программ, предоставляющих услуги по охране СРЗП на основе платформ для охраны репродуктивного здоровья и охраны здоровья матерей, новорожденных и детей и платформ для планирования семьи. Она объединяет ряд уже существующих комплектов товаров медицинского назначения, которые используются, в том числе, для предоставления комплексных услуг в рамках четырехкомпонентной стратегии по элиминации передачи ВИЧ от матери ребенку (ЭПМР), а также для оказания услуг по планированию семьи, услуг в связи с инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), услуг в связи с гендерным насилием, услуг в связи с ВИЧ и услуг по охране здоровья матерей, новорожденных и детей (ОЗМНД).

Инструменты ВОЗ, которые могут способствовать практическому осуществлению других услуг, имеющих отношение к ВИЧ, представлены во Вставке 5.3, а инструменты, предоставляющие руководство в отношении увязки мер в области охраны СРЗ и противодействия ВИЧ, приведены во Вставке 5.4.

Вставка 5.3. Руководство ВОЗ в отношении подходов к предоставлению услуг в связи с ВИЧ-инфекцией

В публикациях 2016 г. «Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции. Рекомендации с позиции общественного здравоохранения, второе издание» (7) и 2015 г. «Руководство о времени назначения антиретровирусной терапии и по доконтактной профилактике ВИЧ-инфекции» (153) содержатся общие рекомендации по основным практическим и организационным вопросам медицинского обслуживания в следующих областях:

- Назначение антиретровирусной терапии (АРТ), оказание помощи при начале АРТ и поддержка приверженности лечению
- Удержание клиентов, живущих с ВИЧ, в системе непрерывного оказания помощи на всем ее протяжении
- Интеграция услуг и установление связей между ними, а также децентрализация служб оказания помощи и лечения при ВИЧ-инфекции
- Развитие кадровых ресурсов, включая перераспределение обязанностей
- Лабораторно-диагностические службы
- Системы управления закупками и поставками товаров медицинского назначения.

Вставка 5.4. Инструменты, предлагающие руководство по вопросам увязки мер в области охраны СРЗ и противодействия ВИЧ

- «*Sexual and reproductive health & HIV/AIDS: a framework for priority linkages*» [Сексуальное и репродуктивное здоровье и ВИЧ/СПИД: Основы приоритетных связей], 2005 г. (151)
- «*SRH & HIV linkages resource pack*» [Комплект информационных материалов по вопросам связей в области СРЗ и ВИЧ], 2012 г. (154)
- «*Integrating HIV voluntary counselling and testing services into reproductive health settings: stepwise guidelines for programme planners, managers and service providers*» [Интеграция услуг по добровольному консультированию и тестированию в связи с ВИЧ в пакет услуг, предоставляемых службами по охране репродуктивного здоровья: пошаговое руководство для разработчиков и руководителей программ и поставщиков услуг], 2004 г. (155)
- «*Reproductive choices and family planning for people living with HIV: counselling tool*» [Возможности репродуктивного выбора и планирование семьи для людей, живущих с ВИЧ: инструмент консультирования], 2012 г. (116)
- «*Инструмент для экспресс-оценки связей в области сексуального и репродуктивного здоровья и ВИЧ: общее руководство*», 2009 г. (73).

5.2.2 Децентрализация услуг

Основная цель стратегий децентрализации заключается в том, чтобы оказывать услуги по охране СРЗ и услуги в связи с ВИЧ в местах, наиболее приближенных к людям, которые в них нуждаются. Децентрализация может существовать в различных вариантах, таких как деконцентрация услуг, делегирование или передача полномочий, но в любом случае главной задачей этой стратегии является улучшение показателей охвата антиретровирусной терапией (АРТ) и доступности услуг по охране СРЗ (конкретные рекомендации по этому вопросу представлены в Главе 3, раздел 3.2.4). Децентрализация доступа к этим услугам может сыграть решающую роль в улучшении положения женщин, живущих с ВИЧ, поскольку такая реформа поможет улучшить показатели доступности соответствующих служб, уровень обращаемости за медицинской помощью и удержания пациенток в программе лечения (7). Во многих местах такие факторы, как транспортные расходы и длительное время ожидания в центральных больницах, являются значительным препятствием для доступа к услугам и удержания пациентов в системе оказания помощи. Децентрализация услуг, особенно в сельской местности, может уменьшить трудности и расходы, связанные с проездом до медицинских учреждений, и сократить время ожидания. При условии тщательного планирования и осуществления (а также принятия мер по обеспечению конфиденциальности и высокого качества оказываемой помощи) децентрализация услуг может способствовать созданию более безопасных, более конфиденциальных и более доступных вариантов медицинского обслуживания, прежде всего для женщин, живущих с ВИЧ. Чтобы обеспечить предоставление надлежащих и приемлемых услуг потенциальным и (или) фактическим клиентам, необходимо привлекать их к процессу планирования и разработки мер по децентрализации, а также к мониторингу и оценке этой деятельности. Децентрализация услуг оказания помощи и лечения при ВИЧ-инфекции, предназначенных для женщин, живущих с ВИЧ, может также способствовать более активному участию местного сообщества, обеспечивая взаимосвязь мероприятий, осуществляемых на местном уровне, с учреждениями здравоохранения.

- **Подходы, ориентированные на оказание услуг на базе местного сообщества**, могут увеличить доступность и приемлемость услуг для ключевых групп населения. Такие подходы, осуществляемые, например, в форме активного охвата населения (программы аутрич), услуг, оказываемых мобильными медицинскими бригадами или предоставляемых в местах частого пребывания ключевых групп населения либо в неформальных центрах помощи («дроп-ин центрах»), помогают охватить людей, которые имеют лишь ограниченный доступ к официальным медицинским учреждениям или не могут получить там необходимую помощь. Кроме того, они способствуют как установлению жизненно важного сотрудничества между местными сообществами и медицинскими учреждениями, так и процессу децентрализации соответствующих служб. Понятие «программы, ориентированные на оказание услуг на базе местного сообщества» может также относиться к программам, которые возглавляются и проводятся женщинами, живущими с ВИЧ, из ключевых групп населения. Сотрудникам программы, в том числе представителям местного сообщества из групп взаимопомощи, следует оказывать должную поддержку, например в виде обучения, консультирования, надзора, наставничества, методического контроля, вознаграждения за труд и предложения стимулов.
- **Предоставление услуг под руководством местных сообществ** означает, что члены местного сообщества играют решающую роль в разработке, предоставлении и мониторинге услуг. Такая форма организации услуг позволяет членам сообщества устранить структурные барьеры, препятствующие осуществлению их прав, и дает им возможность изменить социальные нормы, тем самым снижая общий уровень уязвимости ключевых групп населения – помимо уязвимости к ВИЧ-инфекции. Например, в их обязанности входит следующее:
 - обеспечение достаточного и надежного доступа как к ряду изделий (презервативы, лубриканты, средства временной контрацепции), так и к медицинской помощи (путем активного охвата и направления клиентов на соответствующие медицинские учреждения, а также распределения медицинских товаров на уровне местного сообщества) (156);
 - реагирование на насилие в отношении женщин, живущих с ВИЧ, и реализация других структурных вмешательств; а также
 - создание для местного сообщества формальных и неформальных механизмов информирования о качестве услуг и взаимодействия с соответствующими службами помимо программы по охране СРЗ или профилактики и лечению ВИЧ-инфекции.

5.2.3 Перераспределение и разделение обязанностей по предоставлению услуг

Перераспределение обязанностей предусматривает рациональное перераспределение должностных функций между медицинскими работниками и работниками без специального образования. Там, где это целесообразно, осуществляют передачу должностных функций от высококвалифицированных медицинских работников медицинским работникам с более коротким периодом обучения и меньшим количеством дополнительных квалификаций (7). Многие страны сталкиваются с проблемой нехватки медицинских работников. Поэтому рациональное перераспределение обязанностей может повысить эффективность и результативность работы имеющегося персонала, благодаря чему он сможет обслуживать большее количество людей. Общественные организации также могут играть важную роль в таких областях, как охват женщин, живущих с ВИЧ, улучшение контактов и взаимодействия с ними, направление их в соответствующие службы и обеспечение постоянного оказания помощи и поддержки, что в целом способствует задаче укрепления здоровья. Конкретные рекомендации по перераспределению или разделению обязанностей в отношении АРТ изложены в Главе 3, раздел 3.2.4.

В публикации ВОЗ 2012 г. «*Оптимизация роли работников здравоохранения в целях улучшения доступа к ключевым мероприятиям в области охраны здоровья матерей и новорожденных посредством перераспределения обязанностей*» (*OptimizeMNH*) содержатся рекомендации в отношении того, какие обязанности могут быть переданы той или иной конкретной категории работников, исходя из обзора имеющихся доказательств (58). Хотя рекомендации этого документа не относятся конкретно к женщинам, живущим с ВИЧ, многие из них актуальны для охраны СРЗП этой категории населения. С ними можно ознакомиться, обратившись к данной публикации, доступной по веб-адресу: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77764/14/9789244504840_rus.pdf?ua=1. Кроме того, в этой публикации перечислены те должностные обязанности, которые можно было бы передать другим категориям работников при условии получения дополнительных подтверждающих данных, а также обязанности, которые не рекомендуется поручать другим лицам.

В дополнение к вышесказанному следует отметить, что к эффективным стратегиям расширения охвата женщин и девочек, живущих с ВИЧ, услугами по профилактике и лечению относятся использование моделей «равный равному». К примеру, в ряде программ было показано, что обеспечение поддержки со стороны групп взаимопомощи открывает широкие возможности по значительному повышению уровня использования услуг тестирования на ВИЧ и приверженности к АРТ.

- **Вмешательства по принципу «равный-равному»** являются важной моделью оказания услуг отдельным представителям или организациям женщин, живущих с ВИЧ, и способом улучшения обмена информацией и навыками, что способствует формированию более безопасных форм поведения. Помимо предоставления услуг, сверстники и люди из такой же целевой группы могут выступать в качестве ролевых моделей и предлагать непредвзятую и уважительную поддержку, что может способствовать снижению уровня стигматизации, укреплению доверия между представителями местного сообщества и медицинскими работниками, облегчению доступа к услугам и повышению их приемлемости и потенциальной устойчивости.

5.3 Ключевые вопросы предоставления услуг женщинам, живущим с ВИЧ

Программы должны обеспечить справедливое распределение (1) ориентированных на нужды людей, (2) доступных, (3) приемлемых и (4) экономически доступных услуг. Кроме того, необходимо проинформировать женщин, живущих с ВИЧ, о наличии таких услуг и наделить их необходимыми правами и возможностями, чтобы они могли этими услугами воспользоваться. Следует оказывать целенаправленную поддержку тем женщинам, которые сталкиваются с особыми трудностями при обращении за помощью. Это может касаться таких категорий женщин, как трансгендерные женщины, которым в некоторых местах могут отказывать в предоставлении услуг на основании того, что они «предназначены для женщин»; секс-работницы, не имеющие возможности посетить службы здравоохранения, работающие по обычному расписанию, и женщины-инвалиды, для которых доступ к услугам может представлять определенные сложности. Важно обеспечить охрану их СРЗП в той же мере, в какой это должно быть сделано в отношении всех остальных женщин. Рекомендуется, чтобы соответствующие услуги предоставлялись этим женщинам в удобном месте, без проявлений стигматизации, с учетом гендерных аспектов и соблюдением конфиденциальности, при этом

необходимо принять меры по предотвращению дискриминации и снижению стигмы (92). Важно помнить о том, что женщины, живущие с ВИЧ, могут быть и среди самих медицинских работников.

5.3.1 Услуги, ориентированные на людей

Услуги здравоохранения, ориентированные на людей, отражают такой подход к оказанию помощи, который строится на основе сознательного учета индивидуальных, семейных и общественных устремлений людей в качестве участников и пользователей систем здравоохранения, которым они доверяют и которые отвечают их потребностям и предпочтениям, следуя принципам комплексного, уважительного и гуманного оказания помощи. Этот подход также предполагает необходимость просвещать и поддерживать пациентов с тем, чтобы они могли принимать решения и участвовать в оказываемой им помощи. Он организован не столько на принципе ведения отдельных болезней, сколько на принципе удовлетворения потребностей и ожиданий людей в отношении оказываемой им медицинской помощи⁴ (157).

В целях решения основных проблем, с которыми сталкиваются сегодняшние системы здравоохранения, ВОЗ в своей публикации *«Механизм комплексного ориентированного на людей медицинского обслуживания»* предлагает принять пять взаимозависимых стратегических направлений, которые позволят сделать медицинское обслуживание более комплексным и ориентированным на людей (148):

- расширение прав и возможностей людей и взаимодействие с ними посредством предоставления возможностей, навыков и ресурсов;
- усиление стратегического руководства и подотчетности;
- переориентация модели оказания помощи, в результате которой эффективные и результативные услуги здравоохранения приобретаются и предоставляются в соответствии с моделями помощи, в которых приоритет отдается оказанию услуг в системе первичного медико-санитарного обслуживания на уровне сообщества и совместным мерам по укреплению здоровья;
- координация услуг с учетом потребностей людей на каждом уровне оказания помощи, поощрение мероприятий по интеграции услуг различных работников здравоохранения и налаживание эффективных связей между сектором здравоохранения и другими секторами; а также
- создание благоприятных условий, которые позволили бы объединить усилия всех заинтересованных сторон в целях осуществления необходимых преобразований.

Разработка и обсуждение специфики проведения вмешательств в условиях каждой страны должны осуществляться на местном уровне. Конкретное сочетание стратегий, подлежащих использованию на страновом уровне, необходимо будет подготовить и разработать с учетом местных условий, ценностей и предпочтений (157).

5.3.2 Доступные услуги

Устранение или снижение возрастных барьеров. Необходимо рассмотреть законы, касающиеся возраста согласия, чтобы определить их влияние на доступ к услугам и при необходимости скорректировать их. Страны могут оценить целесообразность пересмотра политики по возрасту согласия и введения исключений в стандартные нормы в отношении возраста согласия (например, в случае зрелых несовершеннолетних или ранних детских браков). Страны также могут рассмотреть конкретные методики, которые можно использовать для оценки интеллектуальной и психологической зрелости подростков с точки зрения их способности давать согласие на получение услуг.

Повышение удобства услуг. В программах можно рассмотреть вопрос о повышении удобства услуг с помощью таких подходов, как организация мобильных услуг и (или) создание неформальных центров поддержки («дроп-ин центров»), а также предоставление услуг в выходные дни и (или) в вечернее и ночное время. Мероприятия по активному охвату населения (программы аутрич), в частности предоставление услуг в местах частого пребывания ключевых групп населения и на дому, а также применение цифровых технологий для вмешательств с использованием мобильных телефонов, также могут увеличить доступ к услугам.

Децентрализация услуг. Доступ к услугам можно увеличить за счет перемещения мест оказания услуг с уровня централизованных медицинских учреждений на уровень местных сообществ и (или) мобильных медицинских бригад (т.е. использовать транспортные средства) и периферийных медицинских

4. Данное приложение доступно онлайн по адресу: <http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/fullframe.pdf>.

учреждений. Например, такие формы работы, как половое просвещение в школах, консультирование по принципу “равный-равному” и предоставление услуг на уровне местных сообществ, будут способствовать распространению сообщений о пользе позитивного изменения поведения, улучшению наблюдения за пациентами, направленными в соответствующие службы, повышению приверженности к лечению и более активному участию людей в охране их собственного здоровья.

Инвестирование в создание благоприятных условий. Страны могут поддерживать доступ женщин, живущих с ВИЧ (в том числе из ключевых групп населения) к соответствующим услугам, инвестируя в обеспечение основных способствующих факторов, таких как комплексное лечение и программы повышения информированности о правах человека, наличие соответствующих юридических услуг, программы по снижению стигматизации и дискриминации, а также соответствующая подготовка медицинских работников и сотрудников правоохранительных органов.

5.3.3 Приемлемые услуги

Подготовка медицинских работников. Необходимо повысить уровень осведомленности и провести подготовку работников здравоохранения (в том числе общественных работников здравоохранения, аутрич-работников из местного сообщества, вспомогательного персонала и организаторов здравоохранения) по вопросам, относящимся к женщинам, живущим с ВИЧ (в том числе из ключевых групп населения), а также по практическим подходам, основанным на недопущении дискриминации, учете гендерной проблематики и устранении стигматизации. Для этого можно использовать базовое обучение и повышение квалификации, разработку и внедрение должностных инструкций и стандартных операционных процедур, поддерживающий надзор и закрепление новых знаний и умений. Там, где это возможно, программа обучения должна предусматривать участие женщин, живущих с ВИЧ.

Создание безопасной и благоприятной среды. Наличие безопасных пространств (для предоставления как медицинской помощи, так и социальных услуг), а также обеспечение конфиденциальности и недопущение стигматизации поощряют женщин, живущих с ВИЧ, обращаться за соответствующими услугами. Так, например, препятствия, затрудняющие доступ к услугам, можно преодолеть с помощью таких мер, как размещение пунктов обслуживания в удобных для клиентов местах и обеспечение того, чтобы вход в эти пункты был отдельным и хорошо освещенным. С этой же целью необходимо обеспечить соблюдение конфиденциальности, избегая различий в том, как и где женщины, живущие с ВИЧ, по сравнению с другими женщинами, получают доступ к медицинской помощи, поскольку это может приводить к непреднамеренному раскрытию ВИЧ-статуса. Привлечение женщин, живущих с ВИЧ, к планированию мер по организации доступа к услугам может повысить эффективность этих услуг. Важное значение имеет участие тех женщин, живущих с ВИЧ, которые сами относятся к медицинским работникам.

Предоставление высококачественных услуг. Услуги должны быть приемлемыми и высококачественными. Один из способов оценки качества услуг – это мониторинг опыта получателей услуг с помощью соответствующих национальных и глобальных показателей.

Обеспечение соблюдения принципов добровольного и информированного согласия. Программы должны основываться на принципах содействия реализации права людей принимать участие в процессе собственного лечения и их права на отказ от предоставляемых услуг. Все услуги должны быть добровольными и предоставляться без всякого принуждения или необходимости соответствовать каким-либо условиям для получения услуг или товаров. Информация об услугах и лечении должна быть четкой и ясной и она должна быть изложена на языке, понятном для конкретной группы клиентов. Кроме того, необходимо, чтобы предоставляемая информация была понятна неграмотным или малограмотным женщинам. Информация для подростков должна соответствовать их стадии развития.

Обеспечение конфиденциальности. Следует принимать меры для защиты неприкосновенности частной жизни и конфиденциальности. Например, при беседе с клиентом нужно всегда закрывать дверь в помещение, где проходит беседа, или найти уединенное место для разговора. Клиенты должны быть уверены в конфиденциальности персональной информации. Необходимо всегда заранее получать у них соответствующее разрешение на раскрытие их данных другим медицинским работникам. При проведении программ следует тщательно учитывать сложность сохранения конфиденциальности, в частности при использовании таких подходов, как предоставление услуг на базе местного сообщества, мероприятия широкого охвата населения (аутрич-услуги) и вовлечение в оказание услуг людей из той же целевой группы (по принципу «равный-равному»). Обеспечение конфиденциальности медицинских

карт и записей – это одна из тех мер, которые медицинские работники могут предпринять для укрепления доверия женщин, живущих с ВИЧ, к медицинским службам.

Привлечение женщин, живущих с ВИЧ. Необходимо привлекать женщин, живущих с ВИЧ, в том числе из различных ключевых групп населения, к процессу разработки программ, в частности к планированию, осуществлению и мониторингу и оценке соответствующей деятельности, а также предлагать им участвовать в работе в качестве поставщиков услуг и пропагандистов. Такое участие может повысить в местном сообществе чувство сопричастности, тем самым способствуя успеху программы.

5.4.3 Экономически доступные услуги

Принятие мер по мобилизации денежных средств. Поскольку важными условиями успешной деятельности являются приверженность правительства и адекватное финансирование, странам необходимо использовать своевременную, соответствующую поставленным задачам и надежную стратегическую информацию с тем, чтобы установить приоритеты распределения ресурсов, оценить принятые меры и определить порядок подотчетности. Это включает наращивание масштабов поддержки и инвестиций в деятельность гражданского общества, в частности сетей людей, живущих с ВИЧ, подверженных риску заражения ВИЧ или затронутых этой проблемой, с тем чтобы расширить их участие в соответствующих мероприятиях, играющее важную роль в противодействии ВИЧ.

Минимизация или отмена оплаты за услуги. Везде, где это возможно, услуги должны предоставляться бесплатно или по сниженной цене. Любые платежи за услуги должны покрываться за счет субсидий из фондов страхования или фондов здравоохранения.

Сокращение расходов. Снизить затраты как системы здравоохранения, так и клиентов можно за счет интеграции и децентрализации услуг, в том числе посредством их предоставления под руководством и при участии местных сообществ и в местах, удобных для клиентов. При этом необходимо обеспечить качество и конфиденциальность оказания услуг. Кроме того, затраты клиентов можно снизить, сократив время ожидания в медицинских учреждениях с помощью гибкой системы записи на прием и отделения потоков пациентов, нуждающихся в обследовании и консультации, от пациентов, приходящих только для получения лекарств.

5.3.5 Особенности охраны СРЗП молодых трансгендерных женщин, живущих с ВИЧ

Органы по правам человека призвали государства обеспечить населению, и в том числе подросткам, своевременный доступ к высококачественным и недорогим медицинским услугам, при оказании которых соблюдаются принципы получения информированного согласия, уважения человеческого достоинства, обеспечения конфиденциальности и учета потребностей и интересов людей (158). Тем не менее, многие молодые трансгендерные женщины, живущие с ВИЧ, подвергаются особенно выраженной стигматизации и дискриминации. Сообщается о различных формах дискриминационной практики и злоупотреблений по причине сексуальной ориентации и гендерной идентичности человека, таких как отказ в назначении приема у врача, отказ в предоставлении лечения или оказание этой услуги в грубой и неуважительной форме, нарушение врачебной тайны, стремление поставщиков услуг пристыдить такого человека лично или подвергнуть публичному унижению, а также оказание помощи в спешке и без соблюдения стандартов (159). Далее в этом подразделе приведены особенности охраны СРЗП молодых трансгендерных женщин, живущих с ВИЧ, которые касаются вопросов предоставления услуг этим женщинам. Более подробную информацию о молодых трансгендерных лицах и ВИЧ-инфекции можно найти в публикации 2015 г. «*Technical brief: HIV and young transgender people*» [Молодые трансгендерные лица и ВИЧ-инфекция: технический обзор] (160).

Предоставление услуг

Напряжение, вызванное противоречием между желанием выразить свою идентичность и страхом стать объектом стигматизации вследствие этого поступка, часто негативно сказывается на эмоциональном благополучии трансгендерных подростков и может удерживать их от обращения за советом и информацией по вопросам гендерной идентичности, СРЗ и ВИЧ (160).

Участники проведенных под эгидой ООН консультаций с представителями сообщества установили, что именно дискриминация со стороны медицинских работников представляет собой одно из наиболее существенных препятствий к использованию услуг тестирования, лечения и оказания помощи (подтверждающие данные получены из материалов консультаций, проведенных ЮНФПА и Фондом

поддержки молодого лидерства в сфере ВИЧ [HIV Young Leaders Fund] [160]). Молодые трансгендерные лица могут опасаться, что работники здравоохранения разгласят информацию об их гендерной идентичности и она станет известной другим людям. Случается, что тем из них, кто не скрывает своей гендерной идентичности, отказывают в предоставлении услуг. Некоторые пациенты сообщают о том, что доктора, явно не одобряющие их трансгендерную идентичность, отказываются лечить их от ВИЧ-инфекции (161).

Даже там, где имеются в наличии соответствующие службы, у медицинских работников часто нет опыта работы с молодежью либо им не хватает знаний, необходимых для решения вопросов, связанных с нарушением здоровья у трансгендерных лиц (162). Некоторые трансгендерные женщины с огорчением обнаруживают, что их потребности и заботы в области СПЗ отождествляются с проблемами мужчин, практикующих секс с мужчинами. Или же они чувствуют, что сами должны просвещать медицинских работников в отношении своих нужд. Эти женщины также выражают озабоченность в связи с отсутствием каких-либо рекомендаций со стороны медицинских специалистов в отношении взаимодействия между препаратами, используемыми для лечения ВИЧ-инфекции, и гормональной терапией (160).

Исследования, проведенные в Соединенных Штатах Америки, показали, что трансгендерные люди, пережившие отрицательный опыт получения медицинских услуг, предпочитают больше не обращаться за медицинской помощью (163). Предоставление услуг, не приемлемых для трансгендерных лиц, не может обеспечить эффективность мер профилактики, лечения и оказания помощи в связи с ВИЧ в этой группе населения.

Пользование услугами по охране СПЗ

Подобно другим людям, молодые трансгендерные лица реже используют презервативы в половых отношениях с основными партнерами, чем во время случайных связей или оказании платных сексуальных услуг (160).

Препятствия к получению медицинской помощи, стоящие перед ними, в значительной степени коррелируют с уровнем депрессии, экономическими проблемами и низкой самооценкой, что в целом может снижать частоту использования презервативов (164).

Оказание платных сексуальных услуг

Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что в некоторых условиях значительная часть молодых трансгендерных женщин оказывают платные сексуальные услуги, часто вследствие социального отчуждения, экономической уязвимости и трудностей с поиском работы (165, 166).

Соображения по осуществлению программ и предоставлению услуг

- Следует обеспечить беспрепятственный доступ молодых трансгендерных лиц к надлежащей информации по вопросам СПЗ — вне зависимости от их семейного положения и без необходимости получать согласие родителей или опекунов (167). Кроме того, необходимо, чтобы медицинские работники серьезно рассматривали возможность проведения лечения несовершеннолетнего трансгендера без получения согласия родителей или опекунов в тех случаях, когда это наиболее полным образом отвечает его (ее) интересам.
- Необходимо принимать меры по предотвращению любых форм физического, эмоционального и сексуального насилия и эксплуатации со стороны сотрудников правоохранительных органов или других обидчиков и содействовать реализации ответных действий со стороны сообщества.

Соображения в отношении реформ законодательства и мер политики

- Необходимо проанализировать действующие нормы и положения относительно необходимости получения согласия родителей (опекунов) и рассмотреть вопрос об их пересмотре, чтобы устранить возрастные барьеры, ограничивающие доступ лиц, не достигших совершеннолетия, к услугам тестирования, лечения и оказания помощи в связи с ВИЧ-инфекцией и ИППП. Следует принимать меры по преобразованию социальных норм и устранению стигматизации в отношении сексуальности, пола, гендерной идентичности и сексуальной ориентации посредством организации всестороннего и соответствующего возрасту полового просвещения в школах, предоставления вспомогательной информации и рекомендаций для родителей, а также соответствующей подготовки педагогов и медицинских работников и недопущения дискриминации в сфере занятости (10, 168).

5.4 Понимание местных характеристик эпидемиологии ВИЧ-инфекции и ИППП

Для подготовки и осуществления плана действий, основанного на доказательных данных, необходимо учитывать и понимать следующие аспекты: характеристики затронутых групп женщин, живущих с ВИЧ; физические, социальные и политические условия, которые влияют на степень риска и уязвимости; потребности и приоритеты женщин, живущих с ВИЧ, а также любые факторы, которые могут содействовать или препятствовать усилиям, направленным на удовлетворение этих потребностей и приоритетов; и, наконец, особенности системы здравоохранения и инфраструктуры местных сообществ.

Хотя многие риски, потребности и устремления в сфере СРЗП едины для всех женщин, некоторые факторы будут характерны только для женщин, живущих с ВИЧ, а часть из них — только для конкретной группы или ситуации. Поэтому для обеспечения того, чтобы принимаемые на местном уровне меры были надлежащими, приемлемыми и эффективными, эти риски, потребности и устремления должны быть рассмотрены на местном уровне, а местные сообщества, организации и женщины, живущие с ВИЧ, во всем их многообразии должны быть вовлечены в процесс консультирования и принимать активное участие в ситуационном анализе.

Наибольшему риску чаще всего подвергаются люди, которых можно отнести более чем к одной ключевой группе. Так, например, некоторые трансгендерные женщины, живущие с ВИЧ, могут также оказывать платные сексуальные услуги и сталкиваться с высоким уровнем насилия и дискриминации или у них могут быть дополнительные потребности в области здравоохранения или социального обеспечения, связанные с их ВИЧ-статусом, гендерной идентичностью и (или) их занятостью в секс-индустрии. Кроме того, в условиях ограниченных ресурсов женщины, живущие с ВИЧ, могут не иметь дома и (или) страдать от психических расстройств и опасаться насилия.

Очень важно, чтобы и процессы сбора информации, и собранная информация помогали защищать личную безопасность и неприкосновенность частной жизни женщин, живущих с ВИЧ, а не подвергали их еще большему риску. Во всех случаях необходимо соблюдать этические принципы и обеспечивать защиту прав человека в отношении женщин, живущих с ВИЧ. В некоторых случаях мероприятия по определению численности группы этих женщин или составлению схематического обзора их потребностей в сфере охраны СРЗП могут стать непреднамеренной причиной угрозы их безопасности и увеличения риска насилия и стигматизации по причине установления их ВИЧ-статуса и (или) принадлежности к ключевым группам населения. При сборе информации очень важно строго соблюдать принцип неприкосновенности частной жизни людей, а также обеспечивать конфиденциальность и защиту собранной информации. Если обеспечить безопасность и защиту прав женщин, живущих с ВИЧ, не представляется возможным, от сбора некоторых данных – например, о их месте проживания – лучше отказаться.

Кроме того, с течением времени, как правило, изменяются и потребности женщин, живущих с ВИЧ, в сфере СРЗП, и различные контекстные и средовые факторы. Непрерывный процесс мониторинга и оценки позволит определить изменения соответствующих параметров и скорректировать или переориентировать меры противодействия. Пробелы в имеющихся знаниях можно выявить с помощью ситуационного анализа. Для устранения выявленных пробелов (некоторые из которых представлены в Табл. 6.1 Главы 6) нужно разработать и реализовать программу дальнейших исследований.

Глава 6. Разработка программы научных исследований

6.1 Определение приоритетных направлений исследований с целью укрепления доказательной базы

Доказательная база по многим вопросам, которым посвящены новые рекомендации этого руководства, была достаточно ограничена. Тому было несколько причин: (i) в рецензируемых научных журналах были опубликованы только единичные исследования со строгой методологией, имеющие отношение к рассматриваемым темам; (ii) исследования не отличались большим географическим разнообразием и (iii) лишь отдельные исходы, включенные в исследования, представляли интерес для разработки настоящего руководства. Уровень достоверности доказательств в отношении целого ряда рассмотренных вмешательств был расценен как «низкий» или «очень низкий». Согласно методологии GRADE (Система разработки, оценки и определения научной обоснованности рекомендаций) (9), если уровень достоверности доказательств для важных исходов определен как «низкий» или «очень низкий», это означает, что дальнейшие исследования соответствующих вмешательств, вероятно, повлияют и на уровень достоверности в будущем, и на последующие рекомендации в отношении этих вмешательств. Качество доказательств в целом тоже было низким, в основном по причине неточности (малый размер выборки) и косвенности данных. Во многих случаях имеющиеся доказательства в отношении конкретного вмешательства не были специфичными только для женщин, живущих с ВИЧ, а в ряде исследований отсутствовала надлежащая группа сравнения, необходимая для сравнительной оценки эффекта вмешательства. Особенно ограниченным был объем данных по следующим вмешательствам: метод прерывания беременности, самоэффективность и расширение прав и возможностей, получение удовлетворения от половой жизни, поддержка добровольного раскрытия ВИЧ-статуса и укрепление принципов защиты прав человека.

В процессе разработки этого документа Группа по разработке руководства (ГРР) выявила ряд серьезных пробелов в научных знаниях, которые необходимо восполнить на основе оригинальных научных исследований. Выявленные пробелы перечислены в Таблице 6.1, однако этот список нельзя считать всеобъемлющим, и многие другие темы также заслуживают дальнейшего изучения (169).

Таблица 6.1. Приоритетные вопросы дальнейших исследований в сфере охраны сексуального и репродуктивного здоровья и прав (СРЗП) женщин, живущих с ВИЧ

Тема	Приоритетные вопросы исследований, предназначенных устранить пробелы в научных знаниях
А. Создание и поддержание благоприятных условий	
Проблемы старения и сексуальное здоровье	<ul style="list-style-type: none">• Какие услуги могут наиболее оптимальным образом способствовать сохранению здоровой половой жизни среди женщин более старшего возраста, живущих с ВИЧ, включая гетеросексуалок, лесбиянок, бисексуалок и трансгендерных женщин?• Как может влиять наличие ВИЧ-инфекции и ее лечение на состояние женщины в постменопаузальном периоде?
Защита от насилия в подростковом возрасте	<ul style="list-style-type: none">• Какие защитные факторы и факторы риска (в контексте насилия и других препятствий к надлежащей охране СРЗП) сопряжены с вступлением девочек-подростков во взрослую жизнь?• Какие вмешательства наиболее оптимальным образом способствуют достижению благоприятных результатов в отношении здоровья?

Тема	Приоритетные вопросы исследований, предназначенных устранить пробелы в научных знаниях
А. Создание и поддержание благоприятных условий (продолжение)	
Труднодоступные группы населения	<ul style="list-style-type: none"> • Как службы, работающие с женщинами, живущими с ВИЧ, могут учесть проблемы женщин, с которыми трудно установить контакт, с тем чтобы повысить эффективность оказания услуг этой категории лиц? • Каким образом позитивные социальные нормы могут помочь преодолеть стигматизацию и дискриминацию? • Каким образом предоставлять молодым трансгендерным лицам (в возрасте от 10 до 24 лет) надлежащие услуги по оказанию медицинской или психосоциальной помощи, разработанные с учетом их нужд и потребностей?
Медицинские работники, которые сами относятся к группе женщин, живущих с ВИЧ	<ul style="list-style-type: none"> • Какой уровень поддержки и обеспечения конфиденциальности и какое отношение персонала преобладают в системе здравоохранения применительно к женщинам, живущим с ВИЧ, которые являются медицинскими работниками? • Какие меры принимаются в настоящее время руководителями здравоохранения, чтобы обеспечить доступ этих женщин к соответствующим услугам? • Какова распространенность гендерного насилия, в частности насилия со стороны интимного партнера и гендерного насилия на рабочем месте, которому подвергаются ВИЧ-положительные женщины, которые сами являются медицинскими работниками?
Права человека и здоровье	<ul style="list-style-type: none"> • Как наиболее оптимальным образом интегрировать принципы защиты прав человека в сферу охраны здоровья и в системы здравоохранения? • Каким образом можно использовать методы защиты прав человека для улучшения состояния здоровья целевой группы населения? • Какие нарушения прав человека продолжают встречаться в рамках системы здравоохранения и какие меры необходимо принять, чтобы предотвратить их?
Услуги по лечению ВИЧ-инфекции	<ul style="list-style-type: none"> • Какие долгосрочные эффекты оказывает прием антиретровирусных (АРВ) препаратов на качество жизни женщин, живущих с ВИЧ? • Какие последствия влечет за собой пожизненная терапия в плане влияния на психическое и физическое здоровье и психосоциальный статус женщины, благополучие в сфере взаимоотношений, а также другие аспекты ее жизни? • До какой степени женщины разбираются в лечении, которое они получают, и если не разбираются, то как можно повысить уровень их знаний по этому вопросу? • Как наилучшим образом внедрить новые рекомендации по лечению ВИЧ-инфекции, чтобы содействовать достижению высокого уровня общего состояния здоровья, учитывая существование риска насилия и других проблем? • Как наиболее оптимальным образом обеспечить постоянный доступ пациентов к услугам лечения ВИЧ-инфекции в условиях перехода на новую модель финансирования: от поддержки внешних донорских организаций к поддержке со стороны местных структур, включая использование медицинского страхования?
Интеграция услуг в сфере охраны SRЗ с услугами, связанными с ВИЧ	<ul style="list-style-type: none"> • Каким образом механизм финансирования влияет на интеграцию услуг, прежде всего в тех случаях, когда приоритеты и показатели донорской организации отличаются от приоритетов и показателей национальных программ и других доноров? • Как влияет интегрированное оказание услуг в области SRЗ и ВИЧ на потенциал медицинских работников в области предоставления услуг и каковы его последствия для клиентов?

Тема	Приоритетные вопросы исследований, предназначенных устранить пробелы в научных знаниях
В. Медицинские вмешательства	
Расширение прав и возможностей женщин и их самоэффективность	<ul style="list-style-type: none"> • Как наиболее оптимальным образом содействовать обеспечению гендерного равенства и расширению прав и возможностей женщин, живущих с ВИЧ, с тем чтобы они могли вести здоровую и приносящую удовлетворение половую жизнь?
Безопасное раскрытие ВИЧ-статуса	<ul style="list-style-type: none"> • Как наиболее оптимальным образом содействовать безопасному раскрытию ВИЧ-статуса? Необходимы дальнейшие исследования следующих возможных вариантов действий: оказание помощи в уведомлении партнеров и другие способы содействия раскрытию ВИЧ-статуса; подходы к тестированию на ВИЧ и безопасному раскрытию диагноза, которые могли бы объяснить, почему люди предпочитают не разглашать информацию о своем заболевании и предложить новаторский подход к решению этих проблем; функциональная поддержка, сопровождающая раскрытие ВИЧ-статуса (например, предоставление приюта или убежища), прежде всего при наличии других серьезных препятствий к обеспечению надлежащей охраны СРЗ, таких как насилие; службы комплексной помощи, включающие оказание поддержки в раскрытии ВИЧ-статуса.
Краткое консультирование по вопросам сексуальности	<ul style="list-style-type: none"> • В чем заключаются наиболее эффективные вмешательства, способные помочь ВИЧ-положительным женщинам, решившим вступить в половые отношения, сделать их безопасными и приносящими удовлетворение, исходя из доказательных данных по здоровой сексуальности и сексуальной дисфункции среди женщин, живущих с ВИЧ?
Кесарево сечение	<ul style="list-style-type: none"> • Какова частота и характеристика осложнений после родоразрешения путем операции кесарева сечения у женщин, живущих с ВИЧ, по сравнению с неинфицированными женщинами?
Роды и родоразрешение	<ul style="list-style-type: none"> • Каковы последствия установления диагноза ВИЧ-инфекции во время беременности? • Как наиболее оптимальным образом помочь женщинам, у которых ВИЧ-инфекция была диагностирована во время беременности, преодолеть негативные последствия наличия этого заболевания у беременной? • Какая доля женщин проходит тестирование на ВИЧ вне беременности? • Как взаимосвязаны тестирование на ВИЧ и оказание дородовой помощи? • Как можно удержать кормящих женщин в системе оказания помощи в связи с ВИЧ-инфекцией? • Какая связь между антиретровирусной терапией (АРТ) и преэклампсией? Следует отметить, что рекомендации ВОЗ 2011 года по профилактике и лечению преэклампсии и эклампсии относятся ко всем женщинам, а не только к женщинам, живущим с ВИЧ (170).
Безопасное прерывание беременности	<ul style="list-style-type: none"> • Отличаются ли исходы медикаментозных и хирургических абортов у женщин, живущих с ВИЧ, при использовании для медикаментозного прерывания беременности мифепристона и мизопростола? Следует отметить, что серьезный пробел научных исследований заключается в том, что в них оценивали только аборты, проведенные с использованием мизопростола, а не рекомендуемой комбинации мифепристона и мизопростола (32).
Охрана психического здоровья	<ul style="list-style-type: none"> • Какая существует связь между развитием у женщин, живущих с ВИЧ, посттравматического стрессового расстройства и тем опытом, который они пережили в связи с подтвержденным диагнозом ВИЧ-инфекции, перенесенным насилием или другими распространенными ситуациями, обусловленными положительным ВИЧ-статусом?

6.2 Формирование надлежащего подхода к научным исследованиям по вопросам охраны СРЗП

6.2.1 Женщины, живущие с ВИЧ, как равные партнеры в сфере научных исследований

Научные исследования, касающиеся женщин, живущих с ВИЧ, следует проводить при участии, силами и в интересах этих женщин, рассматривая их как равных партнеров по исследовательской работе. Исследования, которые выполняются в этой области и на проведение которых выделяется соответствующее финансирование, должны содержать обоснование актуальности их проведения для улучшения положения женщин, живущих с ВИЧ.

Необходимо проводить постоянную работу по обеспечению активной и эффективной интеграции механизмов защиты прав человека в планирование медицинских услуг и оказание медицинской помощи.

Аналогичным образом, исследователи в области охраны СРЗП должны целенаправленно включать вопросы соблюдения прав человека и оценку соответствующих результатов в дизайн своих исследований и обеспечивать соответствие используемого языка и стиля изложения контексту СРЗП.

При проведении исследований по более широкой тематике в исследуемую популяцию необходимо включать и группу женщин, живущих с ВИЧ, а при оценке результатов исследований следует проводить анализ данных в подгруппах, чтобы показать, насколько полученные результаты специфичны для этой группы. Например, в рамки более широкой программы научных исследований по проблеме предупреждения насилия (в том числе стигматизации) можно включить изучение роли ВИЧ в маргинализированных группах населения, таких как секс-работники, не сосредотачивая все внимание только на ВИЧ-инфекции. Установление таких связей может дать более глубокое представление о будущих действиях в помощь всем женщинам, а не только тем из них, кто живет с ВИЧ.

Научное исследование должно соответствовать принципу уважительного отношения к особой жизненной ситуации каждого участника. Например, основные вопросы проведения научных исследований у женщин, переживших насилие, изложены в публикации 2016 г. *«Ethical and safety recommendations for intervention research on violence against women. Building on lessons from the WHO publication: Putting women first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women»* [Рекомендации ВОЗ по вопросам соблюдения этики и обеспечения безопасности при исследовании вмешательств, направленных на противодействие насилию в отношении женщин. Учет уроков, извлеченных из публикации ВОЗ «Женщина на первом месте: рекомендации по соблюдению этики и обеспечению безопасности при проведении исследований бытового насилия в отношении женщин»] (171).

Научный подход, ориентированный на конкретные действия в целях решения практических задач, в том числе посредством расширения возможностей местного сообщества, нашел свое выражение в появлении совместных исследований с активным участием затронутых групп населения (participatory action research). Женщины-активистки в области противодействия ВИЧ назвали такой подход, заключающийся в налаживании уважительного взаимодействия с представителями местных сообществ и использовании их опыта, конструктивным (значимым) участием женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом. Подход, использованный при подготовке настоящего руководства, и взаимодействие с сообществом женщин, живущих с ВИЧ, отражают масштабность и основательность вовлечения представителей затронутых групп населения, подкрепленные результатами всесторонних исследований и подробными положительными отзывами, свидетельствующими о реальной возможности воплотить принципы конструктивного участия ВИЧ-положительных женщин, состоящие в активном участии и учете многообразия различных групп этих женщин, а также соблюдении этических норм (40). При надлежащем содействии такие совместные исследования могут помочь изменить умонастроения и стимулировать изменения в обществе (172).

Публикация 2014 г. *«Participatory action research in health systems: a methods reader»* [Методологический сборник по вопросам проведения совместных исследований, ориентированных на конкретные действия, в рамках систем здравоохранения] представляет собой полезный инструмент для планирования исследований такого рода (172).

6.2.2 Дизайн исследования

В целях расширения доказательной базы для будущих рекомендаций необходимо при разработке дизайна исследования придерживаться самого строгого методологического подхода, призванного охватить и ответить на все вопросы исследования. Для оценки эффективности конкретных вмешательств следует использовать рандомизированные контролируемые исследования (РКИ) или любые другие исследования, которые несут сравнительный характер. Тем не менее, важно отметить, что для точной интерпретации результатов исследований и обеспечения возможности распространить сделанные выводы на другие условия или группы населения необходимо знать все обстоятельства проведения конкретного исследования, чтобы ясно понимать, что же в действительности оценивалось в данном РКИ. Поэтому все эти исследования должны сопровождаться ведением сопроводительной документации с описанием всех качественных и количественных методов.

Расширение научных исследований по вопросам практической реализации и соответствующих демонстрационных проектов позволит получить сведения о том, как следует — и как не следует — внедрять рекомендуемые практические подходы, чтобы обеспечить их эффективность, а также будет содействовать решению широкого круга других потенциально актуальных научных вопросов (173). При

разработке и проведении научных исследований следует исходить не только из задачи разрешить актуальные вопросы исследований, но и стремиться, чтобы они могли содействовать реализации возможных дальнейших действий на основе полученных результатов. При определении вопросов исследования и обсуждении его результатов следует принимать во внимание те структуры, которые будут участвовать в практическом осуществлении его выводов в будущем, а также обстоятельства этого осуществления и необходимые ресурсы. Ключом к решению этой проблемы является внедрение исследований по вопросам практической реализации как проверенного метода получения надежных результатов (174).

Исследователи должны адаптировать свое исследование к специфике соответствующих существующих услуг здравоохранения, ресурсов и структур, взаимоотношений между этими структурами, а также различных факторов, действующих в рамках социально-экологической модели, на которые может потребоваться направить усилия, чтобы содействовать достижению положительных результатов (175). Даже если охватить все элементы той или иной тематической области в рамках какого-либо отдельного исследования не представляется возможным, исследователям необходимо стремиться рассмотреть как клинические, так и поведенческие аспекты проблемы СРЗП и ВИЧ и как минимум учитывать ограничения их работы при невыполнении этого условия. При описании проведенного исследования его авторы должны подробно изложить изученные вмешательства и обстоятельства их применения с тем, чтобы их можно было использовать и в других условиях — после соответствующей адаптации в целях обеспечения максимальной вероятности успеха.

В тех случаях, когда для ответа на вопросы исследования более целесообразно провести качественные или несравнительные исследования, исследователи должны четко описать свои методы с тем, чтобы обеспечить надежность полученных результатов. Например, необходимо разъяснить, в чем заключается теоретическое основание исследования и какие использовались научные гипотезы, а также указать степень участия исследователя, подход к составлению выборки и методы анализа данных. Подобные меры способствуют повышению методологической строгости исследований и облегчают претворение их результатов в эффективные действия.

Важно, что в ходе исследования выявляются не только существующие проблемы, но и достижения, сильные стороны и платформы, на которые можно опереться при планировании и осуществлении программ (38). При планировании, проведении и анализе результатов научных исследований необходимо использовать подходы и парадигмы, основанные на учете сильных сторон и активов общества (150). Глобальный опрос о ценностях и предпочтениях (ГОЦП), который цитируется в настоящем руководстве, — это один из примеров позитивного подхода к формированию понимания важных тем здравоохранения, который состоит как в предоставлении руководящей роли в проведении исследований представителям затронутых групп населения, так и в использовании опросов, позволяющих выявить позитивные практические подходы, на основании которых можно строить дальнейшие действия (37).

6.2.3 Финансирование

Одна из причин, лежащих в основе ограниченности доказательной базы по вопросам, касающимся женщин, живущих с ВИЧ, состоит в том, что их часто не допускают к участию в исследовании. В целях создания доказательной базы важно принять меры по недопущению использования положительного ВИЧ-статуса в качестве критерия невключения в исследование. Финансирующие структуры должны обеспечить поддержку исследований с участием женщин, живущих с ВИЧ, которые дали добровольное согласие на включение в исследование. Они также должны следить за тем, чтобы этим женщинам разъясняли цели и задачи исследования и доводили до их сведения полученные результаты. Кроме того, при обеспечении конструктивного участия сообществ женщин, живущих с ВИЧ, необходимо учитывать шаткость экономической ситуации, в которой находятся многие из них, и принимать соответствующие поддерживающие меры, поскольку эти женщины часто не получают никаких компенсаций за затраченные ими время и усилия.

Глава 7. Распространение, применимость и обновление руководства и рекомендаций

7.1 Распространение

Данное руководство будет доступно в электронной версии для скачивания, а также в виде печатного издания. Электронная версия будет доступна на сайтах Департамента ВОЗ по вопросам репродуктивного здоровья и научных исследований (RHR) и Департамента ВОЗ по ВИЧ/СПИДу, а также на веб-сайте Библиотеки ВОЗ по вопросам репродуктивного здоровья (RHL)⁵. Печатные версии будут распространяться в региональные и страновые бюро ВОЗ, министерства здравоохранения, национальные партнерские организации в сфере противодействия СПИДу, центры, сотрудничающие с ВОЗ, партнерские НПО и профессиональные сообщества, а также сообщества людей, живущих с ВИЧ. Совместно с Департаментом ВОЗ RHR и Департаментом ВОЗ по ВИЧ/СПИДу будут проведены технические встречи, на которых будут представлены рекомендации и производные данного документа, в том числе инструменты реализации новых рекомендаций и принципов надлежащей практики. Например, в приложение к рекомендации по безопасному раскрытию ВИЧ-статуса ВОЗ в настоящее время разрабатывает модуль, предназначенный для работников здравоохранения, в частности лиц, предоставляющих услуги по консультированию и тестированию на ВИЧ, содержащий инструкции, как помочь женщинам, которые подвергаются риску или являются жертвами насилия со стороны интимного партнера, принять решение в отношении раскрытия ВИЧ-статуса с учетом соображений безопасности. Этот модуль необходимо будет использовать совместно с клиническим справочником ВОЗ «*Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence*» [Оказание медицинской помощи женщинам, подвергшимся насилию со стороны интимного партнера или сексуальному насилию], в котором представлено полное практическое руководство для медицинских работников по вопросам оказания помощи женщинам, являющимся жертвами насилия, включая практические советы и должностные инструкции (176). Будет разработано два резюме доказательств: одно – для лиц, ответственных за разработку политики, и руководителей программ, другое – для работников здравоохранения, в которых будут освещены как сами рекомендации, так и вопросы, относящиеся к их внедрению в конкретных условиях.

Если позволит объем финансирования, в планы распространения руководства также войдут семинары и брифинги с различными заинтересованными сторонами на глобальном и региональном уровнях. Предполагается, что подробные планы разработки резюме доказательств и инструментов реализации, а также распространения и осуществления руководства будут составлены в сотрудничестве с партнерами по осуществлению, национальными заинтересованными сторонами и сообществами женщин, живущих с ВИЧ, при этом в них будет предусмотрена возможность адаптации производных документов к потребностям, соответствующим местным условиям различных стран.

Резюме и рекомендации из этой публикации будут переведены на шесть языков ООН для распространения через региональные бюро ВОЗ и во время встреч, организованных или посещаемых персоналом Департамента ВОЗ RHR и Департамента по ВИЧ/СПИДу, среди прочих.

Само руководство будет размещено на официальном веб-сайте Департамента ВОЗ RHR и в рамках ежемесячного электронного информационного бюллетеня «HRP News» [Новостной выпуск ПРЧ]⁶. В настоящее время на этот бюллетень подписаны более 3000 человек, в их числе клиницисты, руководители программ, лица, ответственные за разработку политики, и пользователи услуг здравоохранения по всему миру. Руководство также будет распространяться через ряд платформ по обмену знаниями, в частности через Инициативу по внедрению передовой практики⁷ и веб-сайт

5. Данное приложение доступно онлайн по адресу: <https://extranet.who.int/rhl/ru>.

6. Просьба обратиться к странице «What's new?» [Что нового?] на веб-сайте Департамента RHR и Программы ПРЧ (веб-сайт RHR/HRP), на котором находится ссылка для оформления подписки на HRP News [Новостной выпуск ПРЧ]: <http://www.who.int/reproductivehealth/news/en/>.

7. Подробнее см. <http://www.ibpinitiative.org/>.

Межведомственной рабочей группы по вопросам связей в области СРЗ и ВИЧ⁸; обе группы охватывают основных партнеров, работающих в области СРЗП и ВИЧ. Кроме того, будет опубликован ряд статей, представляющих систематические и литературные обзоры, проведенные в ходе подготовки данного руководства (см. Приложение 4), а также рекомендации и основные соображения относительно их внедрения, в соответствии с политикой открытого доступа и авторского права ВОЗ.

В целях более широкого распространения рекомендаций ВОЗ по вопросам охраны СРЗП Департаментом RHR была создана и недавно запущена функция поиска в базе рекомендаций и руководств ВОЗ. Рекомендации, изложенные в настоящем руководстве, можно будет найти с помощью этой новой функции⁹.

7.2 Применимость

7.2.1 Предполагаемое воздействие настоящего руководства

Для эффективного практического осуществления рекомендаций и принципов надлежащей практики, представленных в этом руководстве, вероятно, потребуется реорганизовать систему оказания помощи и провести перераспределение ресурсов системы здравоохранения, прежде всего в странах с низким и средним уровнем дохода (СНВД). Ниже представлены потенциальные барьеры на пути внедрения руководства:

- дефицит кадров, обладающих необходимым опытом и навыками для внедрения, контроля и поддержки рекомендуемых практических подходов, в том числе консультирования клиентов;
- отсутствие инфраструктуры для проведения вмешательств;
- отсутствие помещений для индивидуального или группового консультирования;
- отсутствие материальных ресурсов, например оборудования, тест-систем, расходных материалов, лекарственных средств и препаратов для устранения дефицита питательных веществ;
- отсутствие эффективных механизмов направления на консультацию и лечение, интегрированных услуг в области СРЗ и ВИЧ и «маршрутов оказания помощи» для женщин, нуждающихся в дополнительной помощи (например, в связи с ТБ или малярией);
- непонимание ценности новых рекомендуемых вмешательств медицинскими работниками и руководителями системы здравоохранения;
- отсутствие систем управления информацией в здравоохранении (СУИЗ), предназначенных для документирования и мониторинга рекомендуемых практических подходов (например, таких как медицинские карты, регистры и т. д.).

С учетом отмеченных выше потенциальных барьеров целесообразно использовать поэтапный подход к принятию, адаптации и внедрению рекомендаций этого руководства. Различные стратегии преодоления этих барьеров и содействия внедрению руководства, а также меры, направленные на приведение в действие ориентированного на женщин подхода и основополагающих принципов соблюдения прав человека и гендерного равенства, которые лежат в основе этого руководства, предложены в Главе 5, раздел 5.1.

7.2.2 Мониторинг и оценка воздействия руководства

Очень важно, чтобы система мониторинга и оценки была рациональной и не слишком сложной, чтобы она собирала актуальную и полезную информацию и чтобы ее можно было с легкостью применить на практике. Мониторинг внедрения и воздействия этих рекомендаций будет проводиться на уровне служб здравоохранения, а также на региональном и страновом уровнях с помощью четко определенных критериев и показателей, которые связаны с целями, согласованными на местном уровне, при этом по возможности, желательно, привлекать к этому процессу женщин, живущих с ВИЧ.

ВОЗ и партнерские организации ООН разработали ряд механизмов мониторинга ответных мер в сфере медицинского обслуживания и в рамках системы здравоохранения в отношении ВИЧ-инфекции и охраны СРЗП как среди общего населения, так и среди людей, живущих с ВИЧ. Избранные примеры этих механизмов перечислены во Вставке 7.1, и в каждом из них рекомендован к применению ряд показателей или действий на национальном уровне. В некоторых из них также приведены

8. Подробнее см. <http://srhhivlinkages.org/>.

9. Доступно по адресу: search.optimizemnh.org.

рекомендуемые показатели или действия на международном, субнациональном уровнях и на уровне местного сообщества. Эти показатели используются для оценки ключевых факторов, имеющих отношение к благоприятным условиям; для оценки наличия и качества конкретных вмешательств и уровня охвата ими населения; а также для анализа их результатов и полезного эффекта. Кроме того, члены Межведомственной рабочей группы по вопросам взаимосвязей в области СРЗ и ВИЧ и ряд экспертов в области мониторинга и оценки, в частности представители стран, донорских организаций, учреждений ООН и гражданского общества, осуществили совместный процесс, направленный на выявление и оценку существующих показателей и инструментов, чтобы представить рекомендации в отношении перечня показателей, которые могут использоваться для оценки интеграции и связей в области СРЗ и ВИЧ на политическом и системном уровнях и на уровне оказания услуг, а также при оценке промежуточных и итоговых результатов и полезного эффекта. Результаты этой работы были опубликованы в методическом пособии 2014 г.: «*SRH and HIV linkages compendium: indicators and related assessment tools*» [Справочник по взаимосвязям в области СРЗ и ВИЧ: показатели и соответствующие инструменты оценки] (177). Исходя из этого, был разработан Индекс установления связи в области СРЗ и ВИЧ, который, как ожидается, будет опубликован в 2017 году¹⁰. Этот Индекс представляет первую комплексную шкалу для оценки успеха, достигнутого странами в отношении увязки вмешательств в области СРЗП и ВИЧ, в 60 странах с помощью 30 показателей. Его можно использовать в целях содействия информационно-пропагандистской деятельности, направленной на укрепление связей в области СРЗП и ВИЧ, или как ориентир в ходе принятия решений при целенаправленном составлении программ, а также для измерения прогресса по увязке мер в отношении СРЗП и ВИЧ. В совокупности эти показатели измеряют, насколько успешно в странах идет процесс установления связей и интеграции услуг в области охраны СРЗП и противодействия ВИЧ, в том числе и применительно к людям, живущим с ВИЧ.

В сотрудничестве с группами мониторинга и оценки Департамента ВОЗ RHR и Департамента по ВИЧ/СПИДу данные о результатах внедрения рекомендаций на страновом и региональном уровнях будут собираться и оцениваться в краткосрочной и среднесрочной перспективе, чтобы определить их влияние на национальную политику отдельных государств-членов ВОЗ.

Вставка 7.1. Избранные механизмы мониторинга ответных мер в сфере медицинского обслуживания и в рамках системы здравоохранения в связи с проблемой ВИЧ-инфекции и охраны СРЗП

Описание конкретных механизмов мониторинга и дополнительную информацию, в частности по рекомендуемым показателям и действиям, можно найти в следующих публикациях:

- «Tool to set and monitor targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations» [Инструмент для разработки и мониторинга достижения целевых ориентиров в области профилактики, диагностики, лечения и оказания помощи при ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения], 2015 г. (178)
- «Сводное руководство по стратегической информации о ВИЧ в секторе здравоохранения», 2015 год (179)
- «Monitoring & evaluation framework for antiretroviral treatment for pregnant and breastfeeding women living with HIV and their infants (IATT Option B/B+ M&E Framework)» [Механизм мониторинга и оценки применения антиретровирусной терапии у беременных и кормящих женщин, живущих с ВИЧ, и их детей (Механизм мониторинга и оценки варианта лечения В/В+, разработанный Межведомственной целевой группой)], 2015 г. (180)
- «A tool for strengthening gender-sensitive national HIV and sexual and reproductive health (SRH) monitoring and evaluation» [Инструмент для укрепления национальных систем мониторинга и оценки программ в области ВИЧ и сексуального и репродуктивного здоровья (СРЗ) с точки зрения гендерной проблематики], 2016 г. (181)
- «Ensuring human rights within contraceptive service delivery: implementation guide» [Обеспечение защиты прав человека в рамках оказания услуг по контрацепции: практическое руководство], 2015 г. (30).

10. Информация скоро будет размещена по адресу: toolkit.srhivlinkages.org.

7.3 Обновление руководства

В соответствии с концепцией сети GREAT ВОЗ (рекомендации, приоритеты научных исследований, синтез доказательств, применение доказательств, передача знаний), которая подразумевает непрерывный систематический процесс выявления и устранения пробелов в доказательствах после внедрения (182), это руководство будет обновлено через пять лет после публикации, если не появятся новые существенные доказательства, которые потребуют более раннего пересмотра. Руководящая группа ВОЗ будет продолжать отслеживать научные разработки в области СРЗП женщин, живущих с ВИЧ, особенно по тем вопросам, по которым не было найдено доказательств или имеются доказательства низкого качества и по которым, соответственно, оправдано появление новых рекомендаций или изменение опубликованных. О любых сомнениях по поводу обоснованности какой-либо рекомендации будет оперативно сообщаться по соответствующим каналам и при необходимости будет составлен план по обновлению этой рекомендации

По мере приближения к концу предлагаемого пятилетнего срока действия руководства ответственный технический сотрудник (или другой назначенный штатный сотрудник ВОЗ) вместе с Руководящей группой ВОЗ оценит актуальность рекомендаций и необходимость подготовки нового руководства по данной теме. Для этого будет проведен предварительный анализ объема работ среди людей, живущих с ВИЧ, технических специалистов, работников здравоохранения и исследователей в целях выявления спорных или приоритетных областей, где необходимы дополнительные рекомендации, сформулированные по принципам доказательной медицины.

Все технические документы, разработанные в ходе подготовки настоящего руководства, в том числе полные тексты систематических обзоров, соответствующие стратегии и даты поиска, будут храниться в общей папке Департамента для дальнейшего использования и ссылок.

В тех случаях, когда появление новых данных вызывает сомнения в обоснованности определенной рекомендации, будет обновляться систематический обзор, посвященный основному вопросу. Для обновления обзора будет применяться исходная стратегия поиска силами той же группы или другой группы, если группы, проводившей исходный систематический обзор, больше нет. Все новые вопросы, выявленные в результате предварительного обзора в конце пятилетнего срока, будут подвергнуты аналогичному процессу поиска, синтеза и ранжирования доказательств в соответствии со стандартами, изложенными в «Справочнике ВОЗ по разработке руководящих принципов» (39).

В процессе разработки руководства было выявлено достаточно большое количество пробелов в знаниях, которые освещены в Главе 6 (табл. 6.1). ВОЗ поставила перед собой цель разработать дополнительные руководящие указания по этим темам, способные содействовать справедливости в здравоохранении и улучшению охраны СРЗП женщин, живущих с ВИЧ, а также выполнимые на практике, чтобы соответствующие рекомендации были включены в обновленное издание настоящего руководства.

Библиография

1. Facts and figures: HIV and AIDS prevalence and new infections. In: UN Women [website]. 2017 (<http://www.unwomen.org/en/what-we-do/hiv-and-aids/facts-and-figures>, по состоянию на 3 февраля 2017 г.).
2. Addressing violence against women and HIV/AIDS: what works? Geneva: World Health Organization, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2010 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44378/1/9789241599863_eng.pdf, по состоянию на 3 марта 2017 г.).
3. Together we will end AIDS. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2012 (http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/JC2296_UNAIDS_TogetherReport_2012_en.pdf, по состоянию на 3 марта 2017 г.).
4. Комитет по экономическим, социальным и культурным правам. Замечание общего порядка No. 22 (2016 г.) о праве на сексуальное и репродуктивное здоровье (Статья 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах). Нью-Йорк (NY): Экономический и Социальный Совет Организации Объединенных Наций; 2016 г. (E/C.12/GC/22; <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G16/089/34/pdf/G1608934.pdf?OpenElement>, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
5. Loutfy M, Khosla R, Narasimhan M. Advancing the sexual and reproductive health and human rights of women living with HIV. *J Int AIDS Soc.* 2015;18(Suppl 5):20760. doi:10.7448/IAS.18.6.20760.
6. World Health Organization (WHO), United Nations Population Fund. Sexual and reproductive health of women living with HIV/AIDS: guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings. Geneva: WHO; 2006 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/sexualreproductivehealth.pdf>, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
7. Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции. Рекомендации с позиции общественного здравоохранения, второе издание. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/332848/Consolidated-guidelines-ARV-treating-preventing-HIV-2nd-edition-2016-ru.pdf, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
8. Bras M, Narasimhan M, Loutfy M, Khosla R (editors). Sexual and reproductive health and human rights of women living with HIV. *J Int AIDS Soc.* 2015;18(Suppl 5) (<http://www.jiasociety.org/index.php/jias/article/view/20834/pdf>, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
9. GRADE [website]. The GRADE Working Group; 2016 (<http://gradeworkinggroup.org/>, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
10. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations – 2016 update. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246200/1/9789241511124-eng.pdf>, по состоянию на 3 марта 2017 г.).
11. Сводное руководство по услугам тестирования на ВИЧ. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2015 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 6 марта 2017 г.).
12. Carter AJ, Bourgeois S, O'Brien N, Abelsohn K, Tharao W, Greene S et al.; CHIWOS Research Team. Women-specific HIV/AIDS services: identifying and defining the components of holistic service delivery for women living with HIV/AIDS. *J Int AIDS Soc.* 2013;16:17433. doi:10.7448/IAS.16.1.17433.
13. Dilmitis S, Edwards O, Hull B, Margolese S, Mason N, Namiba A et al. Language, identity and HIV: why do we keep talking about the responsible and responsive use of language? *Language matters. J Int AIDS Soc.* 2012;15(Suppl 2):17990. doi:10.7448/IAS.15.4.17990.
14. Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах. United Nations, Treaty Series. Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций; 993:3;1966 (на рус. языке: <http://www.refworld.org/cgi-bin/txis/vtx/rwmain/opensslpdf.pdf?reldoc=y&docid=4c0f50bc2>, по состоянию на 20 февраля 2017 г.).
15. General recommendations made by the Committee on the Elimination of Discrimination against Women on the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW). New York (NY): United Nations; 2000–2009 (<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm>, по состоянию на 2 марта 2017 г.).

16. Всеобщая декларация прав человека. Нью Йорк (NY): Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций, 1948 г. (<http://www.un.org/ru/universal-declaration-human-rights/index.html>, по состоянию на 20 февраля 2017 г.).
17. Программа действий Международной конференции по народонаселению и развитию. В: Доклад Международной конференции по народонаселению и развитию (Каир, 13–5 сентября 1994 г.). Системы информации Организации Объединенных Наций по вопросам народонаселения (ПОПИИ), Отдел народонаселения Департамента по экономическим и социальным вопросам; 1994 г. (A/CONF.171/13; <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N95/231/28/pdf/N9523128.pdf?OpenElement>, по состоянию на 4 января 2017 г.).
18. Sustainable development goals. In: United Nations Sustainable Development Knowledge Platform [website]. New York (NY): United Nations Department of Economic and Social Affairs; 2016 (<https://sustainabledevelopment.un.org/sdgs>, по состоянию на 5 января 2017 г.).
19. Глобальная стратегия охраны здоровья женщин, детей и подростков (2016–2030 гг.): выживать, процветать, менять. Нью Йорк (NY): Инициатива «Каждая женщина, каждый ребенок»; 2015 г. (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/global-strategy-women-children-health-ru.pdf?ua=1, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
20. Khosla R, Van Belle N, Temmerman M. Advancing the sexual and reproductive health and human rights of women living with HIV: a review of UN, regional and national human rights norms and standards. *J Int AIDS Soc.* 2015;18(Suppl 5):20280. doi:10.7448/IAS.18.6.20280.
21. Kumar S, Gruskin S, Khosla R, Narasimhan M. Human rights and the sexual and reproductive health of women living with HIV – a literature review. *J Int AIDS Soc.* 2015;18(Suppl 5):20290. doi:10.7448/IAS.18.6.20290.
22. Framework for ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/133327/1/9789241507745_eng.pdf, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
23. Sexual health, human rights and the law. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/175556/1/9789241564984_eng.pdf, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
24. Temmerman M, Khosla R, Say L. Sexual and reproductive health and rights: a global development, health, and human rights priority. *Lancet.* 2014;384(9941):e30–e31. doi:10.1016/S0140-6736(14)61190-9.
25. Brief sexuality-related communication: recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170251/1/9789241549004_eng.pdf, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
26. Предупреждение и устранение неуважительного и жестокого обращения с женщинами во время родов в медицинских учреждениях: заявление ВОЗ. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2015 г. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/20/WHO_RHR_14.23_rus.pdf?ua=1, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
27. Reproductive, maternal, newborn and child health and human rights: a toolbox for examining laws, regulations and policies. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/126383/1/9789241507424_eng.pdf, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
28. Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization: an interagency statement, OHCHR, UN Women, UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF and WHO. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112848/1/9789241507325_eng.pdf, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
29. Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: guidance and recommendations. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102539/1/9789241506748_eng.pdf, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
30. World Health Organization (WHO). Ensuring human rights within contraceptive service delivery: implementation guide. Geneva: United Nations Population Fund (UNFPA) and WHO; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/158866/1/9789241549103_eng.pdf, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
31. Ensuring human rights within contraceptive programmes: a human rights analysis of existing quantitative indicators. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/126799/1/9789241507493_eng.pdf, по состоянию на 6 марта 2017 г.).

32. Безопасный аборт: рекомендации для систем здравоохранения по вопросам политики и практики. Второе издание. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2012 г. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/19/9789244548431_rus.pdf?ua=1, по состоянию на 28 февраля 2017 г.).
33. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems: legal and policy considerations. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/173586/1/WHO_RHR_15.04_eng.pdf, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
34. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR), Harvard FXB Center for Health and Human Rights, the Partnership for Maternal, Newborn and Child Health (PMNCH), the United Nations Population Fund (UNFPA), World Health Organization (WHO). Summary reflection guide on a human rights-based approach to health: application to sexual and reproductive health, maternal health and under-5 child health: health workers. United Nations; 2016 (http://hrbaportal.org/wp-content/files/RGuide_HealthWorkers_WEB.pdf, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
35. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR), Harvard FXB Center for Health and Human Rights, the Partnership for Maternal, Newborn and Child Health (PMNCH), the United Nations Population Fund (UNFPA), World Health Organization (WHO). Summary reflection guide on a human rights-based approach to health: application to sexual and reproductive health, maternal health and under-5 child health: health policy makers. United Nations; 2015 (http://hrbaportal.org/wp-content/files/RGuide_HealthPolicyMakers.pdf, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
36. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR), Harvard FXB Center for Health and Human Rights, the Partnership for Maternal, Newborn and Child Health (PMNCH), the United Nations Population Fund (UNFPA), World Health Organization (WHO). Summary reflection guide on a human rights-based approach to health: application to sexual and reproductive health, maternal health and under-5 child health: national human rights institutions. United Nations; 2015 (http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/Health/RGuide_NHRInsts.pdf, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
37. Orza L, Welbourn A, Bewley S, Crone ET, Vazquez M; Salamander Trust. Building a safe house on firm ground: key findings from a global values and preferences survey regarding the sexual and reproductive health and human rights of women living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://salamandertrust.net/wp-content/uploads/2016/09/BuildingASafeHouseOnFirmGroundFINALreport190115.pdf>, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
38. Narasimhan M, Orza L, Welbourn A, Bewley S, Crone T, Vazquez M. Sexual and reproductive health and human rights of women living with HIV: a global community survey. *Bull World Health Organ.* 2016;94(4):243–9. doi:10.2471/BLT.14.150912.
39. WHO Handbook for guideline development. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/145714/1/9789241548960_eng.pdf, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
40. Namiba A, Orza L, Bewley S, Crone ET, Vazquez M, Welbourn A. Ethical, strategic and meaningful involvement of women living with HIV starts at the beginning. *J Virus Erad.* 2016;2(2):110–1. PMID:PMC4965241.
41. Atkins D, Best D, Briss PA, Eccles M, Falck-Ytter Y, Flottorp S et al.; GRADE Working Group. Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ.* 2004;328(7454):1490. doi:10.1136/bmj.328.7454.1490.
42. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, Schünemann HJ; GRADE Working Group. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ.* 2008;336(7650):924–6. doi:10.1136/bmj.39489.470347.AD.
43. Andrews JC, Schünemann HJ, Oxman AD, Pottie K, Meerpohl JJ, Coello PA et al. GRADE guidelines: 15. Going from evidence to recommendation—determinants of a recommendation’s direction and strength. *J Clin Epidemiol.* 2013; 66(7):726–35. doi:10.1016/j.jclinepi.2013.02.003.
44. Balshem H, Helfand M, Schünemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol.* 2011;64(4):401–6. doi:10.1016/j.jclinepi.2010.07.015.
45. Schünemann H, Brozek J, Guyatt G, Oxman A. GRADE handbook: handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach. Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (GRADE) Working Group; 2013 (<http://gdt.guidelinedevelopment.org/app/handbook/handbook.html>, по состоянию на 31 января 2017 г.).

46. The WHO Health Systems Framework. In: Health services development [website]. Manila: World Health Organization Western Pacific Region; 2017 (http://www.wpro.who.int/health_services/health_systems_framework/en/, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
47. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization; 2007 (http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf, по состоянию на 4 января 2017 г.).
48. Larson HJ, Bertozzi S, Piot P. Redesigning the AIDS response for long-term impact. *Bull World Health Organ.* 2011; 89(11):846–52. doi:10.2471/BLT.11.087114.
49. Lowther K, Harding R, Ahmed A, Gikaara N, Ali Z, Kariuki H et al. Conducting experimental research in marginalised populations: clinical and methodological implications from a mixed-methods randomised controlled trial in Kenya. *AIDS Care.* 2016; 28(Suppl 1):60–3. doi:10.1080/09540121.2016.1146214.
50. Niu L, Luo D, Liu Y, Silenzio VM, Xiao S. The mental health of people living with HIV in China, 1998–2014: a systematic review. *PLoS One.* 2016;11(4):e0153489. doi:10.1371/journal.pone.0153489.
51. Vo QT, Hoffman S, Nash D, El-Sadr WM, Tymejczyk OA, Gadisa T et al. Gender differences and psychosocial factors associated with quality of life among ART initiators in Oromia, Ethiopia. *AIDS Behav.* 2016;20:1682. doi:10.1007/s10461-016-1396-8.
52. Orza L, Bewley S, Logie CH, Crone ET, Moroz S, Strachan S, et al. How does living with HIV impact on women's mental health? Voices from a global survey. *J Int AIDS Soc.* 2015;18(Suppl 5):20289. doi:10.7448/IAS.18.6.20289.
53. Psychosocial support. In: HIV/AIDS topics [website]. Geneva: World Health Organization; undated (<http://www.who.int/hiv/topics/psychosocial/support/en/>, по состоянию на 4 января 2017 г.).
54. Malary M, Khani S, Pourasghar M, Moosazadeh M, Hamzehgardeshi Z. Biopsychosocial determinants of hypoactive sexual desire in women: a narrative review. *Mater Sociomed.* 2015; 27(6):383–9. doi:10.5455/msm.2015.27.383-389.
55. EngenderHealth, GNP+, ICW, IPPF, UNAIDS, Young Positives. Advancing the sexual and reproductive health and human rights of people living with HIV: a guidance package. Amsterdam: The Global Network of People Living with HIV/AIDS (GNP+); 2009 (https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/guidance_package.pdf, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
56. Paudel V, Baral KP. Women living with HIV/AIDS (WLHA), battling stigma, discrimination and denial and the role of support groups as a coping strategy: a review of literature. *Reprod Health.* 2015;12:53. doi:10.1186/s12978-015-0032-9.
57. Beres LK, Narasimhan M, Robinson JL, Welbourn A, Kennedy CE. Non-specialist psychosocial support interventions with women living with HIV: a systematic review. *AIDS Care.* 2017 (на рассмотрении).
58. Оптимизация роли работников здравоохранения в целях улучшения доступа к ключевым мероприятиям в области охраны здоровья матерей и новорожденных посредством перераспределения обязанностей. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2012 г. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77764/14/9789244504840_rus.pdf?ua=1, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
59. Mental health action plan 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf, по состоянию на 6 марта 2017 г., на рус. языке: Комплексный план действий в области психического здоровья на 2020–2013 гг. Шестидесят шестая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/151502/1/A66_R8-ru.pdf).
60. Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире. Под редакцией Этьенна Г. Круга, Линды Л. Дальберг, Джеймса А. Мерси, Энтони Б. Зви и Рафаэля Лозано. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2002 г. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/4/5777702252_rus.pdf?ua=1, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
61. Chandra-Mouli V, Armstrong A, Amin A, Ferguson J. A pressing need to respond to the needs and sexual and reproductive health problems of adolescent girls living with HIV in low- and middle-income countries. *J Int AIDS Soc.* 2015;18(Suppl 5):20297. doi:10.7448/IAS.18.6.20297.

62. Svanemyr J, Amin A, Robles OJ, Greene ME. Creating an enabling environment for adolescent sexual and reproductive health: a framework and promising approaches. *J Adolesc Health*. 2015;56(1 Suppl): S7–14. doi:10.1016/j.jadohealth.2014.09.011.
63. Klein JD, Wilson KM, McNulty M, Kapphahn C, Collins KS. Access to medical care for adolescents: results from the 1997 Commonwealth Fund Survey of the Health of Adolescent Girls. *J Adolesc Health*. 1999;25(2):120–30.
64. HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV: recommendations for a public health approach and considerations for policy-makers and managers. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94334/1/9789241506168_eng.pdf, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
65. Стратегия в области репродуктивного здоровья в целях ускорения прогресса в направлении достижения международных целей и задач в области развития. Глобальная стратегия, принятая пятьдесят седьмой сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения (ВАЗ). Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2004 г. (http://apps.who.int/iris/bitstream/4/68754/10665/WHO_RHR_04.8_rus.pdf, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
66. Additional sources of support. In: Adolescent HIV testing, counselling and care: implementation guidance for health providers and planners [website]. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/adolescent/hiv-testing-treatment/page/Additional_sources_of_support, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
67. Adolescent HIV testing, counselling and care: implementation guidance for health providers and planners [online interactive tool]. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://apps.who.int/adolescent/hiv-testing-treatment/>, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
68. WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://www.who.int/immunization/hpv/target/preventing_early_pregnancy_and_poor_reproductive_outcomes_who_2006.pdf, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
69. Narasimhan M, Payne C, Caldas S, Beard JR, Kennedy CE. Ageing and healthy sexuality among women living with HIV. *Reprod Health Matters*. 2016;24(48):43–51. doi:10.1016/j.rhm.2016.11.001.
70. Chop E, Duggaraju A, Flignor A, Burke V, Caldas S, Yeh PT et al. Food insecurity, sexual risk behaviour and adherence to antiretroviral therapy among women living with HIV: a systematic review. *Health Care Women Int*. 2017 (на рассмотрении).
71. HIV and social protection: guidance note. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS); 2014 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2014unaidsguidancenote_HIVandsocialprotection_en.pdf, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
72. Thematic segment: sexual and reproductive health services with HIV interventions in practice: background paper. 26th Meeting of the UNAIDS Programme Coordinating Board, 22–24 June. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2010 (http://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/SRH_background_paper.pdf, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
73. Инструмент для экспресс-оценки связей в области сексуального и репродуктивного здоровья и ВИЧ: общее руководство. Лондон: Международная федерация планируемого родительства, Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения, Всемирная организация здравоохранения, Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДУ, Глобальная сеть людей, живущих с ВИЧ/СПИДОМ (ГСЛ+), Международное сообщество женщин, живущих с ВИЧ/СПИДОМ (МСЖ), организация «Молодые со знаком плюс»; 2009 г. https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/rapid_assessment_ru.pdf, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
74. Профилактика ВИЧ и нежелательной беременности: стратегический план 2015–2011 гг. Межведомственная целевая группа по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции среди беременных женщин, матерей и их детей; 2012 г. (http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PMTCT_prong%2012%20framework_RU_final_web.pdf, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
75. Haberlen S, Narasimhan M, Beres LK, Kennedy CE. Integration of family planning services into HIV care and treatment services: a systematic review. *Stud Family Plann*. 2017. doi:10.1111/sifp.12018.

76. Kennedy CE, Haberlen SA, Narasimhan M. Integration of sexually transmitted infection (STI) services into HIV care and treatment services for women living with HIV: a systematic review. *BMJ Open*. 2017 (в печати).
77. Matheson R, Moses-Burton S, Hsieh AC, Dilmitis S, Happy M, Sinyemu E et al. Fundamental concerns of women living with HIV around the implementation of Option B+. *J Int AIDS Soc*. 2015;18(Suppl 5):20286. doi:10.7448/IAS.18.6.20286.
78. HIV and young people who inject drugs: technical brief. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179865/1/WHO_HIV_2015.10_eng.pdf, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
79. Thorne C, Semenenko I, Malyuta R. Prevention of mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus among pregnant women using injecting drugs in Ukraine, 2000–10. *Addiction*. 2012;107:118–28.
80. Конвенция Организации Объединенных Наций по правам ребенка. Принята и открыта для подписания, ратификации и присоединения резолюцией 25/44 Генеральной Ассамблеи от 20 ноября 1989 г., дата вступления в силу 2 сентября 1990 г. в соответствии со Статьей 49. Нью-Йорк (NY): Организация Объединенных Наций; 1989 г. (A/RES/44/25; http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/childcon.shtml, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
81. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf, по состоянию на 6 марта 2017 г.). Имеется краткое изложение этой публикации на русском языке под названием «Ответные меры на насилие со стороны интимного партнера и сексуальное насилие в отношении женщин: клинические и политические рекомендации», размещенное по адресу http://apps.who.int/iris/bitstream/5/88184/10665/WHO_RHR_13.10_rus.pdf?ua=1.
82. Orza L, Bewley S, Chung C, Crone ET, Nagadya H, Vazquez M et al. “Violence. Enough already”: findings from a global participatory survey among women living with HIV. *J Int AIDS Soc*. 2015;18(Suppl 5):20285. doi:10.7448/IAS.18.6.20285.
83. Deering KN, Amin A, Shoveller J, Nesbitt A, García-Moreno C, Duff P et al. A systematic review of the correlates of violence against sex workers. *Am J Public Health*. 2014;104(5):e42–54. doi:10.2105/AJPH.2014.301909.
84. 16 ideas for addressing violence against women in the context of HIV epidemic: a programming tool. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95156/1/9789241506533_eng.pdf, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
85. World Health Organization (WHO), United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Strengthening the medico-legal response to sexual violence. Geneva: WHO; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/197498/1/WHO_RHR_15.24_eng.pdf, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
86. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2003 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42788/1/924154628X.pdf>, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
87. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings, version 2.0. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250239/1/9789241549790-eng.pdf>, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
88. Sprague L, Voinova J, Ankiersztejn-Bartczak M, Chilcevschii I, Karatas S, Polyantsev P, Hows J. HIV-related stigma: late testing, late treatment: a cross analysis of findings from the People Living with HIV Stigma Index in Estonia, Moldova, Poland, Turkey, and Ukraine. Copenhagen: HIV in Europe; 2011 (<http://www.stigmaindex.org/sites/default/files/reports/Late%20Testing%20Late%20%20Treatment.pdf>, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
89. Stangl AL, Lloyd JK, Brady LM, Hollan CE, Baral S. A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: have far have we come? *J Int AIDS Soc*. 2013;16 (3 Suppl 2):18734. doi:10.7448/IAS.16.3.18734.
90. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения, Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу, Глобальная сеть проектов по секс-индустрии, Всемирный банк. Реализация комплексных

программ по профилактике ВИЧ/ИППП среди секс-работников: практические подходы на основе совместных мероприятий. Женева: ВОЗ, 2013 г. (http://www.who.int/hiv/pub/sti/sex_worker_implementation/ru/, по состоянию на 6 марта 2017 г.).

91. Katz IT, Ryu AE, Onuegbu AG, Psaros C, Weiser SD, Bangsberg DR et al. Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. *J Int AIDS Soc.* 2013;16(3 Suppl 2): 18640. doi:10.7448/IAS.16.3.18640.
92. Joint WHO/ILO policy guidelines on improving health worker access to prevention, treatment and care services for HIV and TB. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44467/1/9789241500692_eng.pdf, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
93. UNFPA operational guidance for comprehensive sexuality education: a focus on human rights and gender. New York (NY): United Nations Population Fund (UNFPA); 2014 (http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_OperationalGuidance_WEB3.pdf, по состоянию на 31 января 2017 г.).
94. Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections for sex workers in low- and middle-income countries: recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://www.who.int/iris/bitstream/10665/77745/1/9789241504744_eng.pdf, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
95. Key programmes to reduce stigma and discrimination and increase access to justice in national HIV responses: guidance note. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2012 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/Key_Human_Rights_Programmes_en_May2012.pdf, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
96. Глобальный доклад: Доклад ЮНЭЙДС о глобальной эпидемии СПИДА, 2013 г. Женева: Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу; 2013 г. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_ru_1.pdf, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
97. Criminalisation of HIV non-disclosure, exposure and transmission: background and current landscape: prepared as background for the Expert Meeting on the Science and Law of Criminalisation of HIV Non-Disclosure, Exposure and Transmission, Geneva, Switzerland, 31 August – 2 September 2011. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2012 (http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/BackgroundCurrentLandscapeCriminalisationHIV_Final.pdf, по состоянию на 2 марта 2017 г.).
98. Замечание общего порядка № 20: Недискриминация экономических, социальных и культурных прав (пункт 2 статьи 2 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах). Нью-Йорк: Комитет Организации Объединенных Наций по экономическим, социальным и культурным правам; 2009 г. (E/C.12/GC/20).
99. Addressing sex work, MSM and transgender people in the context of the HIV epidemic: information note. Geneva: The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria; 2015 (<http://www.theglobalfund.org/en/applying/funding/resources/>, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
100. Integrating gender into HIV/AIDS programmes in the health sector: tool to improve responsiveness to women's needs. Geneva: World Health Organization; 2009 (http://www.who.int/gender/documents/gender_hiv_guidelines_en.pdf, по состоянию на 4 января 2017 г.).
101. Forsyth AD, Carey MP. Measuring self-efficacy in the context of HIV risk reduction: research challenges and recommendations. *Health Psychol.* 1998;17(6):559–68.
102. Overview: what is empowerment? In: PovertyNet [website]. Washington (DC): World Bank; 2016 (<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTPOVERTY/EXTEMPOWERMENT/0,contentMDK:20244572~pagePK:210058~piPK:210062~theSitePK:486411,00.html>, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
103. Robinson JL, Narasimhan M, Amin A, Morse S, Beres LK, Yeh PT, Kennedy CE. Interventions to address unequal gender and power relations and improve self-efficacy and empowerment around sexual and reproductive health decision-making for women living with HIV: a systematic review. *PLoS One.* 2017 (на рассмотрении).
104. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: Mental Health Gap Action Programme (mhGAP). Geneva: World Health Organization;

- 2010 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44406/1/9789241548069_eng.pdf, по состоянию на 6 февраля 2017 г.).
105. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/107130/1/9789241548731_eng.pdf, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
 106. 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://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44646/1/9789241501972_eng.pdf, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
 107. Guideline on HIV disclosure counselling for children up to 12 years of age. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44777/1/9789241502863_eng.pdf, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
 108. Maman S, Medley A. Gender dimensions of HIV status disclosure to sexual partners: rates barriers and outcomes: a review paper. Geneva: World Health Organization; 2003 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42717/1/9241590734.pdf>, по состоянию на 4 января 2017 г.).
 109. Smith R, Rossetto K, Peterson BL. A meta-analysis of disclosure of one's HIV-positive status, stigma and social support. *AIDS Care*. 2008;20(10):1266–75. doi:10.1080/09540120801926977.
 110. Medley A, García-Moreno C, McGill S, Maman S. Rates, barriers and outcomes of HIV serostatus disclosure among women in developing countries: implications for prevention of mother-to-child transmission programmes. *Bull World Health Organ*. 2004;82(4):299–307. PMID:PMC2585956.
 111. Kennedy CE, Haberlen S, Amin A, Baggaley R, Narasimhan M. Safer disclosure of HIV serostatus for women living with HIV who experience or fear violence: a systematic review. *J Int AIDS Soc*. 2015; 18(6 Suppl 5):20292. doi:10.7448/IAS.18.6.20292.
 112. Colombini M, James C, Ndwiga C, Mayhew SH. The risks of partner violence following HIV status disclosure, and health service responses: narratives of women attending reproductive health services in Kenya. *J Int AIDS Soc*. 2016;19(1):20766. doi:10.7448/IAS.19.1.20766.
 113. Тимберлейк С., Хейвуд М. Раскрытие эпидемии ВИЧ/СПИДа: руководство по благоприятному раскрытию, этически обоснованному консультированию партнеров и надлежащему использованию отчетности о случаях ВИЧ. Женева: Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС); 2000 г. (http://data.unaids.org/publications/irc-rub05/jc488-openup_ru.pdf, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
 114. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf, по состоянию на 6 марта 2017 г.). Доступно резюме этого документа на русском языке под названием: «Глобальные и региональные оценки насилия в отношении женщин: распространенность и последствия для здоровья в связи с насилием со стороны интимного партнера и сексуального насилия со стороны лица, не являющегося партнером» по адресу http://apps.who.int/iris/bitstream/5/85241/10665/WHO_RHR_HRP_13.06_rus.pdf?ua=1&ua=1.
 115. Guidance on oral pre-exposure prophylaxis (PrEP) for serodiscordant couples, men and transgender women who have sex with men at high risk of HIV: recommendations for use in the context of demonstration projects. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://www.who.int/hiv/pub/guidance_prep/en/, по состоянию на 5 января 2017 г.).
 116. Reproductive choices and family planning for people living with HIV: counselling tool. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43609/1/9241595132_eng.pdf, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
 117. Heffron R, Davies N, Cooke I, Kaida A, Mergler R, van der Poel S et al. A discussion of key values to inform the design and delivery of services for HIV-affected women and couples attempting pregnancy in resource-constrained settings. *J Int AIDS Soc*. 2015;18(Suppl 5):20272. doi:10.7448/IAS.18.6.20272.
 118. Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции. 5-е издание. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2015 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/348116/MEC-merged.pdf?ua=1, по состоянию на 6 марта 2017 г.).

119. Selected practice recommendations for contraceptive use, third edition. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/SPR-3/en/, по состоянию на 5 января 2017 г.).
120. ЮНФПА, ВОЗ и ЮНЭЙДС: заявление о позиции по вопросу презервативов, профилактики ВИЧ, других ИППП и предотвращения нежелательной беременности. В: Пресс-центр ЮНЭЙДС [сайт]. Женева: Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС); 2015 г. (http://www.unaids.org/ru/resources/presscentre/featurestories/2015/july/20150702_condoms_prevention, по состоянию на 5 января 2017 г.).
121. Male latex condom: specification, prequalification and guidelines for procurement, 2010. World Health Organization, United Nations Population Fund, Family Health International; 2010, updated April 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44383/1/9789241599900_eng.pdf, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
122. ISO 4074:2014 Natural rubber latex male condoms: requirements and test methods. In: ISO Standards [website]. Geneva: International Organisation for Standardisation; 2014 (http://www.iso.org/iso/catalogue_detail.htm?csnumber=59718, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
123. Medical eligibility criteria wheel for contraceptive use – 2015 update. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/WHO_MEC-wheel.pdf, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
124. WHO statement on caesarean section rates. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15.02_eng.pdf, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
125. Kennedy CE, Yeh PT, Pandey S, Betrán AP, Narasimhan M. Elective caesarean section for women living with HIV: a systematic review of risks and benefits. AIDS Care (на рассмотрении).
126. Bowser D, Hill K. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: report of a landscape analysis. USAID-TRAction Project. Boston (MA) and Bethesda (MD): Harvard School of Public Health and University Research Co., LLC; 2010 (<http://www.urc-chs.com/resources/exploring-evidence-disrespect-and-abuse-facility-based-childbirth>, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
127. Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice – third edition. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249580/1/9789241549356-eng.pdf>, по состоянию на 3 марта 2017 г.).
128. WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186171/1/9789241549363_eng.pdf, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
129. Рекомендации ВОЗ по профилактике и лечению послеродового кровотечения. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2012 г. (http://apps.who.int/iris/bitstream/75411/10665/9789244548509/9_rus.pdf?ua=1, по состоянию на 28 февраля 2017 г.).
130. Guideline: updates on HIV and infant feeding: the duration of breastfeeding, and support from health services to improve feeding practices among mothers living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246260/1/9789241549707-eng.pdf>, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
131. WHO recommendations for augmentation of labour. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
132. Глобальное руководство по критериям и процессам валидации ЛПМР ВИЧ-инфекции и сифилиса. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2014 г. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112858/5/9789244505885_rus.pdf?ua=1&ua=1, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
133. Male involvement in the prevention of mother-to-child transmission of HIV. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70917/3/9789241503679_eng.pdf, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
134. Toolkit: expanding and simplifying treatment for pregnant women living with HIV: managing the transition to Option B/B+. Interagency Task Team on the Prevention and Treatment of HIV Infection in Pregnant Women, Mothers and Children (IATT), United Nations Children's Fund, World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/hiv/pub/mtct/iatt_optionBplus_toolkit/en/, по состоянию на 6 марта 2017 г.).

135. Clinical practice handbook for safe abortion. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97415/1/9789241548717_eng.pdf, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
136. Роли работников здравоохранения в предоставлении медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности и контрацепции после аборта. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2015 г. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181041/5/9789244549261_rus.pdf?ua=1, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
137. Manski R, Dennis A, Blanchard K, Lince N, Grossman D. Bolstering the evidence base for integrating abortion and HIV care: a literature review. *AIDS Res Treat.* 2012;802389. doi:10.1155/2012/802389.
138. Saleem H, Kennedy CE, Ganatra B, Narasimhan M. Medical and surgical abortion for women living with HIV: a systematic review. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 (в печати).
139. Guidelines for the management of sexually transmitted infections. Geneva: World Health Organization; 2003 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42782/1/9241546263_eng.pdf, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
140. Инфекции, передаваемые половым путем, и иные инфекции репродуктивного тракта. Руководство по основам медицинской практики. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2005 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0014/125303/9241592656R.pdf, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
141. WHO guidelines for the treatment of *Chlamydia trachomatis*. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246165/1/9789241549714-eng.pdf>, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
142. WHO guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis). Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249572/1/9789241549806-eng.pdf>, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
143. WHO guidelines for the treatment of *Neisseria gonorrhoeae*. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246114/1/9789241549691-eng.pdf>, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
144. WHO guidelines for the treatment of genital herpes simplex virus. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250693/1/9789241549875-eng.pdf>, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
145. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Вакцины против папилломавирусной инфекции человека: документ по позиции ВОЗ, октябрь 2014 г. Еженедельный эпидемиологический бюллетень. 2014 г.; 89(43):465–92 (http://www.who.int/immunization/policy/position_papers/PP_HPV_Russian_Oct2014.pdf?ua=1, по состоянию на 27 февраля 2017 г.).
146. Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/144785/1/9789241548953_eng.pdf, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
147. Rao Gupta G, Whelan D, Allendorf K; International Center for Research on Women (ICRW). Integrating gender into HIV/AIDS programmes: a review paper. Geneva: World Health Organization; 2003 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42599/1/9241590394.pdf>, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
148. Механизм комплексного ориентированного на людей медицинского обслуживания. Доклад Секретариата. Шестьдесят девятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 г. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/253303/1/A69_39-ru.pdf, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
149. HIV, universal health coverage and the post-2015 development agenda: a discussion paper. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128120/1/9789241507530_eng.pdf, по состоянию на 27 февраля 2017 г.).
150. WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report. Geneva: World Health Organization; 2015 (WHO/HIS/SDS/2015.6; http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/155002/1/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
151. Sexual and reproductive health & HIV/AIDS: a framework for priority linkages. Geneva and New York (NY): World Health Organization, United Nations Population Fund, International Planned Parenthood

- Federation, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2005 (https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/priority_linkages_0.pdf, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
152. Integrated EMTCT commodities framework. Interagency Task Team on the Prevention and Treatment of HIV infection in Pregnant Women, Mothers and Children (IATT); 2017 (в процессе рассмотрения).
 153. Руководство о времени назначения антиретровирусной терапии и по доконтактной профилактике ВИЧ-инфекции. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2015 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/310301/Guideline-when-start-ATP-HIV-ru.pdf?ua=1, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
 154. SRH & HIV linkages resource pack. Inter-Agency Working Group on SRH and HIV Linkages; 2012 (<http://srhhivlinkages.org/>, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
 155. Integrating HIV voluntary counselling and testing services into reproductive health settings: stepwise guidelines for programme planners, managers and services providers. New Delhi and New York (NY): International Planned Parenthood Federation (IPPF) South Asia Regional Office, United Nations Population Fund (UNFPA); 2004 (http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/integrating_hiv.pdf, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
 156. Распределение контрацептивов в местных сообществах: руководство для руководителей программ. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 1995 г. (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9241544759/ru/, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
 157. Framework on integrated people-centred health services: an overview. World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/fullframe.pdf>, по состоянию на 5 января 2017 г.).
 158. Замечание общего порядка № 4: Здоровье и развитие подростков в контексте Конвенции о правах ребенка. Нью-Йорк: Комитет Организации Объединенных Наций по правам ребенка; 2003 г. (CRC/ GC/2003/4).
 159. Дискриминационные законы и практика и акты насилия в отношении лиц по причине их сексуальной ориентации и гендерной идентичности. Доклад Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека. Нью-Йорк: Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций; 2011 г. (A/HRC/19/41).
 160. HIV and young transgender people: a technical brief. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179866/1/WHO_HIV_2015.9_eng.pdf, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
 161. Schneiders M. Values and preferences of transgender people: a qualitative study. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128119/1/WHO_HIV_2014.21_eng.pdf, по состоянию на 4 января 2017 г.).
 162. Baral SD, Poteat T, Strömdahl S, Wirtz AL, Guadamuz TE, Beyrer C. Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis.* 2013;13:214–22. doi:10.1016/S1473-3099(12)70315-8.
 163. Feinberg L. Trans health crisis: for us it's life or death. *Am J Pub Health.* 2001;91(6):897–900.
 164. Nemoto T, Operario D, Keatley J. Health and social services for male-to-female transgender persons of color in San Francisco. *Int J Transgenderism.* 2005;8(2–3):5–19.
 165. Garofalo R, Deleon J, Osmer E, Doll M, Harper GW. Overlooked, misunderstood and at-risk: exploring the lives and HIV risk of ethnic minority male-to-female transgender adolescents. *J Adolesc Health.* 2006;38:230–6.
 166. Van Devanter N, Duncan A, Raveis VH, Birnbaum J, Burrell-Piggott T, Siegel K. Continued sexual risk behavior in African American and Latino male-to-female transgender adolescents living with HIV/AIDS: a case study. *J AIDS Clin Res.* 2011;(0):002 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3478681>, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
 167. Policy brief: Self-stigma among young men who have sex with men and transgender women and the linkages with HIV in Asia. Bangkok: Youth Voices Count; 2013.
 168. Herbst JH, Jacobs ED, Finlayson TJ, McKleroy VS, Neumann MS, Crepaz N. Estimating HIV prevalence and risk behaviors of transgender persons in the United States: a systematic review. *AIDS Behav.* 2008;12(1):1–17. doi:10.1007/s10461-007-9299-3.

169. Siegfried N, Narasimhan M, Kennedy C, Welbourn A, Yuvaraj A. Using GRADE as a framework to guide research on the sexual and reproductive health and rights of women living with HIV – a methodological paper. *AIDS Care*. 2017 (в печати).
170. Рекомендации ВОЗ по профилактике и лечению преэклампсии и эклампсии. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2011 г. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44703/8/9789244548332_rus.pdf?ua=1&ua=1, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
171. Ethical and safety recommendations for intervention research on violence against women. Building on lessons from the WHO publication *Putting women first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women*. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/251759/1/9789241510189-eng.pdf>, по состоянию на 20 февраля 2017 г.).
172. Loewenson R, Laurell A, Hogstedt C, D'Ambruoso L, Shroff Z. *Participatory action research in health systems: a methods reader*. Harare: Training and Research Support Centre (TARSC), Alliance for Health Policy and Systems Research (AHPSR), World Health Organization, International Development Research Centre (IDRC) Canada, Regional Network for Equity in Health in East and Southern Africa (EQUINET); 2014 (<http://www.equinetafrica.org/sites/default/files/uploads/documents/PAR%20Methods%20Reader2014%20for%20web.pdf>, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
173. Peters DH, Tran NT, Adam T; Alliance for Health Policy and Systems Research, World Health Organization (WHO). *Implementation research in health: a practical guide*. Geneva: WHO; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/91758/1/9789241506212_eng.pdf, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
174. *Implementation Research in HRP: Operationalizing the United Nations Secretary-General's Global Strategy for Women's and Children's Health*. Briefing note. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75193/1/WHO_RHR_HRP_11.23_eng.pdf, по состоянию на 6 января 2017 г.).
175. Saleem H, Narasimhan M, Denison JA, Kennedy CE. Achieving pregnancy safely for HIV-serodiscordant couples: a social ecological approach. *J Int AIDS Soc*. 2017;20(Suppl 1):21331. doi:10.7448/IAS.20.2.21331.
176. *Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a clinical handbook (field testing version)* Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136101/1/WHO_RHR_14.26_eng.pdf, по состоянию на 4 января 2017 г.).
177. The Inter-Agency Working Group on SRH and HIV Linkages. *SRH and HIV linkages compendium: indicators and related assessment tools*. International Planned Parenthood Federation, United Nations Population Fund, World Health Organization; 2014 (http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SRH%20HIV%20Linkages%20Compendium_rev.pdf, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
178. *Tool to set and monitor targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/177992/1/9789241508995_eng.pdf, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
179. *Сводное руководство по стратегической информации о ВИЧ в секторе здравоохранения*. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2015 г. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/164716/1/9789241508759_eng.pdf, по состоянию на 6 марта 2017 г.).
180. Inter-agency Task Team (IATT) on the Prevention and Treatment of HIV Infection in Pregnant Women, Mothers and Children. *Monitoring & evaluation framework for antiretroviral treatment for pregnant and breastfeeding women living with HIV and their infants (IATT Option B/B+ M&E Framework)*. New York (NY): United States Centres for Disease Control and Prevention (CDC), World Health Organization (WHO), United Nations Children's Fund (UNICEF); 2015 (<http://www.emtct-iatt.org/wp-content/uploads/2015/05/IATT-Framework-May-2015.pdf>, по состоянию на 22 февраля 2017 г.).
181. *A tool for strengthening gender-sensitive national HIV and sexual and reproductive health (SRH) monitoring and evaluation systems*. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/251903/1/9789241510370-eng.pdf>, по состоянию на 5 января 2017 г.).
182. GREAT Network [website]. GREAT Network; 2017 (<http://greatnetworkglobal.org/>, по состоянию на 6 марта 2017 г.).

Приложение 1. Внешние эксперты и сотрудники ВОЗ, участвовавшие в подготовке этого руководства

Руководящая группа ВОЗ по подготовке руководства

Департамент ВОЗ по вопросам репродуктивного здоровья и научных исследований (RHR) (Женева, Швейцария)

Ian Askew

Директор

Avni Amin

Технический сотрудник

Ana Pilar Betrán Lazaga

Медицинский сотрудник

Nathalie Broutet

Медицинский сотрудник

Mario Festin

Медицинский сотрудник

Bela Ganatra

Ученый

Claudia García Moreno

Медицинский сотрудник

Rajat Khosla

Советник по правам человека

James Kiarie

Координатор

Natalie Maurer

Помощник

Manjulaa Narasimhan

Ученый

Ответственный технический сотрудник и координатор процесса разработки руководства

Sheryl van der Poel

Медицинский сотрудник

Департамент ВОЗ по вопросам старения и жизненного цикла (ALC) (Женева, Швейцария)

John Beard

Директор

Группа ВОЗ по учету гендерной проблематики, равенства и прав человека (GER) (Женева, Швейцария)

Rebekah Thomas Bosco

Технический сотрудник

Департамент ВОЗ по охране здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков (МСА) (Женева, Швейцария)

Joanna Vogel

Технический консультант

Департамент ВОЗ по фактическим данным, научным исследованиям и действиям в отношении психических расстройств и других поражений головного мозга (MER) (Женева, Швейцария)

Tarun Dua

Координатор

Fahmy Hanna

Медицинский сотрудник

Департамент ВОЗ по ВИЧ/СПИДу (Женева, Швейцария)

Rachael Baggeley

Координатор

Shaffiq Essajee

Медицинский сотрудник

Региональное бюро ВОЗ для стран Африки (Браззавиль, Конго)

Francoise Bigirimana

Медицинский сотрудник — Профилактика передачи от матери ребенку (ППМР)

Léopold Ouedraogo

Советник по вопросам репродуктивного здоровья

Региональное бюро ВОЗ для стран Америки/Панамериканская организация здравоохранения [ПАОЗ] (Вашингтон, О.К., Соединенные Штаты Америки)

Sonja Caffè

Региональный советник по вопросам охраны здоровья подростков

Региональное бюро ВОЗ для стран Восточного Средиземноморья (Каир, Египет)

Ramez Mahaini

Региональный советник по вопросам репродуктивного здоровья

Европейское региональное бюро ВОЗ (Копенгаген, Дания)

Gunta Lazdane

Руководитель программы по сексуальному и репродуктивному здоровью
Отдел неинфекционных заболеваний и

укрепления здоровья на всех этапах жизни

Региональное бюро ВОЗ для стран Юго-Восточной Азии (Нью-Дели, Индия)

Razia Pendse

Региональный советник по ВИЧ-инфекции

Группа по разработке руководства (ГРР)

Сопредседатели: **Elizabeth Bukusi** и **Paul Van Look**

Pascale Allotey

Профессор, специалист в области общественного здравоохранения

Заведующая кафедрой глобального общественного здравоохранения малазийский кампус Университета Монаша Медицинский факультет Бандар Санвей, Малайзия

Elham Atalla

Лечащий врач, медицинский центр в Аль Хуре Старший преподаватель, Королевский колледж хирургов в Ирландии (RCSI) – Медицинский университет Бахрейна Консультант, семейный врач и клинический сексолог, медицинский центр в Араде Министерство здравоохранения Управление по вопросам первичной медико-санитарной помощи и общественного здравоохранения Джужаир, Королевство Бахрейн

Susan Bewley

Профессор, специалист в области патологии беременности Отдела охраны здоровья женщин при Королевском колледже Лондона Научно-образовательный центр охраны здоровья женщин Объединение партнерских учреждений здравоохранения «Кингс Хэлс Партнерс» Лондон, Соединенное Королевство

Shalini Bharat

Факультет изучения систем здравоохранения, Институт социальных наук имени Тата, Мумбаи, Индия

Elizabeth Bukusi (CO-CHAIR)

Научный руководитель и заместитель директора (научные исследования и профессиональная подготовка), Кенийский медицинский научно-исследовательский институт (KEMRI) Сопредседатель, Программа профессиональной подготовки, оказания помощи и научных исследований (RCTP) Центр микробиологических исследований Найроби, Кения

Caroline Phiri Chibawe

Директор, Отдел охраны здоровья матери и ребенка

Министерство здравоохранения

Лусака, Замбия

Sophie Dilmitis

Консультант

Международное сообщество женщин, живущих с ВИЧ

Хараре, Зимбабве

Raoul Fransen-dos Santos

Старший советник по вопросам политики

Международная поддержка гражданского общества

Амстердам, Нидерланды

Selma Hajri

Консультант

Африканская сеть в поддержку доступа к медицинским абортам [ANMA], Тунис (Тунис)

Maurice Hiza

Национальный координатор по вопросам планирования семьи Отдел охраны репродуктивного и детского здоровья Министерство здравоохранения и социального обеспечения Дар-эс-Салам, Объединенная Республика Танзания

Mona Loutfy

Научно-исследовательский институт и Клиническая больница Женского Колледжа при Университете Торонто, Канада

Chisale Mhango

Старший преподаватель

Королевский колледж акушерства и гинекологии

Медицинский колледж

Блантайр, Малави

Glen Mola

Специалист в области систем здравоохранения Медицинский факультет при Университете Папуа - Новой Гвинеи Бороко, Папуа-Новая Гвинея

Rejoice Nkambule

Заместитель директора

Службы общественного здравоохранения

Министерство здравоохранения

Мбабане, Свазиленд

Vera Paiva

Профессор, специалист в области инфекционных болезней

Университет Сан-Паулу

Институт психологии и Междисциплинарная группа по предупреждению СПИДа [NEPAIDS]

Сан-Паулу, Бразилия

Quach Thi Thu Trang

Старший научный сотрудник

Координатор программы по борьбе с гендерным насилием

Центр творческих инициатив в области здравоохранения и народонаселения (СЦИНП), Ханой, Вьетнам

Paul Van Look (СОПРЕДСЕДАТЕЛЬ)

Независимый консультант
Валь-д'Илье, Швейцария

Alice Welbourn

Директор-учредитель Саламандер Траст, Лондон, Соединенное Королевство

Anandi Yuvaraj

Независимый консультант
Местный активист в сфере здравоохранения — вопросы гендерного равенства, СРЗ и ВИЧ
Нью-Дели, Индия

Группа, выполнившая систематические обзоры

Caitlin Kennedy

Адъюнкт-профессор
Школа общественного здравоохранения им. Блумберга
при университете Джонса Хопкинса
Балтимор, Соединенные Штаты Америки (США)

Методист

Nandi Siegfried

Клинический эпидемиолог
Кейптаун, Южная Африка

Группа внешних рецензентов (ГВР)

Georgina Caswell

Региональный советник программы «Link Up» (Африка)
Международный альянс по ВИЧ/СПИДУ
Брайтон, Соединенное Королевство

Eli Coleman

Директор, Программа по вопросам сексуальности человека
Университет Миннесоты
Миннеаполис, США

Tyler Crone

Соучредитель и директор
сеть ATHENA
Сиэтл, США

Cecilia Chung

Содиректор
Глобальная сеть людей, живущих с ВИЧ
Сан-Франциско, США

Faysal El-Kak

Член Исполнительного комитета, Международная федерация акушеров и гинекологов (МФАГ)
Американский университет Бейрута, Ливан

Asha George

Руководитель кафедры южноафриканских исследований в области систем здравоохранения, комплексности и социальных перемен
Университет Западной Капской провинции
Кейптаун, Южная Африка

Quarraisha Abdool Karim

Профессор клинической эпидемиологии
Помощник директора по научной работе
Центр научных исследований по проблеме СПИДа в Южной Африке [CAPRISA]
Дурбан, Южная Африка

Robert Leke

Президент Камерунского общества при МФАГ
Университет Яунде,
Яунде, Камерун

Svetlana Moroz

Директор
Евразийская женская сеть по СПИДУ
Киев, Украина

Nelly Mugo

Помощник директора
Кафедра акушерства и гинекологии
Национальная больница им. Кениаты
Кенийский медицинский научно-исследовательский институт (KEMRI)
Найроби, Кения

Wanjiru Mukoma

Руководитель проекта LVCT Health
Найроби, Кения

Hajjarah Nagadya

Директор
Международное сообщество женщин, живущих с ВИЧ [МСЖ], в Восточной Африке (ICWEA)
Энтеббе, Уганда

Francis Ndowa

Консультант
Совет управления центральной больницы Хараре,
Зимбабве
Хараре, Зимбабве

L'Orangelis Thomas Negrón

Директор
Сеть ВИЧ-позитивной молодежи в странах Латинской Америки и Карибского бассейна
Панама, государство Панама

Eugene Ngoga

Президент Руандского общества при МФАГ
Медицинский факультет
Школа общественного здравоохранения
Руандский университет
Кигали, Руанда

Hiromi Obara

Советник по вопросам политики в области здравоохранения
Национальный центр по вопросам охраны здоровья людей во всем мире
Токио, Япония

Hamid Rushwan

Исполнительный директор МФАГ
Хартум, Судан

Aditi Sharma

Директор
Международное сообщество женщин, живущих с ВИЧ
Нью-Дели, Индия

Martha Tholanah

Директор
Международное сообщество женщин, живущих с ВИЧ
Хараре, Зимбабве

Ruth Morgan Thomas

Сопредседатель консультативной группы ЮНЭЙДС по вопросам ВИЧ и секс-индустрии
Глобальная сеть проектов работников секс-бизнеса (NSWP)
Лондон, Соединенное Королевство

Rita Wahab

Директор
Женщины, живущие с ВИЧ, на Ближнем Востоке (МЕНА Роза)
Бейрут, Ливан

Внешние партнеры

Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДУ (ЮНЭЙДС)

Luisa Cabal

Руководитель отдела по правам человека и правовым вопросам
Женева, Швейцария

Malayah Harper

Руководитель отдела по гендерному равенству и этнокультурному многообразию
Женева, Швейцария

Karusa Kiragu

Старший советник
Женева, Швейцария

Chris Mallouris

Советник по вопросам мобилизации местных сообществ
Женева, Швейцария

Hege Wagan

Советник по гендерным вопросам
Женева, Швейцария

Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА)

Lynn Collins

Технический консультант по вопросам ВИЧ
Нью-Йорк, США

Petra ten Hoop-Bender

Технический консультант по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья
Женева, Швейцария

Агентство США по международному развитию (ЮСАИД) Бюро по всемирной охране здоровья, Управление по вопросам народонаселения и охраны репродуктивного здоровья

Shawn Malarcher

Старший советник по вопросам применения методов передовой практики
Вашингтон, О.К., США

Nithya Mani

Советник по вопросам общественного здравоохранения и ВИЧ
Вашингтон, О.К., США

Jennifer Mason

Старший советник по вопросам интеграции услуг в области планирования семьи и ВИЧ
Вашингтон, О.К., США

Управлением Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека (УВКПЧ)

Lucinda O'Hanlon

Советник по правам женщин
Секция по правам женщин и гендерным вопросам
Женева, Швейцария

Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией

Kate Thomson

Руководитель,
Инициатива по вопросам, касающимся местного сообщества, прав человека и гендерной проблематики и гражданского общества
Женева, Швейцария

Сотрудники и консультанты ВОЗ

Консультанты ВОЗ (проведение исследований, составление текста, координация работ)

Laura Beres

Университет Джонса Хопкинса
Балтимор, США

Elizabeth McGroary

Независимый консультант
Нью-Йорк, США

Luisa Orza

Сеть ATHENA
Брайтон, Соединенное Королевство

Sofia Gruskin и Shubha Kumar

Институт глобального здравоохранения
Университет Южной Калифорнии
Лос-Анджелес, США

Секретариат Комитета ВОЗ по обзору руководящих принципов

Philippa Easterbrook

Susan Norris

Charles Penn

Женева, Швейцария

Административная и коммуникационная поддержка со стороны ВОЗ

Catherine Hamill

Natalie Maurer

Christine Meynent

Lizzy Noble

Jane Werunga-Ndanareh

Женева, Швейцария

Внешняя коммуникационная поддержка

Christel Chater, полиграфический дизайн и верстка

Jane Patten, техническое редактирование

Компания «Грин Инк»,
Соединенное Королевство (www.greenink.co.uk)

Приложение 2. Резюме деклараций интересов членов Группы по разработке руководства (ГРР) и принятые меры

Имя	Сфера деятельности	Заявление о конфликте интересов	Конфликт интересов и принятые меры
Члены ГРР			
Проф. Pascale Allotey	Акушерское дело, оказание помощи, наука о внедрении, сексуальное и репродуктивное здоровье и соответствующие права (СРЗП), ВИЧ, миграция, здоровье населения в условиях конфликтов, научные исследования в области внедрения, системы здравоохранения, научно-исследовательская работа, гендерные вопросы и справедливость	Конфликт интересов не заявлен	Не применимо
Д-р. Elham Atalla	Клинический сексолог, сексуальное здоровье, здоровье женщин, стратегии и меры политики, психические и поведенческие расстройства среди уязвимых групп населения, включая женщин, живущих с ВИЧ	Конфликт интересов не заявлен	Не применимо
Д-р. Susan Bewley	Научно-образовательная работа, акушер-гинеколог, нормативное руководство, исследования, насилие в отношении беременных, материнское здоровье, ВИЧ, оказание помощи	Оказывала консультативную помощь в ходе разработки Глобального опроса о ценностях и предпочтениях (ГОЦП).	Конфликт не был расценен как достаточно существенный, чтобы повлиять на членство в ГРР или участие в технических консультациях.
Проф. Shalini Bharat	Исследования в области социальных наук, ВИЧ/СПИД, стигматизация, дискриминация, социальные факторы, способствующие распространению ВИЧ, здоровье женщин, факторы уязвимости в отношении здоровья	Конфликт интересов не заявлен	Не применимо
Проф. Elizabeth Bukusi	Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), репродуктивное здоровье, профилактика ВИЧ-инфекции, молодежные программы, обучение, социально-поведенческие, биомедицинские и внедренческие научные исследования	Конфликт интересов не заявлен	Не применимо
Д-р. Caroline Phiri Chibawe	Специалист в области общественного здравоохранения, охрана здоровья матери и ребенка, клиницист, работающий в области ВИЧ, научные исследования в области внедрения, коммуникации и информационно-пропагандистская деятельность, планирование семьи	Конфликт интересов не заявлен	Не применимо

Имя	Сфера деятельности	Заявление о конфликте интересов	Конфликт интересов и принятые меры
Г-жа. Sophie Dilmitis	Женщины, живущие с ВИЧ, информационно-пропагандистская деятельность, СРЗП/ВИЧ, обучение членов местного сообщества, всестороннее половое просвещение, молодежные программы	Финансирование деятельности осуществлялось фондом «Women4Global, работа в составе Группы по оценке доступа к лечению ВИЧ-инфекции во всем мире, организованной структурой «ООН-женщины»; деятельность в составе Рабочей группы по вопросам ГН и ВИЧ финансировалась ЮНЭЙДС.	Конфликт не был расценен как достаточно существенный, чтобы повлиять на членство в ГРР или участие в технических консультациях.
Д-р. Raoul Fransendos Santos	Советник по вопросам политики, гражданское общество, человек, живущий с ВИЧ, ВИЧ/СРЗП, общественное здравоохранение, антиретровирусная терапия (АРТ), информационно-пропагандистская деятельность	Конфликт интересов не заявлен	Not applicable
Д-р. Selma Hajri	Контрацепция и планирование семьи, прерывание беременности, старение и здоровье женщин в постменопаузальном периоде, нормативное руководство, национальная политика, СРЗП, информационно-пропагандистская деятельность	Конфликт интересов не заявлен	Не применимо
Д-р. Maurice Hiza	Стратегии и меры политики, охрана материнского здоровья, планирование семьи, ВИЧ/СПИД, исследования по вопросам внедрения	Конфликт интересов не заявлен	Не применимо
Д-р. Mona Loufy	СРЗ, стигматизация и доступность помощи для женщин, живущих с ВИЧ, клиницист, работающий в области ВИЧ, работа с сообществами женщин, плохо охваченных услугами здравоохранения, включая женщин, живущих с ВИЧ, из групп сельского и коренного населения, национальная политика	Конфликт интересов не заявлен	Не применимо
Д-р. Chisale Mhango	Акушерство и гинекология, СРЗП, охрана материнского здоровья	Конфликт интересов не заявлен	Не применимо
Проф. Glen Mola	Акушерство и гинекология, системы здравоохранения, насилие в отношении женщин, ВИЧ	Конфликт интересов не заявлен	Не применимо
Д-р. Rejoice Nkambule	Национальная политика, первичная медико-санитарная помощь, ВИЧ/СПИД, в том числе профилактика ВИЧ-инфекции, профилактика вертикальной передачи ВИЧ, программы АРТ, обучение, подготовка и консультирование, установление связей между СРЗП и ВИЧ и туберкулез (ТБ)	Конфликт интересов не заявлен	Не применимо

Имя	Сфера деятельности	Заявление о конфликте интересов	Конфликт интересов и принятые меры
Проф. Vera Paiva	СРЗП/ВИЧ, психическое здоровье, психология, исследователь, советник по вопросам политики, мероприятия на уровне местного сообщества, молодежные программы, наука о внедрении	Конфликт интересов не заявлен	Не применимо
Г-жа. Quach Thi Thu Trang	Гендерное насилие (ГН), гендер, сексуальность, репродуктивное здоровье, научные исследования, мониторинг и оценка, проведение обучения и подготовки, клиницист, работа с меньшинствами и уязвимыми группами населения, в частности такими как лесбиянки, гомосексуалисты, бисексуалы и трансгендеры (ЛБГТ) и люди, живущие с ВИЧ	Конфликт интересов не заявлен	Не применимо
Проф. Paul Van Look	Научно-исследовательская работа, СРЗП, стратегии и меры политики, связи в области СРЗ и ВИЧ, руководитель программ	Конфликт интересов не заявлен	Не применимо
Проф. Alice Welbourn	Женщины, живущие с ВИЧ, СРЗП, ВИЧ, участие сообщества, насилие со стороны интимного партнера, коммуникации, информационно-пропагандистская деятельность, научные исследования	Получала финансирование от «Саламандер Траст» на проведение ГОЦП, однако сама работа не оплачивалась.	Конфликт не был расценен как достаточно существенный, чтобы повлиять на членство в ГРР или участие в технических консультациях.
Д-р Anandi Yuvaraj	Женщины, живущие с ВИЧ, гендерное насилие, профилактика ВИЧ, сообщество и общественное здравоохранение, информационно-пропагандистская деятельность и коммуникация, кадровые и финансовые ресурсы в области здравоохранения	Конфликт интересов не заявлен	Не применимо

Консультанты, посетившие совещание ГРР

Д-р. Caitlin Kennedy	Систематические обзоры, качественные доказательства, СРЗ и ВИЧ	Руководство проведением систематических обзоров	
Г-жа. Laura Beres	Систематические обзоры, качественные доказательства, СРЗ, ВИЧ, охрана здоровья в сообществе	Оказание поддержки в проведении систематических обзоров	
Д-р. Nandi Siegfried	Методист, клинический эпидемиолог	Методист по разработке руководства	

Приложение 3. Приоритетные вопросы и исходы вмешательств, определенные для этого руководства

PICO: P — Population (популяция); I — Intervention (вмешательство); C — Comparator (сравнение); O — Outcomes (результаты/исходы)

Вопросы в формате PICO (P—I—C)	Приоритетные исходы (O)
<p>Вопрос в формате PICO 1 Какие вмешательства способствуют расширению прав и возможностей женщин, живущих с ВИЧ, и их самоэффективности в области принятия решений о более безопасном сексуальном и репродуктивном поведении?</p> <p>P: Женщины, живущие с ВИЧ I: Вмешательства, направленные на устранение гендерного неравенства и дисбаланса власти между мужчинами и женщинами и расширение прав и возможностей женщин, а также повышение их самоэффективности в области принятия решений о более безопасном сексуальном и репродуктивном поведении C: Отсутствие вмешательства или стандартов оказания помощи</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Самоэффективность, расширение прав и возможностей или другие критерии оценки способности принимать самостоятельные решения в отношении более безопасного сексуального поведения, прерывания беременности, регулирования интервалов между рождением детей, деторождения и других аспектов сексуального и репродуктивного здоровья 2. Модели поведения, влияющие на сексуальное или репродуктивное здоровье (использование презервативов, контрацептивных средств и т.д.) 3. Исходы в отношении сексуального или репродуктивного здоровья (инфекции, передаваемые половым путем [ИППП], беременность и т.д.)
<p>Вопрос в формате PICO 2 Какие вмешательства облегчают безопасное раскрытие ВИЧ-статуса тем женщинам, живущим с ВИЧ, которые опасаются насилия или подвергаются ему?</p> <p>P: Женщины, живущие с ВИЧ, которые опасаются насилия или сообщают о том, что подвергаются ему I: Вмешательства, способствующие безопасному раскрытию ВИЧ-статуса C: Отсутствие вмешательства</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Раскрытие ВИЧ-статуса 2. Насилие (физическое, сексуальное, эмоциональное) 3. Страх стать жертвой насилия 4. Другие нежелательные явления (разрыв взаимоотношений, уход партнера, потеря работы, детей, доступа к услугам и т.д.) 5. Положительные результаты (осознание индивидуальных прав и возможностей, безопасность, вовлечение партнера, улучшение физического здоровья, вступление в систему оказания помощи и лечения при ВИЧ-инфекции, прием антиретровирусной терапии и т. д.)
<p>Вопрос в формате PICO 3 Какие способы родоразрешения позволяют достичь оптимальных исходов для матери и ребенка в перинатальном периоде применительно к женщинам, живущим с ВИЧ?</p> <p>P: Женщины, живущие с ВИЧ, и их дети I: Элективное кесарево сечение (КС) C: Другие способы родоразрешения (влагалищное родоразрешение, неэлективное КС)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Наличие ВИЧ-инфекции у детей, рожденных от женщин, живущих с ВИЧ (эффективность профилактики вертикальной передачи ВИЧ) 2. Уровень заболеваемости и смертности среди женщин, живущих с ВИЧ (в том числе заболеваемость, связанная с развитием лихорадочных состояний, эндометриоза, кровотечений, тяжелой формы анемии, пневмонии и инфекций мочевыводящих путей) 3. Уровень заболеваемости и смертности среди младенцев, рожденных от женщин, живущих с ВИЧ (частота развития респираторных заболеваний [респираторный дистресс-синдром и преходящее тахипноэ новорожденных] и поражений кожи) 4. Грудное вскармливание (частота успешного использования или сроки начала и продолжительность)
<p>Вопрос в формате PICO 4 Отличаются ли исходы медикаментозных и хирургических аборт у женщин, живущих с ВИЧ, и неинфицированных женщин?</p> <p>P: Женщины, нуждающиеся в услугах по прерыванию беременности I: Медикаментозный аборт у женщин, живущих с ВИЧ C: Медикаментозный аборт у женщин, не инфицированных ВИЧ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Эффективность (завершенный, или полный аборт) 2. Серьезные нежелательные явления (смертельный исход, госпитализация, переливание крови и т.д.) 3. Другие неблагоприятные исходы и побочные эффекты (кровотечения, не требующие переливания крови, рвота и т.д.) 4. Удовлетворенность пациентки

Приложение 4. Систематические обзоры и анализ литературных данных

Применительно к каждому обзору руководитель группы обозначен символом «*»

Систематические обзоры, выполненные в ходе разработки новых принципов надлежащей практики (ПНП)

Социально-психологическая поддержка (НОВЫЙ ПНП А.1)

Beres LK, Narasimhan M, Robinson JL, Welbourn A, Kennedy CE*. Non-specialist psychosocial support interventions with women living with HIV: a systematic review. *AIDS Care*. 2017 (на рассмотрении).

Здоровая половая жизнь на протяжении всей жизни (НОВЫЙ ПНП А.2)

Narasimhan M*, Payne C, Caldas S, Beard JR, Kennedy CE. Ageing and healthy sexuality among women living with HIV. *Reprod Health Matters*. 2016;24(48):43–51. doi:10.1016/j.rhm.2016.11.001.

Расширение экономических возможностей и доступ к ресурсам (НОВЫЙ ПНП А.3)

Chop E, Duggaraju A, Flignor A, Burke V, Caldas S, Yeh PT, Narasimhan M, Amin A, Kennedy C*. Food insecurity, sexual risk behaviour and adherence to antiretroviral therapy among women living with HIV: a systematic review. *Health Care Women Int*. 2017 (на рассмотрении).

Интеграция услуг в сфере охраны СРЗП с услугами в связи с ВИЧ-инфекцией (НОВЫЕ ПНП А.4 и А.5)

Kennedy CE, Haberlen SA, Narasimhan M*. Integration of sexually transmitted infection (STI) services into HIV care and treatment services for women living with HIV: a systematic review. *BMJ Open*. 2017 (в печати).

Haberlen S, Narasimhan M, Beres LK, Kennedy CE*. Integration of family planning services into HIV care and treatment services: a systematic review. *Stud Family Plann*. 2017. doi:10.1111/sifp.12018.

Систематические обзоры, выполненные в ходе разработки новых рекомендаций (РЕК)

Расширение прав и возможностей женщин и их самоэффективность (НОВАЯ РЕК В.1)

Robinson JL, Narasimhan M, Amin A, Morse S, Beres LK, Yeh PT, Kennedy CE*. Interventions to address unequal gender and power relations and improve self-efficacy and empowerment around sexual and reproductive health decision-making for women living with HIV: a systematic review. *PLoS One*. 2017 (на рассмотрении).

Безопасное раскрытие ВИЧ-статуса (НОВЫЕ РЕК В.4 и В.5)

Kennedy CE, Haberlen S, Amin A, Baggaley R, Narasimhan M*. Safer disclosure of HIV serostatus for women living with HIV who experience or fear violence: a systematic review. *J Int AIDS Soc*. 2015;18(6 Suppl 5):20292. doi:10.7448/IAS.18.6.20292.

Кесарево сечение (НОВАЯ РЕК В.22)

Kennedy CE*, Yeh PT, Pandey S, Betrán AP, Narasimhan M. Elective caesarean section for women living with HIV: a systematic review of risks and benefits. *AIDS Care*. 2017 (на рассмотрении).

Медицинская помощь женщинам, живущим с ВИЧ, которым проводится прерывание беременности (НОВЫЕ РЕК В.30 и В.31)

Saleem H, Kennedy CE*, Ganatra B, Narasimhan M. Medical and surgical abortion for women living with HIV: a systematic review. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 (в печати).

Обзоры литературы и другие документы, подготовленные в ходе разработки этого руководства

Обзор литературы по правам человека:

Kumar S, Gruskin S*, Khosla R, Narasimhan M. Human rights and the sexual and reproductive health of women living with HIV – a literature review. *J Int AIDS Soc.* 2015;18(Suppl 5):20290. doi:10.7448/IAS.18.6.20290.

Khosla R*, Van Belle N, Temmerman M. Advancing the sexual and reproductive health and human rights of women living with HIV: a review of UN, regional and national human rights norms and standards. *J Int AIDS Soc.* 2015;18(Suppl 5):20280. doi:10.7448/IAS.18.6.20280.

Обзор литературы по использованию социально-экологической модели:

Saleem H, Narasimhan M*, Denison JA, Kennedy CE. Achieving pregnancy safely for HIV-serodiscordant couples: a social ecological approach. *J Int AIDS Soc.* 2017;20(Suppl 1):21331. doi:10.7448/IAS.20.2.21331.

Методическое пособие по использованию системы GRADE:

Siegfried N*, Narasimhan M, Kennedy C, Welbourn A, Yuvaraj A. Using GRADE as a framework to guide research on the sexual and reproductive health and rights of women living with HIV – a methodological paper. *AIDS Care.* 2017 (в печати).

Приложение 5. Суждения Группы по разработке руководства (ГРР), относящиеся к новым рекомендациям

Рекомендации	РЕК В.1	РЕК В.4	РЕК В.5
Вмешательство	Расширение прав и возможностей женщин и их самоэффективность	Безопасное раскрытие ВИЧ-статуса	Безопасное раскрытие ВИЧ-статуса
Уровень достоверности доказательств	<input type="checkbox"/> Высокий <input type="checkbox"/> Средний <input checked="" type="checkbox"/> Низкий <input type="checkbox"/> Очень низкий	<input type="checkbox"/> Высокий <input type="checkbox"/> Средний <input checked="" type="checkbox"/> Низкий <input type="checkbox"/> Очень низкий	<input type="checkbox"/> Высокий <input type="checkbox"/> Средний <input checked="" type="checkbox"/> Низкий <input type="checkbox"/> Очень низкий
Ценности и предпочтения женщин, живущих с ВИЧ	<input checked="" type="checkbox"/> В пользу этого варианта <input type="checkbox"/> Не в пользу ни этого, ни других вариантов <input type="checkbox"/> В пользу других вариантов	<input checked="" type="checkbox"/> В пользу этого варианта <input type="checkbox"/> Не в пользу ни этого, ни других вариантов <input type="checkbox"/> В пользу других вариантов	<input checked="" type="checkbox"/> В пользу этого варианта <input type="checkbox"/> Не в пользу ни этого, ни других вариантов <input type="checkbox"/> В пользу других вариантов
Использование ресурсов	<input checked="" type="checkbox"/> В пользу этого варианта <input type="checkbox"/> Не в пользу ни этого, ни других вариантов <input type="checkbox"/> В пользу других вариантов	<input checked="" type="checkbox"/> В пользу этого варианта <input type="checkbox"/> Не в пользу ни этого, ни других вариантов <input type="checkbox"/> В пользу других вариантов	<input checked="" type="checkbox"/> В пользу этого варианта <input type="checkbox"/> Не в пользу ни этого, ни других вариантов <input type="checkbox"/> В пользу других вариантов
Обеспечение справедливости	<input checked="" type="checkbox"/> В пользу этого варианта <input type="checkbox"/> Не в пользу ни этого, ни других вариантов <input type="checkbox"/> В пользу других вариантов	<input type="checkbox"/> В пользу этого варианта <input checked="" type="checkbox"/> Не в пользу ни этого, ни других вариантов <input type="checkbox"/> В пользу других вариантов	<input checked="" type="checkbox"/> В пользу этого варианта <input type="checkbox"/> Не в пользу ни этого, ни других вариантов <input type="checkbox"/> В пользу других вариантов
Приемлемость	<input checked="" type="checkbox"/> В пользу этого варианта <input type="checkbox"/> Не в пользу ни этого, ни других вариантов <input type="checkbox"/> В пользу других вариантов	<input checked="" type="checkbox"/> В пользу этого варианта <input type="checkbox"/> Не в пользу ни этого, ни других вариантов <input type="checkbox"/> В пользу других вариантов	<input checked="" type="checkbox"/> В пользу этого варианта <input type="checkbox"/> Не в пользу ни этого, ни других вариантов <input type="checkbox"/> В пользу других вариантов
Осуществимость	<input type="checkbox"/> В пользу этого варианта <input checked="" type="checkbox"/> Не в пользу ни этого, ни других вариантов <input type="checkbox"/> В пользу других вариантов	<input checked="" type="checkbox"/> В пользу этого варианта <input type="checkbox"/> Не в пользу ни этого, ни других вариантов <input type="checkbox"/> В пользу других вариантов	<input checked="" type="checkbox"/> В пользу этого варианта <input type="checkbox"/> Не в пользу ни этого, ни других вариантов <input type="checkbox"/> В пользу других вариантов
Соотношение преимуществ и недостатков	<input checked="" type="checkbox"/> Преимущества перевешивают недостатки <input type="checkbox"/> Преимущества и недостатки равнозначны <input type="checkbox"/> Недостатки перевешивают преимущества	<input checked="" type="checkbox"/> Преимущества перевешивают недостатки <input type="checkbox"/> Преимущества и недостатки равнозначны <input type="checkbox"/> Недостатки перевешивают преимущества	<input checked="" type="checkbox"/> Преимущества перевешивают недостатки <input type="checkbox"/> Преимущества и недостатки равнозначны <input type="checkbox"/> Недостатки перевешивают преимущества
Решение ГРР	<input checked="" type="checkbox"/> Рекомендовано <input type="checkbox"/> Условная рекомендация <input type="checkbox"/> Не рекомендовано	<input checked="" type="checkbox"/> Рекомендовано <input type="checkbox"/> Условная рекомендация <input type="checkbox"/> Не рекомендовано	<input checked="" type="checkbox"/> Рекомендовано <input type="checkbox"/> Условная рекомендация <input type="checkbox"/> Не рекомендовано

Рекомендации	РЕК В.22	РЕК В.30	РЕК В.31
Вмешательство	Кесарево сечение	Безопасное прерывание беременности	Безопасное прерывание беременности
Уровень достоверности доказательств	<input type="checkbox"/> Высокий <input type="checkbox"/> Средний <input checked="" type="checkbox"/> Низкий <input type="checkbox"/> Очень низкий	<input type="checkbox"/> Высокий <input type="checkbox"/> Средний <input type="checkbox"/> Низкий <input checked="" type="checkbox"/> Очень низкий	<input type="checkbox"/> Высокий <input type="checkbox"/> Средний <input type="checkbox"/> Низкий <input checked="" type="checkbox"/> Очень низкий
Ценности и предпочтения женщин, живущих с ВИЧ	<input checked="" type="checkbox"/> В пользу этого варианта <input type="checkbox"/> Не в пользу ни этого, ни других вариантов <input type="checkbox"/> В пользу других вариантов	<input checked="" type="checkbox"/> В пользу этого варианта <input type="checkbox"/> Не в пользу ни этого, ни других вариантов <input type="checkbox"/> В пользу других вариантов	<input checked="" type="checkbox"/> В пользу этого варианта <input type="checkbox"/> Не в пользу ни этого, ни других вариантов <input type="checkbox"/> В пользу других вариантов
Использование ресурсов	<input type="checkbox"/> В пользу этого варианта <input checked="" type="checkbox"/> Не в пользу ни этого, ни других вариантов <input type="checkbox"/> В пользу других вариантов	<input checked="" type="checkbox"/> В пользу этого варианта <input type="checkbox"/> Не в пользу ни этого, ни других вариантов <input type="checkbox"/> В пользу других вариантов	<input checked="" type="checkbox"/> В пользу этого варианта <input type="checkbox"/> Не в пользу ни этого, ни других вариантов <input type="checkbox"/> В пользу других вариантов
Обеспечение справедливости	<input checked="" type="checkbox"/> В пользу этого варианта <input type="checkbox"/> Не в пользу ни этого, ни других вариантов <input type="checkbox"/> В пользу других вариантов	<input checked="" type="checkbox"/> В пользу этого варианта <input type="checkbox"/> Не в пользу ни этого, ни других вариантов <input type="checkbox"/> В пользу других вариантов	<input checked="" type="checkbox"/> В пользу этого варианта <input type="checkbox"/> Не в пользу ни этого, ни других вариантов <input type="checkbox"/> В пользу других вариантов
Приемлемость	<input checked="" type="checkbox"/> В пользу этого варианта <input type="checkbox"/> Не в пользу ни этого, ни других вариантов <input type="checkbox"/> В пользу других вариантов	<input checked="" type="checkbox"/> В пользу этого варианта <input type="checkbox"/> Не в пользу ни этого, ни других вариантов <input type="checkbox"/> В пользу других вариантов	<input checked="" type="checkbox"/> В пользу этого варианта <input type="checkbox"/> Не в пользу ни этого, ни других вариантов <input type="checkbox"/> В пользу других вариантов
Осуществимость	<input type="checkbox"/> В пользу этого варианта <input checked="" type="checkbox"/> Не в пользу ни этого, ни других вариантов <input type="checkbox"/> В пользу других вариантов	<input checked="" type="checkbox"/> В пользу этого варианта <input type="checkbox"/> Не в пользу ни этого, ни других вариантов <input type="checkbox"/> В пользу других вариантов	<input checked="" type="checkbox"/> В пользу этого варианта <input type="checkbox"/> Не в пользу ни этого, ни других вариантов <input type="checkbox"/> В пользу других вариантов
Соотношение преимуществ и недостатков	<input checked="" type="checkbox"/> Преимущества перевешивают недостатки <input type="checkbox"/> Преимущества и недостатки равнозначны <input type="checkbox"/> Недостатки перевешивают преимущества	<input checked="" type="checkbox"/> Преимущества перевешивают недостатки <input type="checkbox"/> Преимущества и недостатки равнозначны <input type="checkbox"/> Недостатки перевешивают преимущества	<input checked="" type="checkbox"/> Преимущества перевешивают недостатки <input type="checkbox"/> Преимущества и недостатки равнозначны <input type="checkbox"/> Недостатки перевешивают преимущества
Решение ГРП	<input checked="" type="checkbox"/> Рекомендовано <input type="checkbox"/> Условная рекомендация <input type="checkbox"/> Не рекомендовано	<input checked="" type="checkbox"/> Рекомендовано <input type="checkbox"/> Условная рекомендация <input type="checkbox"/> Не рекомендовано	<input type="checkbox"/> Рекомендовано <input checked="" type="checkbox"/> Условная рекомендация <input type="checkbox"/> Не рекомендовано



ISBN 978 92 4 454999 5



9 789244 549995