

# ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, СРЕДИ МУЖЧИН, ПРАКТИКУЮЩИХ СЕКС С МУЖЧИНАМИ, И ТРАНСГЕНДЕРНЫХ ЛИЦ

Рекомендации с позиций общественного здравоохранения

Пересмотренное издание  
2011 г.



**ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ  
И ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ  
ПУТЕМ, СРЕДИ МУЖЧИН, ПРАКТИКУЮЩИХ СЕКС  
С МУЖЧИНАМИ, И ТРАНСГЕНДЕРНЫХ ЛИЦ**

Рекомендации с позиций общественного здравоохранения

Пересмотренное издание

2011 г.



## WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

Guidelines: prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men and transgender people: recommendations for a public health approach 2011.

1.Homosexuality, Male. 2.HIV infections - ethnology. 3.Sexually transmitted diseases - ethnology. 4.Sexual behavior. 5.Unsafe sex - prevention and control. 6.Sexual partners. 7.Guidelines. I.World Health Organization.

ISBN 978 92 4 450175 7

(NLM classification: WC 503.71)

© **Всемирная организация здравоохранения, 2012 г.**

Все права защищены. Публикации Всемирной организации здравоохранения имеются на веб-сайте ВОЗ ([www.who.int](http://www.who.int)) или могут быть приобретены в Отделе прессы ВОЗ, Всемирная организация здравоохранения, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (тел.: +41 22 791 3264; факс: +41 22 791 4857; эл. почта: [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int)).

Запросы на получение разрешения на воспроизведение или перевод публикаций ВОЗ - как для продажи, так и для некоммерческого распространения - следует направлять в Отдел прессы ВОЗ через веб-сайт ВОЗ ([http://www.who.int/about/licensing/copyright\\_form/en/index.html](http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html)).

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения 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 некоторых изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, возникший в результате использования этих материалов.

# СОДЕРЖАНИЕ

<b>Сокращения</b>	<b>7</b>
<b>Благодарности</b>	<b>8</b>
<b>Финансирование и декларации об интересах</b>	<b>9</b>
<b>Краткое содержание</b>	<b>10</b>
<b>1. Исходная информация</b>	<b>16</b>
<b>2. Сфера применения руководства</b>	<b>19</b>
<b>3. Руководящие принципы</b>	<b>21</b>
<b>4. Задачи и целевая аудитория</b>	<b>23</b>
<b>5. Методология и процесс</b>	<b>24</b>
5.1. Система GRADE	24
5.2. Процесс	24
<b>6. Адаптация рекомендаций</b>	<b>26</b>
<b>7. Рекомендации по надлежащей практике</b>	<b>30</b>
<b>8. Научные данные и технические рекомендации</b>	<b>33</b>
8.1. Профилактика передачи ВИЧ половым путем	33
8.1.1. Постоянное использование презервативов	33
8.1.2. Серосортинг	35
8.1.3. Мужское обрезание	38
8.2. Тестирование на ВИЧ и консультирование	40
8.2.1. Тестирование на ВИЧ и консультирование	40
8.2.2. Услуги по тестированию на ВИЧ и консультированию по месту жительства, связанные с предоставлением помощи и лечения	42
8.3. Поведенческие вмешательства и информация, просвещение, коммуникация	44
8.3.1. Поведенческие вмешательства для профилактики ВИЧ-инфекции на индивидуальном уровне	44
8.3.2. Поведенческие вмешательства для профилактики ВИЧ-инфекции на уровне сообщества	47
8.3.3. Целевые стратегии на базе Интернета	48

8.3.4. Стратегии социального маркетинга	51
8.3.5. Стратегии аутрич-работы в местах встреч для сексуальных контактов	53
8.4. Употребление психоактивных веществ и профилактика инфекций, передающихся с кровью	55
8.4.1. Вмешательства по охране психического здоровья для потребителей психоактивных веществ	55
8.4.2. Снижение вреда при потреблении инъекционных наркотиков	57
8.4.3. Безопасные инъекции для трансгендерных лиц, использующих процедуры по усилению вторичных половых признаков	58
8.5. Помощь и лечение при ВИЧ-инфекции	59
8.5.1. Антиретровирусная терапия для MSM и трансгендерных лиц, живущих с ВИЧ	59
8.5.2. Другие профилактические и лечебные вмешательства для MSM и трансгендерных лиц, живущих с ВИЧ	61
8.6. Профилактика и лечение других инфекций, передаваемых половым путем	63
8.6.1. Синдромный подход к ведению инфекций, передаваемых половым путем	63
8.6.2. Периодическое тестирование на бессимптомные уретральные и аноректальные инфекции, вызванные <i>N. gonorrhoeae</i> , с использованием (1) МАНК и (2) посева; и периодическое тестирование на бессимптомные уретральные и аноректальные инфекции, вызванные <i>C. trachomatis</i> , с использованием МАНК	71
8.6.3. Периодическое тестирование на бессимптомную сифилитическую инфекцию	74
8.6.4. Вакцинация против гепатита В	76
8.7. Замечание относительно оральной доконтактной профилактики ВИЧ-инфекции	77

## Библиография

79

# 1. СОКРАЩЕНИЯ

<b>АРТ</b>	антиретровирусная терапия
<b>ВГВ</b>	вирус гепатита В
<b>ВИЧ</b>	вирус иммунодефицита человека
<b>ВПГ</b>	вирус простого герпеса
<b>ВОЗ</b>	Всемирная организация здравоохранения
<b>ДКП</b>	доконтактная профилактика
<b>ИП</b>	ингибитор протеазы
<b>ИППП</b>	инфекции, передаваемые половым путем
<b>МАНК</b>	методы амплификации нуклеиновых кислот
<b>МСМ</b>	мужчины, практикующие секс с мужчинами
<b>НИОТ</b>	нуклеозидный/нуклеотидный ингибитор обратной транскриптазы
<b>НИИОТ</b>	ненуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы
<b>НПО</b>	неправительственная организация
<b>ОЗТ</b>	опиоидная заместительная терапия
<b>ПАВ</b>	психоактивное вещество
<b>ПОИШ</b>	программа обмена игл и шприцев
<b>ПРООН</b>	Программа развития ООН
<b>СПИД</b>	синдром приобретенного иммунодефицита
<b>Тик</b>	тестирование на ВИЧ и консультирование
<b>УВКПЧ</b>	Управление Верховного комиссара ООН по правам человека
<b>ЮНЭЙДС</b>	Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу
<b>CDC</b>	Центры по контролю и профилактике заболеваний США
<b>CI</b>	доверительный интервал
<b>GRADE</b>	система классификации для разработки, анализа и оценки рекомендаций
<b>HR</b>	отношение риска
<b>IAS</b>	Международное общество борьбы со СПИДом
<b>MSMGF</b>	Глобальный форум по вопросам МСМ и ВИЧ
<b>OR</b>	отношение шансов
<b>PICO</b>	популяция, вмешательство, сравнение, исходы
<b>RPR</b>	тест быстрых плазменных реактивов
<b>RR</b>	относительный риск

# БЛАГОДАРНОСТИ

## Академические учреждения

Школа общественного здравоохранения им. Блумберга университета Джонса Хопкинса, США – Caitlin Kennedy и Chris Beyrer, Государственный университет Нью-Йорка в Буффало, США и Университет имени МакМастера, Канада – Elie A. Akl, Калифорнийский университет в Сан-Франциско, США – Andrew Anglemyer, Hana Azman, Diane Binson, Tara Horvath, William Woods, Кейптаунский университет, Южная Африка – Charles Shey Wiysonge, университет Нового Южного Уэльса, Австралия – Mary Poynten, Перуанский университет Каetano Эредиа, Перу – Carlos F. Caceres, Kelika A. Konda, Segundo Leon, Eddy Segura и Alfonso Silva Santisteban, Университет Питтсбурга, США – Amy Herrick и Chongyi Wei

## Непосредственные исполнители

Проект Family Health International, Таиланд – Siroat Jittjang, USAID/ PEPFAR – Billy Pick, Центры по контролю и профилактике заболеваний (CDC), США – Abu S. Abdul-Quader и Naomi Bock (офис в США), Jeffrey Klausner (офис в Южной Африке), Frits van Griensven (офис в Таиланде), Wei Xiaoyu Li Zhijun (офис в Китае)

## Руководители национальных программ

Министерство здравоохранения, Индонезия – Victoria Indrawati и Nunung Pryatani, Министерство общественного здравоохранения, Ливан – Mostafa El Nakib, Национальный центр профилактики и борьбы со СПИДом, Китай – Han Mengjie и Xu Jie

## Гражданское общество

Aids Fonds & Soa Aids, Нидерланды – Ton Coenen, Инициативная группа Фиджи по борьбе со СПИДом, Фиджи – Niraj Singh, Фонд исследований СПИДа (amfAR), США – Jirair Ratevossian, Азиатско-Тихоокеанская коалиция по вопросам мужского сексуального здоровья, Таиланд – Steven Gu, Бразильская ассоциация борьбы со СПИДом, Бразилия – Maria Cristina Pimenta Oliviera, Центр передовых знаний в области охраны здоровья транссексуалов, США – JoAnne Keatley, Глобальный форум по МСМ и ВИЧ, США – George Ayala, Health4Men, Южная Африка – Kevin Rebe, HELEM, Ливан – George Azzi, HISPANOSIDA, Испания – Michael Meulbroek и Ferran Pujol, Международная ассоциация врачей по проблемам ВИЧ/СПИДа, США – Jose M. Zuniga, Международный альянс по ВИЧ/СПИДу, Украина – Anna Dovbakh, Ассоциация Rainbow Sky, Таиланд – Kamolset Kanggamrua

## Внешние рецензенты

Университет Нового Южного Уэльса, Австралия – Andrew Grulich, Фонд Naz Foundation Trust, Индия – Shivananda Khan, Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, Швейцария – Andy Seale

## Агентства ООН

ЮНЭЙДС – Michael Bartos, John Hassell, Els Klinkert, Geoffrey Manthey, Jason Sigurdson, Mariangela Simao и Susan Timberlake, ПРООН – Sam Avrett, Edmund Settle и Cheikh Traore, Всемирный банк – Robert Oelrichs



### **Штаб-квартира и региональные бюро ВОЗ**

**Отдел ВИЧ/СПИДа** – Rachel Baggaley, Andrew Ball, Kim Dickson, Andrew Doupe, Antonio Gerbase, Gottfried Hirschall, Ying-Ru Lo, Kevin O'Reilly, Keith Sabin, Julia Samuelson, Annette Verster и Marco Vitoria, **Отдел психического здоровья и токсикомании** – Nicolas Clark, **Отдел репродуктивного здоровья и научных исследований** – Francis Ndowa и Igor Toskin, **Отдел политики и сотрудничества в области научных исследований** – Cynthia Souza, **Глобальная сеть безопасных инъекций** – Selma Khamassi, **Региональное бюро для стран Африки** – Innocent Ntaganira, **Региональное бюро для стран Восточного Средиземноморья** – Joumana Hermez, **Европейское региональное бюро** – Martin Donoghoe и Smiljka de Lussigny, **Региональное бюро для стран Америки** – Rafael Mazin, **Региональное бюро для стран Юго-Восточной Азии** – Iyanthi Abeyewickreme и Gary Reid, **Региональное бюро для стран западной части Тихого океана** – Pengfei Zhao.

### **Общая координация**

Antonio Gerbase и Ying-Ru Lo, Отдел ВИЧ/СПИДа, ВОЗ, Женева, Швейцария

Предварительный текст документа был написан Carlos F. Caceres, Перуанский университет Каetano Эредиа, Перу. Окончательная редакция – Antonio Gerbase, Ying-Ru Lo и Michelle Rodolph, Отдел ВИЧ/СПИДа, ВОЗ, Женева, Швейцария. Техническое редактирование – Vandana Malhotra.

### **Финансирование и декларации об интересах**

Эти рекомендации были разработаны при поддержке Германской Инициативы BACKUP и Германского общества международного сотрудничества на средства, полученные от Федерального министерства экономического сотрудничества и развития Германии, и Чрезвычайного плана Президента США по борьбе со СПИДом (PEPFAR) через Центры по контролю и профилактике заболеваний США (CDC) и Агентство США по международному развитию (USAID).

Заполненные формы деклараций об интересах были получены от каждого из членов всех рабочих групп, принимавших участие в создании рекомендаций. Были поданы две декларации о возможном конфликте интересов. Д-р Jeffrey Klausner заявил о поддержке исследования (закончившейся в 2008 г.) в форме предоставления диагностических наборов компаниями Weston-Dickinson, GenProbe и Roche. Секретариат ВОЗ расценил этот интерес как недостаточный для отстранения д-ра Klausner от участия в совещаниях. Д-р Andrew Grulich декларировал получение фондов на исследование и поездки от CSL Biotherapies. Этот интерес Секретариат ВОЗ также расценил как недостаточный для отстранения д-ра Grulich от участия в разработке рекомендаций.

## КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ

С момента своего начала в ранние 1980-е гг. эпидемия инфекции, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), непропорционально затрагивает мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ), и трансгендерных лиц. Риск инфицирования среди них остается высоким, и вновь отмечен рост распространенности ВИЧ-инфекции среди МСМ, особенно в промышленно развитых странах. Появляются сведения о новых или впервые выявленных эпидемиях ВИЧ-инфекции среди МСМ в странах Африки, Азии, Карибского бассейна и Латинской Америки.

Мета-анализ данных эпиднадзора в странах с низким и средним уровнем доходов показал, что для МСМ вероятность инфицирования ВИЧ в 19,3 раза выше, чем для населения в целом. Зарегистрированная распространенность ВИЧ среди МСМ составляет от 0% до 32,9%, причем показатели, превышающие 20%, наблюдаются в таких отличающихся друг от друга странах, как Боливия, Замбия, Мексика, Мьянма, Таиланд, Тринидад и Ямайка. Частота новых случаев инфицирования ВИЧ среди МСМ варьирует в пределах от 1,2 до 14,4 на 100 человеко-лет. Исследования, проведенные недавно в странах Африки южнее Сахары, показали, что распространенность ВИЧ среди МСМ составляет от 6% до 31%. В Азии в популяции МСМ шансы инфицирования ВИЧ в 18,7 раз выше, чем у населения в целом, а распространенность ВИЧ варьирует в диапазоне от 0% до 40%. Согласно оценкам, в Латинской Америке половина всех случаев ВИЧ-инфекции явилась результатом незащищенного анального секса между мужчинами.

Несколько эпидемиологических исследований, посвященных трансгендерным лицам, продемонстрировали несоразмерно высокую распространенность ВИЧ (от 8% до 68%) и частоту новых случаев инфицирования ВИЧ (от 3,4 до 7,8 на 100 человеко-лет) в этой группе. Важно отметить, что лежащие в основе корреляты риска заражения ВИЧ-инфекцией и инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), а также специфические потребности в отношении сексуального здоровья для трансгендерных лиц и МСМ могут отличаться. Хотя одни и те же основные профилактические вмешательства в области ВИЧ-инфекции и ИППП могут быть полезны для обеих групп, специалистам в области общественного здравоохранения следует избегать их объединения и стремиться к более детальному пониманию потребностей каждой из них.

Криминализация, а также правовые и политические барьеры играют ключевую роль в уязвимости МСМ и трансгендерных лиц в отношении ВИЧ. В настоящее время более чем в 75 странах однополые сексуальные отношения криминализированы, а трансгендерные лица юридически не признаются в большинстве стран. В таких правовых условиях, если МСМ и трансгендерные лица захотят обсудить с поставщиком медицинских услуг уровень своего сексуального риска, связанного с сексуальными отношениями, они подвергаются риску уголовного наказания. Кроме того, подобные условия дают полиции право преследовать организации, предоставляющие услуги этим группам населения.

Многолетние данные показывают, что МСМ и трансгендерные лица сталкиваются с выраженными препятствиями к получению качественных медицинских услуг из-за широко распространенной стигмы в отношении гомосексуализма и невежества основной части общества и работников систем здравоохранения относительно гендерных вариантов. Кроме того, социальная дискриминация МСМ и трансгендерных лиц описывалась среди этих популяций в самых разных условиях в качестве ключевой причины неудовлетворительных исходов в отношении физического и

психического здоровья. Помимо непропорционально высокого бремени ИППП и ВИЧ-инфекции, у МСМ и трансгендерных лиц отмечается более высокая частота депрессий, тревожности, курения, злоупотребления алкоголем и психоактивными веществами (ПАВ), а также суицидов в результате хронического стресса, социальной изоляции и невозможности обращения в различные медицинские и поддерживающие службы.

Что касается систем здравоохранения, МСМ и трансгендерные лица могут откладывать обращение за медицинской помощью или избегать получения лечения, и информации, связанной с ИППП/ВИЧ, а также помощи и услуг из-за ощущаемых ими гомофобии, трансфобии, невежества и равнодушия. МСМ и трансгендерные лица могут быть менее склонны к раскрытию своей сексуальной ориентации и других типов поведения при обращении в медицинские учреждения, что в противном случае могло бы способствовать обсуждению проблемы между поставщиком услуг и пациентом с целью последующего принятия информированных клинических решений. Весьма вероятно, что поставщики услуг испытывают предубеждение, когда их собственные культурные, моральные или религиозные устои не соответствуют сексуальной ориентации, типам поведения или половой идентичности, о которых сообщает пациент. Кроме того, проверка уровня знаний врачей, медсестер и других работников здравоохранения по медицинским вопросам, связанным с МСМ и трансгендерными лицами, показала, что программа клинического обучения, особенно в странах с низким и средним уровнем доходов, не позволяет восполнить имеющиеся пробелы.

Несмотря на сильнейшее воздействие эпидемии ВИЧ-инфекции на МСМ и трансгендерных лиц, до сегодняшнего дня не существовало никаких технических рекомендаций для ответных мер систем здравоохранения на эпидемию среди этих групп. В сентябре 2008 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) провела в Женеве (Швейцария) глобальную консультацию “Профилактика и лечение ВИЧ-инфекции и других инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в популяциях мужчин, имеющих секс с мужчинами, и трансгендерных лиц”. В рекомендациях глобальной и региональных консультаций ВОЗ было указано на необходимость разработки руководств по целому ряду научно обоснованных вмешательств для сектора здравоохранения с целью профилактики ВИЧ-инфекции и других ИППП среди МСМ и трансгендерных лиц.

Руководство разрабатывалось для использования должностными лицами национальной системы общественного здравоохранения и руководителями программ по борьбе с ВИЧ/СПИДом и ИППП, неправительственными организациями (НПО), включая общественные организации и гражданское общество, а также медицинскими работниками. Оно также может представлять интерес для международных финансирующих агентств; средств массовой информации, освещающих научные темы; разработчиков политики в области здравоохранения и ее пропагандистов.

В руководстве содержатся рекомендации для региональных и страновых партнеров по соответствующим вмешательствам, разработанным для рассмотрения и удовлетворения потребностей МСМ и трансгендерных лиц. Оно также дает возможность выделить и подчеркнуть важность корреляции между профилактикой и лечением в ответ на эпидемию ВИЧ-инфекции среди МСМ и трансгендерных лиц, в частности, в свете увеличения количества научных данных о профи-

лактической антиретровирусной терапии (АРТ), способной привести к значительному снижению частоты передачи на популяционном уровне.

Разработка этого документа проводилась в соответствии со стандартными процедурами, принятыми в настоящее время в ВОЗ для создания рекомендаций, основанных на доказательствах\* и использующих систему GRADE (классификация для разработки, анализа и оценки рекомендаций). Рекомендации предлагаются в качестве стандарта профилактики и помощи, достижимого в условиях ограниченных ресурсов. ВОЗ рекомендует также, чтобы данное руководство было доступно для МСМ и трансгендерных лиц в странах с высоким уровнем доходов.

Основополагающий принцип разработки этих рекомендаций – *уважение и защита прав человека*.

### Рекомендации по вопросам прав человека и недопущения дискриминации в учреждениях здравоохранения

1. Законодательным и другим государственным органам власти следует принять антидискриминационные и защитительные законы, соответствующие международным стандартам защиты прав человека, с целью ликвидации дискриминации и насилия, с которыми сталкиваются МСМ и трансгендерные лица, а также для снижения их уязвимости в отношении инфицирования ВИЧ и воздействия ВИЧ-инфекции и СПИДа.
2. Услуги здравоохранения должны предоставляться МСМ и трансгендерным лицам на основе принципов медицинской этики и права на здоровье.

### Рекомендации по профилактике, помощи и лечению в связи с ВИЧ

#### Профилактика передачи половым путем

3. МСМ и трансгендерным лицам настоятельно рекомендуется постоянное использование презервативов при анальных половых контактах вместо их неиспользования.  
*Сильная рекомендация, среднее качество доказательств*
4. ВИЧ-отрицательным МСМ и трансгендерным лицам настоятельно рекомендуется постоянное использование презервативов вместо серосортинга.  
*Сильная рекомендация, очень низкое качество доказательств*

\* Сильная рекомендация – это рекомендация, при выполнении которой желательное воздействие перевешивает нежелательные последствия. Условная рекомендация – это рекомендация, при выполнении которой желательное воздействие, вероятно, перевесит нежелательные последствия. Однако качество данных в ее поддержку недостаточно высокое.

При определенных условиях в качестве стратегии снижения риска ВИЧ-отрицательным МСМ и трансгендерным лицам вместо неиспользования презервативов предлагается использовать серосортинг.

*Условная рекомендация, очень низкое качество доказательств*

5. Рекомендуется не предлагать МСМ и трансгендерным лицам мужское обрезание для профилактики ВИЧ-инфекции и ИППП вместо его предложения.

*Условная рекомендация, очень низкое качество доказательств*

#### **Тестирование на ВИЧ и консультирование**

6. Настоятельно рекомендуется предлагать МСМ и трансгендерным лицам тестирование на ВИЧ и консультирование вместо того, чтобы не предлагать им это вмешательство.

*Сильная рекомендация, низкое качество доказательств*

7. Рекомендуется предлагать МСМ и трансгендерным лицам программы тестирования на ВИЧ и консультирования по месту жительства, связанные с предоставлением помощи и лечения, вместо того, чтобы не предлагать им такие программы.

*Сильная рекомендация, очень низкое качество доказательств*

#### **Поведенческие вмешательства, информация, просвещение, коммуникация**

8. Предлагается проводить поведенческие вмешательства на индивидуальном уровне для профилактики ВИЧ-инфекции и других ИППП среди МСМ и трансгендерных лиц вместо того, чтобы не проводить такие вмешательства.

*Условная рекомендация, среднее качество доказательств*

9. Предлагается проводить поведенческие вмешательства на уровне сообщества для профилактики ВИЧ-инфекции и ИППП среди МСМ и трансгендерных лиц вместо того, чтобы не проводить такие вмешательства.

*Условная рекомендация, очень низкое качество доказательств*

10. Рекомендуется предлагать МСМ и трансгендерным лицам целевую информацию на базе Интернета для снижения рискованного сексуального поведения и повышения уровня использования тестирования на ВИЧ/ИППП и консультирования вместо того, чтобы не предлагать им такую информацию.

*Условная рекомендация, очень низкое качество доказательств*

11. Рекомендуется применение стратегий социального маркетинга для повышения частоты использования МСМ и трансгендерными лицами тестирования на ВИЧ/ИППП и консультирования, а также других услуг, связанных с ВИЧ, вместо отказа от применения таких стратегий.

*Условная рекомендация, очень низкое качество доказательств*

12. Рекомендуется внедрение стратегий аутрич-работы в общественных местах встреч для сексуальных контактов с целью снижения рискованного сексуального поведения и повышения частоты использования тестирования на ВИЧ и консультирования среди MSM и трансгендерных лиц вместо отказа от внедрения таких стратегий.

*Условная рекомендация, очень низкое качество доказательств*

### **Употребление психоактивных веществ и профилактика инфекций, передающихся с кровью**

13. MSM и трансгендерные лица, злоупотребляющие алкоголем или другими психоактивными веществами, должны иметь доступ к научно обоснованным краткосрочным психосоциальным вмешательствам, включающим проведение оценки, обеспечение конкретной обратной связи и предоставление совета.

*В соответствии с действующим руководством ВОЗ*

14. MSM и трансгендерные лица, употребляющие инъекционные наркотики, должны иметь доступ к программам обмена игл и шприцев и опиоидной заместительной терапии.

*В соответствии с действующим руководством ВОЗ*

15. Трансгендерные лица, использующие инъекции различных веществ для усиления вторичных половых признаков, должны применять стерильное оборудование для инъекций и практиковать безопасное инъекционное поведение для снижения риска инфекций, вызванных такими передающимися через кровь патогенами, как ВИЧ, ВГВ и ВГС.

*В соответствии с действующим руководством ВОЗ*

### **Помощь и лечение при ВИЧ-инфекции**

16. MSM и трансгендерные лица, живущие с ВИЧ, должны иметь такой же доступ к АРТ, как и другие группы населения. АРТ следует назначать при числе CD4  $\leq 350$  клеток/мм<sup>3</sup> и пациентам с 3 или 4 клинической стадией ВИЧ-инфекции (по классификации ВОЗ), если невозможно определить число CD4. Доступ должен также включать ведение оппортунистических инфекций, сопутствующей патологии и случаев неудачи лечения.

*В соответствии с действующим руководством ВОЗ*

17. MSM и трансгендерные лица, живущие с ВИЧ, должны иметь доступ к жизненно важным вмешательствам для профилактики заболевания и передачи ВИЧ, включая помощь, поддержку и АРТ (но не ограничиваясь ими).

*В соответствии с действующим руководством ВОЗ*

## Рекомендации по профилактике и предоставлению помощи при других инфекциях, передаваемых половым путем

18. МСМ и трансгендерным лицам с симптомами ИППП следует обращаться за услугами по синдромному ведению случаев, которые должны им предлагаться.

*В соответствии с действующим руководством ВОЗ*

19. Рекомендуется предлагать МСМ и трансгендерным лицам периодическое тестирование на бессимптомную уретральную и аноректальную инфекцию, вызванную *N. gonorrhoeae* и *C. trachomatis*, с использованием МАНК вместо того, чтобы не предлагать им такое тестирование.

*Условная рекомендация, низкое качество доказательств*

Рекомендуется не предлагать МСМ и трансгендерным лицам периодическое тестирование на бессимптомную уретральную и аноректальную инфекцию, вызванную *N. gonorrhoeae*, с использованием посева вместо того, чтобы предлагать такое тестирование.

*Условная рекомендация, низкое качество доказательств*

20. Настоятельно рекомендуется предлагать МСМ и трансгендерным лицам периодическое серологическое тестирование на бессимптомную сифилитическую инфекцию вместо того, чтобы не предлагать им такое тестирование

*Сильная рекомендация, среднее качество доказательств*

21. МСМ и трансгендерных лиц следует включать в стратегии подчищающей иммунизации против гепатита В там, где иммунизация детей раннего возраста не достигает полного охвата.

*В соответствии с действующим руководством ВОЗ*

# 1. ИСХОДНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

## Эпидемиология

С момента своего начала в ранние 1980-е гг. эпидемия ВИЧ-инфекции непропорционально затрагивает МСМ и трансгендерных лиц. Риск инфицирования среди них остается высоким, и вновь отмечен рост распространенности ВИЧ-инфекции среди МСМ, особенно в промышленно развитых странах.<sup>1,2,3</sup> Появляются сведения о новых или впервые выявленных эпидемиях ВИЧ-инфекции среди МСМ в странах Африки, Азии, Карибского бассейна и Латинской Америки.<sup>4</sup>

Мета-анализ данных эпиднадзора в странах с низким и средним уровнем доходов показал, что для МСМ вероятность инфицирования ВИЧ в 19,3 раза выше, чем для населения в целом.<sup>4</sup> Распространенность ВИЧ среди МСМ составляет от 0% до 32,9%,<sup>4,5,6</sup> причем о показателях, превышающих 20%, сообщают такие отличающиеся друг от друга страны, как Боливия, Замбия, Мексика, Мьянма, Таиланд, Тринидад и Ямайка.<sup>4,5,6</sup> Частота новых случаев инфицирования ВИЧ среди МСМ варьирует в пределах от 1,2 до 14,4 на 100 человеко-лет.<sup>4,7,8</sup> Исследования, проведенные недавно в странах Африки южнее Сахары, показали, что распространенность ВИЧ среди МСМ составляет от 6% до 31%, а частота новых случаев инфицирования ВИЧ в небольшой когорте МСМ (n=156) из прибрежного района Кении - на уровне 21,7 на 100 человеко-лет.<sup>9,10,11,12,13</sup> В Азии шансы инфицирования ВИЧ для МСМ в 18,7 раз выше, чем для населения в целом, а распространенность ВИЧ варьирует от 0% до 40%.<sup>5,10</sup> Согласно оценкам, в Латинской Америке в половине всех случаев заражение ВИЧ-инфекцией произошло в результате незащищенного анального секса между мужчинами.<sup>3</sup>

В нескольких эпидемиологических исследованиях, посвященных трансгендерным лицам, продемонстрирован непропорционально высокий показатель распространенности (от 8% до 68%)<sup>12,14,15,16</sup> и частоты новых случаев инфицирования (от 3,4 до 7,8 на 100 человеко-лет) ВИЧ.<sup>17,18</sup> Важно отметить, что лежащие в основе корреляты риска заражения ВИЧ-инфекцией и ИППП, а также специфические потребности в отношении сексуального здоровья у трансгендерных лиц и МСМ могут отличаться. Хотя одни и те же основные профилактические вмешательства в области ВИЧ-инфекции и ИППП могут принести пользу обеим группам, специалистам в области общественного здравоохранения следует избегать объединения этих групп и стремиться к более детальному пониманию потребностей каждой из них.

Во всем мире расширение масштабов предоставления соответствующих услуг ключевым группам, подвергающимся более высокому риску заражения ВИЧ-инфекцией\* (особенно в условиях концентрированной эпидемии), исключительно важно для того, чтобы остановить и обратить вспять эпидемию на популяционном уровне. Важной проблемой в охвате этих групп является их нередкая маргинализация, стигматизация и криминализация. Несмотря на повышенную уязвимость этих групп, их потребности часто игнорируются обществом и не удовлетворяются медицинскими службами.

---

\* В разработанной ВОЗ Глобальной стратегии здравоохранения на 2011-2015 гг. определение "ключевые группы" относится как к уязвимым группам, так и группам наибольшего риска. При определенных условиях они играют существенную роль в динамике распространения ВИЧ и в то же время являются крайне важными партнерами в эффективном противодействии эпидемии.



## Определения

Понятие “мужчины, практикующие секс с мужчинами” относится к инклюзивной концепции общественного здравоохранения и используется для определения типов сексуального поведения мужчин, вступающих в половые отношения с другими мужчинами, независимо от мотивации вовлечения в сексуальные контакты или самоидентификации принадлежности к какому-либо или никакому определенному “сообществу”.<sup>19</sup> Слова “мужчина” и “секс” интерпретируются по-разному в различных культурах и обществах, а также вовлеченными людьми. В результате, термин МСМ охватывает широкое разнообразие условий и контекстов, в которых имеет место секс между мужчинами. Вероятно, наиболее важно отметить различие между мужчинами, разделяющими негетеросексуальную идентичность (например, гей, гомосексуал, бисексуал или другие специфические для разных культур понятия, отождествляемые с влечением к другим мужчинам), и мужчинами, идентифицирующими себя как гетеросексуалов, но вступающими в сексуальные отношения с другими мужчинами по различным причинам (таким, например, как изоляция, экономическая компенсация, сексуальное желание, гендерные скрипты).<sup>20</sup> Условия с вынужденной сегрегацией полов (например тюрьмы или военные учреждения) представляют собой важный контекст сексуальных отношений между мужчинами, не связанных с гомосексуальной идентичностью. В условиях лишения свободы, включающих нарушения прав человека и отсутствие доступа к презервативам, риск передачи ВИЧ в тюрьмах очень высок.<sup>21</sup>

*Трансгендер* – общий термин, определяющий лиц, чья половая идентичность и ее проявления не соответствуют нормам и ожиданиям, традиционно ассоциированным с полом, присвоенным им при рождении. *Трансгендерные лица* могут идентифицировать себя как трансгендера, женщину, мужчину, трансженщину или трансмужчину, транссексуала, *хийра*, *катои*, *вариа*, или причислять к какому-то другому из множества трансгендерных идентичностей и проявлять свою половую принадлежность различными мужскими, женскими и/или андрогинными способами.<sup>5,22</sup> До недавнего времени в контексте профилактики ВИЧ-инфекции трансгендерные лица включались в группу МСМ. Однако наблюдается отчетливая тенденция к отказу от включения трансгендерных лиц в группу МСМ в качестве ее компонента. Это отражает более высокую уязвимость трансгендерных лиц и их специфические потребности в медицинском обслуживании, а также законные основания на независимый учредительный статус в глобальном реагировании на эпидемию ВИЧ.<sup>23</sup>

## Сексуальность и сексуальный риск

При планировании расширения услуг для МСМ и трансгендерных лиц ключевой проблемой является отношение к этим группам как к гомогенному сообществу, в то время как в реальности они представляют целый спектр идентичностей и форм социальных и сексуальных ассоциаций. Подобные различия важны в отношении последствий для риска заражения ВИЧ и уязвимости к этой инфекции; это следует принимать во внимание при ограниченности ресурсов для гарантии того, что в первую очередь помощь получают те, кто особенно в ней нуждается.<sup>24</sup> В некоторых случаях сексуальная динамика среди подгрупп МСМ и трансгендерных лиц предопределяет важные различия в риске, как в случае с феминизированными мужчинами или лицами с трансгендерной идентичностью, вступающих в половые контакты с мужчинами-гетеросексуалами, как это наблюдается в Юго-Восточной Азии<sup>25</sup> и отчасти в Латинской Америке.<sup>26</sup> Сексуальные риски, а также варианты снижения риска для этих подгрупп различны, то есть риски, связанные

с рецептивным анальным сексом, выше, чем с инсертивным.<sup>9,27</sup> Кроме того, использование презервативов чаще контролирует инсертивный партнер, особенно если пол или власть препятствуют проведению переговоров по использованию презервативов рецептивным партнером.<sup>9,28</sup>

Следовательно, разработка программ для МСМ и трансгендерных лиц подразумевает признание и понимание их многообразия и выявление потребностей конкретных подгрупп. Для эффективного достижения всеобщего доступа “чувствительные” программы должны разрабатываться с использованием соответствующего сочетания стратегий и подходов и придания приоритетности наиболее нуждающимся группам без пренебрежения остальными.

### ***Почему этот документ необходим***

Несмотря на сильнейшее воздействие эпидемии ВИЧ-инфекции на МСМ и трансгендерных лиц, до сегодняшнего дня не существовало никаких технических рекомендаций по ответным мерам систем здравоохранения на эпидемию среди этих групп. В сентябре 2008 г. ВОЗ провела в Женеве (Швейцария) глобальную консультацию “Профилактика и лечение ВИЧ-инфекции и других инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в популяциях мужчин, практикующих секс с мужчинами, и трансгендерных лиц”.<sup>29</sup> В рекомендациях глобальной и региональных консультаций ВОЗ<sup>30,31,32</sup> было указано на необходимость разработки руководства по целому ряду научно обоснованных вмешательств для сектора здравоохранения с целью профилактики ВИЧ и других ИППП среди МСМ и трансгендерных лиц.

Разработка этих рекомендаций была признана необходимой по многим причинам, включая следующие:

1. Несмотря на высокое бремя болезни, глобальные меры противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции среди МСМ и трансгендерных лиц недостаточны.
2. Регионы и страны часто обращаются в ВОЗ за соответствующими рекомендациям для общественного здравоохранения по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции и других ИППП среди МСМ и трансгендерных лиц, особенно по мере повышения интереса к удовлетворению их потребностей и финансирования таких ответных мер в последние годы.
3. Хотя остаются существенные разногласия относительно качества различных профилактических и лечебных вмешательств в области ВИЧ/ИППП для МСМ и трансгендерных лиц и целесообразности их проведения, до настоящего времени не предпринимался систематический анализ вмешательств, проводимых на разных уровнях.

В свете этого, “Рамочная программа действий ЮНЭЙДС: Всеобщий доступ для мужчин, имеющих секс с мужчинами, и трансгендерных лиц” (ЮНЭЙДС, 2009 г.) определила роль ВОЗ в предоставлении технического руководства для ответных мер сектора здравоохранения.<sup>15</sup>

Это руководство предоставит широкую концептуальную основу для действий, направленных на создание благоприятной среды, а также набор научно обоснованных рекомендаций.

## 2. СФЕРА ПРИМЕНЕНИЯ РУКОВОДСТВА

Сфера применения данного руководства сосредоточена на профилактике и лечении ВИЧ-инфекции и других ИППП среди МСМ и трансгендерных лиц. Оно включает научно обоснованные рекомендации, а также информацию по обобщению и ранжированию научных доказательств, внедрению и основным пробелам в исследованиях. Хотя основное внимание в этих рекомендациях уделяется странам с низким и средним уровнем доходов, ВОЗ рекомендует, чтобы данное руководство также было доступно для МСМ и трансгендерных лиц в странах с высоким уровнем доходов.

В этом документе представлены две *рекомендации по надлежащей практики* по обеспечению благоприятных условий для признания и защиты прав человека в отношении МСМ и трансгендерных лиц. Без таких условий выполнение более специфических технических рекомендаций становится проблематичным.

Первый набор специфических технических рекомендаций сосредоточен на *профилактике половой передачи*. Проводился обзор научных доказательств по эффективности использования презервативов при анальном сексе. Кроме того, в этом документе обсуждаются данные об эффективности серосортинга (одного из нескольких видов сероадаптивного поведения, подразумевающего выборочную практику незащищенного секса с некоторыми партнерами на основе конкордантности серологического ВИЧ-статуса), а также мужского обрезания для снижения риска заражения ВИЧ.<sup>33</sup>

Второй набор рекомендаций посвящен тестированию на ВИЧ и консультированию (ТиК), что следует рассматривать как вмешательство в рамках общественного здравоохранения, направленное на повышение доступа к помощи и лечению. В рекомендациях также подчеркивается важность взаимодействия между лечебными и профилактическими мероприятиями.

Третий набор рекомендаций сосредоточен на информации, просвещении и коммуникации для содействия практике защищенного секса, обращению за ТиК и/или раскрытию серостатуса (когда это применимо) в связи с повышением доступа к помощи при ВИЧ-инфекции. Проведен обзор научных данных по поведенческим вмешательствам (на индивидуальном уровне и уровне сообщества). Наконец, изучался вопрос о применении новейших коммуникационных стратегий (например, программ на базе Интернета, социального маркетинга и аутрич-работы в местах сексуальной активности) для достижения этих же целей.

Четвертый набор рекомендаций сфокусирован на дополнительных стратегиях профилактики ВИЧ-инфекции, связанных с употреблением психоактивных веществ (включая охрану психического здоровья, а также вмешательства, направленные на снижение вреда) и безопасными инъекциями у трансгендерных лиц.

Пятый набор рекомендаций сосредоточен на МСМ и трансгендерных лицах, живущих с ВИЧ; в них рассматриваются помощь и лечение при ВИЧ-инфекции и другие вмешательства, направленные на профилактику и оказание других видов помощи.

Наконец, в шестом наборе рекомендаций рассматриваются вопросы профилактики и лечения ИППП, включая специфические аспекты применения синдромного подхода к лечению, в том числе алгоритм ведения аноректальных инфекций, стандартное тестирование для выявления бессимптомных бактериальных аноректальных и уретральных инфекций, а также вакцинацию против гепатита В.

### 3. РУКОВОДЯЩИЕ ПРИНЦИПЫ

#### **Подход в рамках общественного здравоохранения**

Подход в рамках общественного здравоохранения включает систематическое использование стратегической информации и средств борьбы с эпидемией для уменьшения распространения ВИЧ. Он должен принести пользу наиболее пострадавшим от эпидемии группам и другим членам общества. Подход в рамках общественного здравоохранения является целенаправленным и позволяет осуществлять ответные меры в соответствии с географией, масштабами и тенденциями эпидемии ВИЧ. Агентства, действующие субъекты и специалисты, которые могут повлиять на удовлетворение потребностей МСМ и трансгендерных лиц в профилактике ВИЧ-инфекции, многочисленны и разнообразны. Этот документ может повысить коллективный потенциал для улучшения результатов профилактики, лечения и помощи на индивидуальном уровне, а также на уровне сообществ и общества в целом.

#### **Концептуальная основа прав человека**

Общая концептуальная основа для разработки этих рекомендаций была представлена в “Рамочной программе действий ЮНЭЙДС: Всеобщий доступ для мужчин, имеющих секс с мужчинами, и трансгендерных лиц” (ЮНЭЙДС), базирующийся на широких принципах соблюдения прав человека, отраженных в ряде международных соглашений.<sup>15</sup>

#### **Комплексный подход к охране здоровья**

Поскольку эти рекомендации сфокусированы на профилактике и лечении ВИЧ-инфекции и ИППП, они исходят из принципа комплексного медицинского обслуживания.<sup>16</sup> Это особенно важно в контексте социального исключения МСМ и трансгендерных лиц, для которых в некоторых местах доступны лишь услуги, связанные с ВИЧ/ИППП; они остаются лишенными доступа к другим видам медицинского обслуживания, или имеющий доступ затруднен из-за повсеместно распространенных стигмы, дискриминации и криминализации.<sup>34</sup> Эпидемия ВИЧ помогла системам здравоохранения распознать существование МСМ и трансгендерных лиц и отреагировать на их нужды в отношении ВИЧ/ИППП. Однако, кроме того, у обеих групп имеются разнообразные медицинские потребности (включая проблемы, связанные с их психическим здоровьем и эмоциональным благополучием), которые необходимо удовлетворять.

В данном руководстве, посвященном главным образом профилактике и лечению ВИЧ-инфекции и ИППП, рассматриваются также другие, связанные с охраной здоровья вопросы, в соответствии с мандатом ВОЗ, определившим его разработку под эгидой этой организации. Системам здравоохранения следует учитывать потребность в интеграции услуг и мероприятий при ВИЧ/ИППП с другими видами медицинского обслуживания, с тем чтобы в полной мере обеспечить достижение целей стратегии “здоровье для всех” для этих групп и слоев населения.

#### **Сексуальное здоровье**

ВОЗ дает следующее определение сексуального здоровья: “...состояние физического, эмоционального, психического и социального благополучия, связанного с сексуальностью; это не просто отсутствие заболеваний, дисфункций или недомоганий. Сексуальное здоровье подразумевает позитивный и уважительный подход к сексуальности и сексуальным взаимоотношениям, также как и к возможности получения удовольствия и более безопасного сексуального опыта, свободного от принуждения, дискриминации и насилия. Для достижения и поддержания сексу-

ального здоровья необходимо уважать, защищать и реализовывать сексуальные права каждого человека”.<sup>35</sup>

Хотя эти рекомендации сосредоточены на профилактике и лечении ВИЧ/ИППП среди МСМ и трансгендерных лиц, они рассматривают мероприятия при ВИЧ/ИППП как компонент комплексного подхода к укреплению сексуального здоровья. Это особенно важно в отношении МСМ и трансгендерных лиц, сексуальные права которых во многих регионах мира часто не соблюдаются, не говоря уже об их защите и реализации.<sup>10</sup>

## 4. ЗАДАЧИ И ЦЕЛЕВАЯ АУДИТОРИЯ

Задачей данного документа является предоставление технических рекомендаций по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции и других ИППП среди МСМ и трансгендерных лиц. Рекомендации предназначены для использования должностными лицами национальных систем общественного здравоохранения и руководителями программ по борьбе с ВИЧ/СПИДом и ИППП, НПО (включая общественные организации и гражданское общество), а также медицинскими работниками. Эти рекомендации могут также представлять интерес для международных финансирующих агентств; средств массовой информации, освещающих научные темы; разработчиков политики в области здравоохранения и ее пропагандистов.

Особенно важно, чтобы ответные меры были основаны на технических рекомендациях, поскольку многие заинтересованные стороны начали признавать необходимость обращать более серьезное внимание на эпидемию ВИЧ-инфекции среди МСМ и трансгендерных лиц, особенно в условиях генерализованной эпидемии. За созданием этого документа последуют усилия по распространению основных, содержащихся в нем посланий, а также по разработке стратегий для его обсуждения, апробирования, адаптации и проведения тренингов на местах, где это уместно и/или необходимо.

## 5. МЕТОДОЛОГИЯ И ПРОЦЕСС

### 5.1. Система GRADE

К созданию и обзору рекомендаций ВОЗ применялся подход GRADE (система классификации и оценки качества рекомендаций).<sup>36</sup> На первых этапах процесса были определены ключевые темы; сформулированы вопросы PICO (популяция, вмешательство, сравнение и исходы) (Приложение 1)\*; проведен обзор литературы для того, чтобы определить, существуют ли обзоры научных данных или можно ли оценить последние научные данные; сформулирована общая стратегия поиска (Приложение 3)\*; определены и извлечены релевантные доказательства, включая сведения об их преимуществах и недостатках.<sup>35</sup>

Первый этап осуществления подхода GRADE для этого руководства состоял в том, чтобы провести экспертизу качества доказательств по каждому вопросу PICO в зависимости от исхода.<sup>38</sup> Это потребовало рассмотрения ограничений исследований, несоответствий, опосредованности, неточностей, а также других недостатков.<sup>38</sup> Затем качество доказательств классифицировалось как высокое, среднее, низкое и очень низкое (Приложение 4)\*. В стандартизированной таблице (таблица доказательств GRADE) содержатся краткие количественные данные по доказательству и оценка его качества (Приложение 5)\*. Выбор важных исходов не должен был зависеть от того, проводилась их эмпирическая оценка или нет, хотя при выборе промежуточных результатов следовало отбирать те, которые оценивались эмпирически (Приложение 2)\*.

Второй этап GRADE состоял в переходе от “доказательства к рекомендации” по каждому из вопросов PICO и включил рассмотрение качества доказательства, баланс преимуществ и недостатков, общественные ценности и предпочтения, а также использование ресурсов. Эти факторы отразились как на направленности рекомендации (за или против), так и на ее силе (сильная или условная). В таблицах риск–польза суммируются эти факторы (Приложение 6).\*

Концептуальная основа для отбора исходов создавалась, чтобы гарантировать их отбор в прозрачной и исчерпывающей манере и *a priori* (то есть, до проведения обзора данных). Каждая концепция описывает все возможные пути, начиная с вмешательства, проходя через промежуточные результаты и приводя к важным исходам (Приложение 2)\*.

В концепцию включены также рекомендации по надлежащей практике. Рекомендация по надлежащей практике – это тип рекомендации, для поддержки которой доказательства не требуются, и, таким образом, ее разработка не следует вышеописанному процессу ранжирования качества доказательства или классификации силы рекомендаций.<sup>36</sup>

### 5.2. Процесс

Отдел ВОЗ по ВИЧ/СПИДу возглавил разработку рекомендаций под наблюдением Комитета ВОЗ по рассмотрению руководящих принципов<sup>40</sup> и в сотрудничестве с Отделом по репродуктивному здоровью и научным исследованиям, а также другими отделами ВОЗ, Программой развития ООН (ПРООН) и Объединенной программой ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС).

---

\* Полностью приложения представлены на веб-сайте ВОЗ (<http://www.who.int/hiv>).



Рабочая группа ВОЗ по разработке рекомендаций определила вопросы PICO, разработала протоколы поиска и провела систематические обзоры имеющихся научных данных (Приложения 1, 3, 5–7)\*. Эта группа включала экспертов в области общественного здравоохранения, исследователей, руководителей программ, непосредственных исполнителей, представителей гражданского общества и методологов GRADE. Соблюдались соответствующее географическое и гендерное представительство. Протоколы поиска включены в Приложение 3\*, а полный и окончательный список вопросов PICO – в Приложение 1\*. Встречи Рабочей группы проводились в Вашингтоне, округ Колумбия (США) (принимающая сторона – Панамериканская организация здравоохранения) и в Женеве (Швейцария) (принимающая сторона – штаб-квартира ВОЗ). Согласительное совещание по рекомендациям было проведено в Пекине, Китай (принимающие стороны – Представительство ВОЗ в Китае и Региональное бюро ВОЗ для стран западной части Тихого океана).

Исследование, проведенное по заказу Глобального форума по вопросам МСМ и ВИЧ (MSMGF), оценило общественные ценности и предпочтения на основе 13 вопросов PICO. В исследовании участвовали МСМ и трансгендерные лица из всех регионов, включая людей, живущих с ВИЧ.

На начальном этапе ранжирование доказательств по каждому вопросу PICO коллективно выполнялось Рабочей группой ВОЗ, проводившей систематические обзоры. Результаты были представлены и обсуждены на заключительном согласительном совещании в Пекине. На этом совещании междисциплинарная группа экспертов оценила научные данные, моральные ценности и предпочтения, а также риски и преимущества каждой рекомендации. Группа экспертов определила направленность рекомендаций и силу доказательств (Приложение 4)\*. Все решения принимались при условии единогласного консенсуса. Лишь в одном случае (поведенческие вмешательства на групповом уровне) консенсус достигнут не был, и поэтому, согласно уставу Комитета по рассмотрению руководящих принципов, рекомендация не была сформулирована. Координаторы процесса включили комментарии внутренних и внешних рецензентов в окончательный вариант рекомендаций.

Пересмотр этих рекомендаций намечен на 2015 г. Перед пересмотром будут разработаны планы по оценке качества, пользы и воздействия рекомендаций.

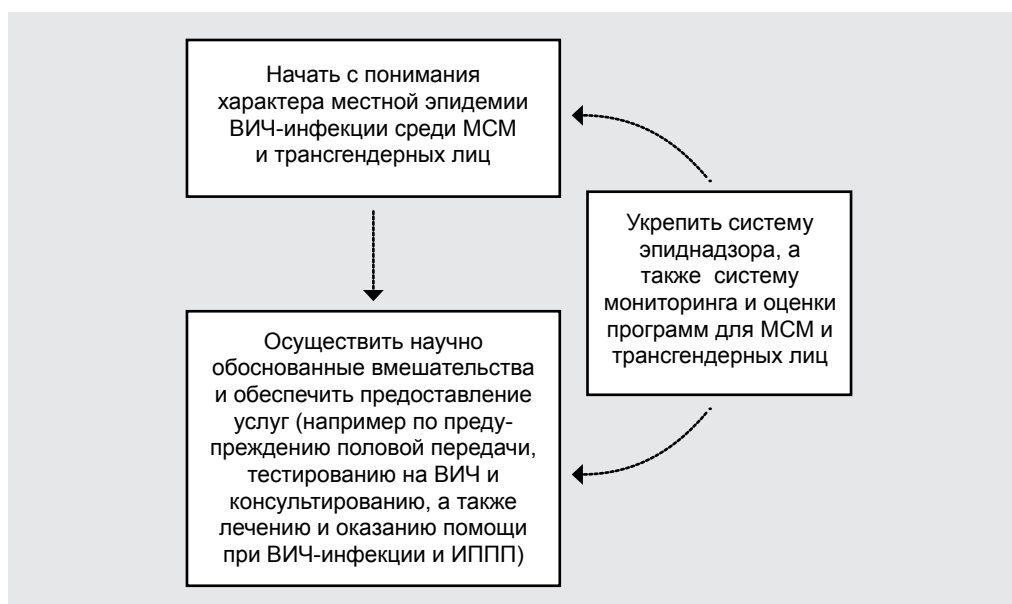
---

\* Полностью приложения представлены на веб-сайте ВОЗ (<http://www.who.int/hiv>).

## 6. АДАПТАЦИЯ РЕКОМЕНДАЦИЙ

Для получения желаемого воздействия на снижение стигмы, дискриминации и передачи ВИЧ и ИППП, а также обеспечения своевременного доступа к лечению и комплексной помощи, рекомендации, включенные руководство, должны выполняться на национальном уровне. Для осуществления этой задачи особенно важен национальный альянс, состоящий из правительства, гражданского общества, НПО и организаций-доноров. Целью должно стать включение этих рекомендаций в национальные планы по ВИЧ/СПИДу и ассигнование ресурсов на их осуществление. Одновременно странам необходима техническая поддержка для разработки планов и обеспечения их выполнения.

**Рисунок 1.** Поэтапный подход к внедрению рекомендаций



Регионы и страны находятся на различных стадиях рассмотрения вопросов, связанных с эпидемией ВИЧ-инфекции среди МСМ и трансгендерных лиц. Принятие и адаптация рекомендаций потребует их осмысления в национальном контексте. Учитывая зарегистрированные показатели распространенности ВИЧ и бремени ВИЧ-инфекции среди МСМ и трансгендерных лиц, незамедлительное и полное выполнение некоторых из этих рекомендаций может оказаться нереальным из-за ограниченных ресурсов и различных приоритетов. Однако в конечном итоге стратегическое планирование на уровне страны должно быть направлено на выполнение всех

рекомендаций и достижение всеобщего доступа для МСМ и трансгендерных лиц к профилактике, помощи и лечению в связи с ВИЧ на национальном уровне.

Процесс внедрения должен основываться на эпидемиологии и местном контексте эпидемии в соответствии с национальной стратегией и включать всех партнеров. Следует также четко определять практические последствия для каждой рекомендации.

В странах, где уязвимость МСМ и трансгендерных лиц не признается, первым шагом к реализации этих рекомендаций должно стать повышение информированности всех вовлеченных национальных партнеров относительно необходимости принять эти рекомендации во внимание.

Процесс включения рекомендаций в национальные планы следует начинать с обзора эпидемиологических данных и ответных мер, а также оценки потребностей на национальном уровне. Необходимо учитывать региональные и национальные документы и инициативы. Рекомендуется гармонизация процесса внедрения рекомендаций с уже проводящимися мероприятиями и использование поэтапного подхода. В зависимости от ситуации в регионе, рекомендуется начать процесс внедрения с проведения межстрановых рабочих совещаний для продвижения руководящих принципов, оценки потребностей и внесения поправок в проекты национальных планов.

При внедрении этих рекомендаций национальные рабочие группы могут следовать представленным ниже руководящим принципам в процессе принятия решений.

### **1. Не навредить**

Принимать во внимание запретительное правовое поле, криминализацию, стигму и дискриминацию и избегать ситуаций, отражающихся на конфиденциальности или подвергающих людей риску насилия.

### **2. Обеспечить доступность и равноправие**

Стремиться обеспечить физическую и финансовую доступность соответствующих услуг для всех МСМ и трансгендерных лиц независимо от сексуальной идентичности, географического положения, возраста или принадлежности к социальной группе.

### **3. Обеспечить качество помощи**

Обеспечить максимально возможные стандарты качества помощи.

### **4. Эффективно использовать ресурсы**

Целью является достижение наибольшего воздействия на здоровье при оптимальном использовании имеющихся кадровых и финансовых ресурсов.

### **5. Обеспечить устойчивое развитие**

Целью является создание таких служб и услуг, которые не зависят от временных источников финансирования. Разработать стратегию для обеспечения их устойчивости после начальной фазы процесса внедрения.

## **6. Укрепить системы здравоохранения**

Приоритетными должны быть вмешательства, которые прямо или косвенно укрепляют системы здравоохранения, в том числе разработанные сообществами и организациями гражданского общества.

## **7. Внедрять поэтапно**

Существует вероятность того, что повсеместное выполнение всех рекомендаций будет невозможно. Может понадобиться поэтапный подход. Поэтапный подход предполагает следующие этапы:

- Начать с понимания характера местной эпидемии ВИЧ-инфекции среди МСМ и трансгендерных лиц.
- Осуществить вмешательства и предоставить услуги (относящиеся к предупреждению половой передачи, изменению поведения, ТИК, АРТ и связанные с ИППП) (рисунок 2).
- Укрепить системы эпиднадзора, а также мониторинга и оценки программ для МСМ и трансгендерных лиц.
- Внедрить дополнительные стратегии с использованием подхода общественного здравоохранения для решения вопросов, связанных с правовыми и структурными препятствиями к всеобщему доступу к охране здоровья.

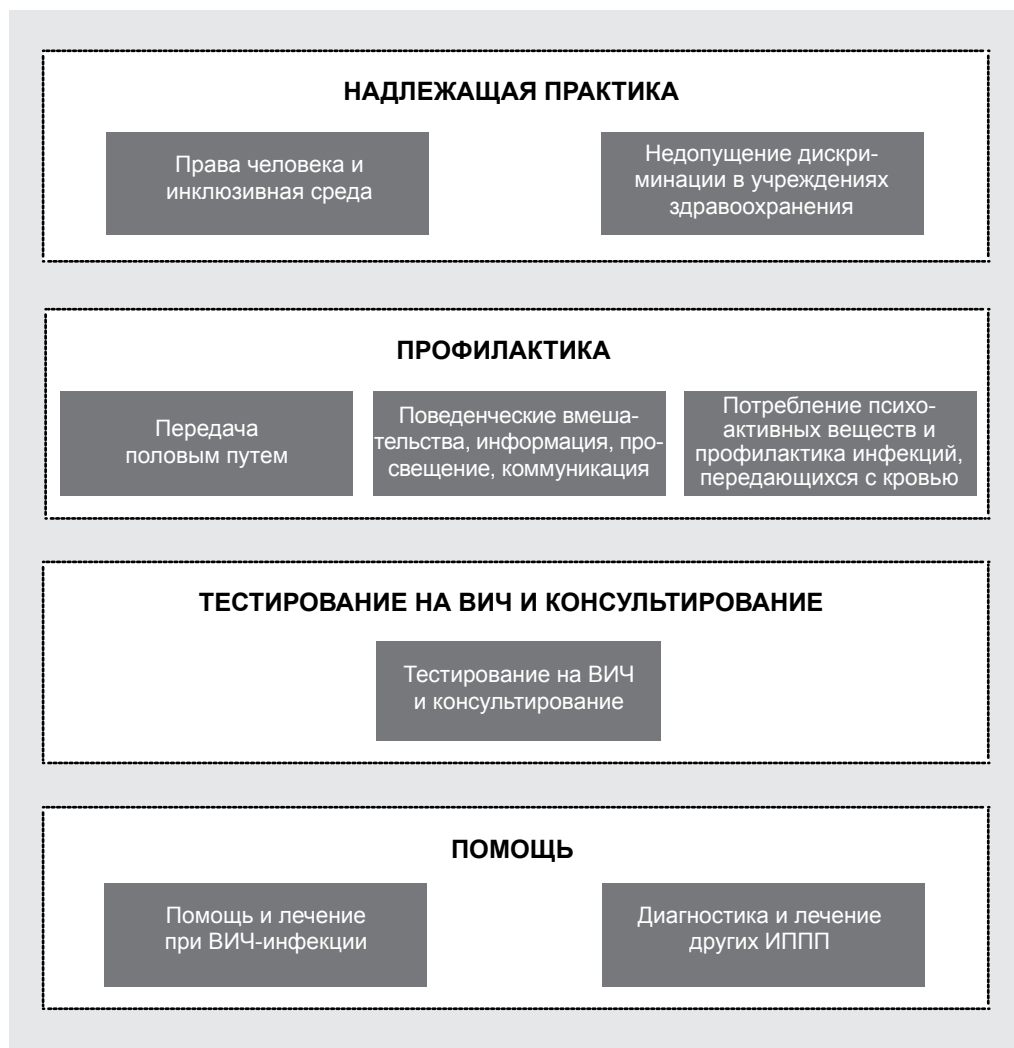
## **8. Понять интересы МСМ и трансгендерных лиц**

Привлечь представителей общественности и членов групп МСМ и трансгендерных лиц к осуществлению подобных услуг для гарантии того, что они соответствуют культурным особенностям и удовлетворяют потребности сообществ. Укрепить общественные системы, включая поддержку общинных организаций гражданского общества. По мере возможности, использовать этнографические процедуры для лучшего понимания местного контекста и проводить пилотные испытания новых вмешательств для гарантии того, что они функционируют, как запланировано.

## **9. Взгляд в будущее**

Эти руководящие принципы ВОЗ будут обновлены в 2015 г. Государства-члены должны стремиться принять рекомендации 2011 г. до этой даты.

**Рисунок 2.** Концептуальная основа проведения вмешательств среди МСМ и трансгендерных лиц



## 7. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО НАДЛЕЖАЩЕЙ ПРАКТИКЕ\*

### *Определение*

Рекомендации по надлежащей практике - это свод принципов, основанных не на научных данных, а на здравом смысле и принятых международных соглашениях по этике и правам человека.<sup>34</sup> Эти рекомендации не являются результатом формального процесса GRADE. Однако они представляют мнение экспертов, изложенное в документе "Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека. Объединенный вариант 2006 г."<sup>34</sup>

Рекомендации по надлежащей практике считаются исключительно важными для уточнения или концептуализации специфических технических рекомендаций. Они особенно важны, когда необходимо внести изменения в среду, которая может быть враждебной или негативной, такой как среда, окружающая МСМ и трансгендерных лиц. Учитывая распространенность стигмы и дискриминации в отношении сексуального и гендерного многообразия во многих частях света, а также существование правовых препятствий к приобщению МСМ и трансгендерных лиц к получению государственных услуг, Группа по разработке руководящих принципов сочла необходимым включить в это руководство две рекомендации по надлежащей практике, одна из которых ориентирована на национальную политику, а другая предназначена конкретно для сектора здравоохранения.

### *Исходная информация*

В соответствии с Джокьякартскими принципами, МСМ и трансгендерные лица имеют право на полноценную защиту своих прав человека,<sup>41</sup> в том числе права на достижение максимально возможного стандарта здоровья, недискриминацию и неприкосновенность частной жизни. Карательные законы и практика правоохранительных органов, стигма и дискриминация подрывают эффективность программ профилактики ВИЧ-инфекции и укрепления сексуального здоровья, что ограничивает их возможности по охвату МСМ трансгендерных лиц.

Криминализация, а также правовые и политические барьеры играют ключевую роль в уязвимости МСМ и трансгендерных лиц к ВИЧ. В настоящее время более чем в 75 странах однополые сексуальные контакты признаются незаконными,<sup>42</sup> а во многих странах трансгендерные лица не имеют правового признания. Такие правовые условия создают для МСМ и трансгендерных лиц риск уголовной ответственности, если они захотят обсудить уровень своего сексуального риска с поставщиком медицинских услуг, а также дают полиции право преследовать организации, оказывающие услуги этим группам населения. Содействие созданию правовой и социальной среды, защищающей права человека и обеспечивающей доступ к профилактике, лечению, помощи и поддержке без дискриминации или криминализации, жизненно важно для эффективного реагирования на эпидемию ВИЧ и укрепления общественного здоровья.

Данные многолетних научных исследований показывают, что МСМ и трансгендерные лица сталкиваются с существенными препятствиями к получению качественной медицинской помощи из-за широкой распространенности стигмы в отношении гомосексуальности и невежества основной части общества и внутри систем здравоохранения относительно гендерных вариантов.<sup>43,44,45</sup>

---

\* Эти рекомендации адаптированы из документа ЮНЭЙДС/УВКПР "Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека. Объединенный вариант 2006 г."<sup>34</sup>

Помимо непропорционального бремени ИППП и ВИЧ среди МСМ и трансгендерных лиц отмечается более высокая частота депрессий, тревоги, курения, злоупотребления алкоголем и другими психоактивными веществами (ПАВ) и суицидов в результате хронического стресса, социальной изоляции и отсутствия связи с целым рядом медицинских и вспомогательных услуг.<sup>46</sup>  
.47,48,49,50,51,52,53,54,55

Что касается систем здравоохранения, то МСМ и трансгендерные лица могут не сразу обращаться или избегать обращения за медицинской помощью, а также за информацией, помощью и услугами, относящимися к ИППП/ВИЧ, из-за ощущаемых ими гомофобии, трансфобии, невежества и равнодушия. МСМ и трансгендерные лица могут быть менее склонны к раскрытию своей сексуальной ориентации и других типов связанного со здоровьем поведения при обращении в медицинские учреждения, что в противном случае могло бы способствовать дискуссии между медицинским работником и пациентом и затем принятию более информированных клинических решений. Весьма вероятно, что поставщики услуг испытывают предубеждение, когда их собственные культурные, моральные или религиозные устои не соответствуют сексуальной ориентации, типам поведения или гендерной идентичности пациента. Кроме того, проверка уровня знаний прошедших подготовку врачей, медсестер и других работников здравоохранения, касающихся медицинских вопросов, относящихся к МСМ и трансгендерным лицам, показала, что программы клинического обучения, особенно в странах с низким и средним уровнем доходов не позволяют восполнить имеющиеся пробелы в знаниях.

### Рекомендация 1: Права человека и инклюзивная среда

Законодательным и другим государственным органам власти следует принять антидискриминационные и защищающие законы, соответствующие международным стандартам защиты прав человека, для искоренения дискриминации и насилия, с которыми сталкиваются МСМ и трансгендерные лица, а также для снижения их уязвимости в отношении инфицирования ВИЧ и воздействия ВИЧ-инфекции и СПИДа, и обеспечить выполнение этих законов.<sup>34</sup>

Безопасные и инклюзивные общественные услуги и лежащие в их основе принципы недискриминации являются крайне важными для здоровья, благополучия и достоинства общества. Политики, парламентарии и другие общественные лидеры должны работать вместе с организациями гражданского общества, поддерживая их усилия по противостоянию существующей дискриминации в отношении МСМ и трансгендерных лиц и трансформации карательных правовых и социальных норм в защитительные. Стигма и дискриминация создают барьеры на пути ко многим общественным службам и таким образом подрывают общественное здоровье, права человека и ответ на ВИЧ.

## Рекомендация 2: Недопущение дискриминации в учреждениях здравоохранения

Медицинские услуги должны стать инклюзивными для МСМ и трансгендерных лиц на основе принципов медицинской этики и права на здоровье.<sup>34</sup>

Создание инклюзивных служб здравоохранения требует стратегий по сенситизации и просвещению поставщиков услуг и других работников учреждений здравоохранения и социального обеспечения. Работники здравоохранения должны уважать многообразие, помнить о своих профессиональных обязанностях и обладать информацией о специфических медицинских и социальных потребностях МСМ и трансгендерных лиц. Группы, связанные с охраной мужского здоровья, и организации МСМ и трансгендерных лиц могут стать важными партнерами в проведении комплексной подготовки по вопросам сексуальности человека. Они также могут способствовать взаимодействию с членами разных сексуальных сообществ, отличающихся социальным многообразием, тем самым содействуя лучшему пониманию их эмоциональных, медицинских и социальных потребностей, а также цены бездействия в отношении гомофобии и трансфобии. Политики, парламентарии и другие общественные лидеры должны работать вместе с организациями гражданского общества, поддерживая их усилия по противостоянию существующей дискриминации в отношении МСМ и трансгендерных лиц и трансформации карательных правовых и социальных норм в защитительные и подлежащие выполнению.



## 8. НАУЧНЫЕ ДАННЫЕ И ТЕХНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

### 8.1. Профилактика передачи ВИЧ половым путем

#### 8.1.1. Постоянное использование презервативов

##### *Исходные данные*

Презервативы сыграли огромную роль в профилактике половой передачи ВИЧ, начиная с первых дней эпидемии.<sup>56</sup> Уже в середине 1980-х гг. было показано, что использование презервативов способствует профилактике ВИЧ-инфекции в сообществах МСМ и трансгендерных лиц в Соединенных Штатах Америки и странах Западной Европы, что отчасти было связано с мобилизацией этих сообществ в ответ на рекомендацию использовать презервативы.<sup>57,58</sup> За последние годы накопились наблюдательные данные по эффективности постоянного использования презервативов для профилактики передачи ВИЧ.<sup>59,60,61</sup> Проведен обзор научных данных по эффективности постоянного использования презервативов для профилактики ВИЧ среди МСМ и трансгендерных лиц.

##### *Научные данные*

Данные получены в основном из когортных исследований с участием МСМ и трансгендерных лиц, проводившихся в развитых странах.<sup>33,62,63,64,65</sup> Включены пять исследований, содержащих информацию об использовании презервативов и появлении новых случаев ВИЧ-инфекции и/или ИППП среди МСМ и трансгендерных лиц. Стратегия поиска данных (Приложение 3)\* была сосредоточена на когортных исследованиях, в которых конечным интересующим исследователей исходом было заражение ВИЧ-инфекцией/ИППП (Приложение 2)\*. Были исключены исследования, изучавшие поведенческие исходы (например сообщенное участниками использование презервативов) вместо биологических исходов. Все данные были получены из наблюдательных исследований, и поэтому их рейтинг был снижен; однако значительная величина эффекта в отношении исхода (частота новых случаев инфицирования ВИЧ) позволила повысить рейтинг доказательства и в конечном итоге ранжировать его как доказательство среднего качества в отношении исхода для ВИЧ-инфекции (частота новых случаев инфицирования) и как доказательство низкого качества в отношении исходов по ИППП (частота новых случаев). Хотя включенные исследования не проверялись на воздействие неучтенных факторов, их рейтинг из-за этого упущения не был снижен, поскольку считается, что контроль неучтенных факторов повысил бы силу воздействия, а не уменьшил его.

##### *Обобщение полученных данных*

Систематический обзор данных включал информацию по двум интересующим исходам: новые случаи ВИЧ-инфекции (пять исследований) и ИППП (одно исследование). В целом, относительный эффект использования презервативов в отношении передачи ВИЧ оценивался как относительный риск (RR) 0,36 (95% доверительный интервал [CI]: 0,20–0,67), а для передачи ИППП - как RR 0,58 (95% CI: 0,54–0,62). Выявлено, что постоянное использование презервативов уменьшает передачу ВИЧ на 64%, а ИППП - на 42%.

\* Все приложения можно найти на веб-сайте ВОЗ (<http://www.who.int/hiv>).

### *Преимущества и риски*

Преимущества перевешивают любые потенциальные риски использования презервативов.

### *Приемлемость и осуществимость*

Это сильная рекомендация, учитывая поддержку моральных ценностей и предпочтений сообщества и экспертов. В предварительном докладе о ценностях и предпочтениях указывается, что “МСМ считают презервативы полезными для профилактики, и многие выступают за их предоставление”. Не обнаружены доступные данные по вопросам, связанным с качеством жизни, таким как неудобства при их использовании и снижение сексуального желания; однако заявленные моральные ценности и предпочтения (по данным опросов, проведенных MSMGF) показали, что МСМ поддерживают это вмешательство.<sup>66</sup> Имеются данные программ, указывающих на то, что предоставление презервативов выполнимо в условиях стран с низким и средним уровнем доходов.<sup>67,68</sup>

### *Дополнительные темы для обсуждения и направления научных исследований*

Данные операционных исследований указывают на важность использования смазок на водной и силиконовой основе для правильного функционирования презервативов при анальных половых контактах.<sup>69</sup> Однако будут полезны дальнейшие исследования по этой теме, которые нужно провести для исключения или сведения к минимуму вторичных эффектов, которые были выявлены в исследованиях *in vitro*.<sup>70,71,72</sup>

Имеется ограниченная информация по следующим вопросам, которые следует рассмотреть как области будущих исследований: эффективность женского презерватива для профилактики заражения ВИЧ-инфекцией при анальном сексе и для профилактики ВИЧ-инфекции среди трансгендерных людей, которым была проведена вагинопластика.

### *Основные положения*

- Постоянное использование презервативов являлось крайне важным компонентом усилий по профилактике ВИЧ-инфекции с первых дней эпидемии.
- Показано, что постоянное использование презервативов снижает передачу ВИЧ на 64%, а передачу ИППП на 42%.
- Польза перевешивает любые потенциальные недостатки использования презервативов.
- Это вмешательство приемлемо и осуществимо.

## Рекомендация

**МСМ и трансгендерным лицам настоятельно рекомендуется постоянное использование презервативов при анальных половых контактах вместо их неиспользования.**

*Сильная рекомендация, среднее качество доказательств*

### **Дополнительные замечания**

Использование смазки на водной или силиконовой основе – ключевой момент правильного использования и надежности презерватива при анальных половых контактах.

### 8.1.2. Серосортинг

#### *Исходная информация*

Серосортинг определяется как поведение, при котором «индивидуум выбирает полового партнера с известным аналогичным серологическим ВИЧ-статусом (часто для незащищенного секса) с целью снижения риска заражения или передачи ВИЧ». <sup>73</sup> Распространенность серосортинга составляет от 21% до 62% для инфицированных и не инфицированных ВИЧ МСМ соответственно; однако в большинстве случаев данные по серосортингу получены в исследованиях, проведенных в развитых странах. <sup>74</sup> К преимуществам серосортинга для ВИЧ-инфицированных лиц можно отнести снижение вторичной передачи ВИЧ и возможность отказаться от использования презервативов. Однако серосортинг не защищает от других ИППП и таких потенциальных рисков, как суперинфекция ВИЧ и развитие лекарственной устойчивости. Преимущества серосортинга для снижения риска среди ВИЧ-отрицательных лиц обсуждаются; они также зависят от частоты проведения и доступности ТИК, точного знания ВИЧ-статуса и его раскрытия обоими партнерами, а также «периода окна» при новых случаях инфицирования.

#### *Научные данные*

Включенные научные данные были собраны при проведении систематического обзора имеющихся сведений о серосортинге и сероадаптивных типах поведения. Систематический обзор отличался широкими критериями включения с применением критериев систематического поиска и скрининга. По этому вопросу рассматривались только данные по не инфицированным ВИЧ лицам. Обзор научных данных выявил три исследования (все проведены в развитых странах), <sup>33,64,65</sup> Во всех трех исследованиях серосортинг среди не инфицированных ВИЧ определяли как незащищенный половой анальный контакт только с не инфицированными ВИЧ партнерами. В большинстве исследований воздействие вмешивающихся факторов не контролировалось.

Условность рекомендации связана с низким качеством имеющихся доказательств и географической ограниченностью исследований. Рейтинг доказательств был понижен из-за их косвенного характера, поскольку все исследования были проведены не в странах с низким и средним уровнем доходов, а в странах с высоким уровнем доходов, в условиях широкого доступа к ТИК.

#### *Обобщение полученных данных*

Систематический обзор научных данных включал информацию по двум интересующим исходам – новые случаи ВИЧ-инфекции (три исследования) и ИППП (одно исследование). Рассматривались два сравнения по интересующей теме: использование серосортинга по сравнению с постоянным использованием презервативов и использование серосортинга по сравнению с неиспользованием презервативов. Общие данные по сравнению серосортинга с постоянным использованием презервативов показали, что использование серосортинга приводит к значительному увеличению риска инфицирования и ВИЧ, и ИППП. Серосортинг повышал передачу ВИЧ на 79% и передачу ИППП на 61% (RR: 1,79; 95% CI: 1,2–2,65 и RR: 1,61; 95% CI: 1,43–1,81 соответственно). При сравнении серосортинга с неиспользованием презервативов был выявлен определенный уровень защиты от заражения ВИЧ и ИППП, обеспечиваемый серосортингом. Серосортинг снижал передачу ВИЧ на 53% (RR: 0,47; 95% CI: 0,26–0,84), а передачу ИППП на

14% (RR: 0,86; 95% CI: 0,78–0,93). Какие-либо соображения относительно качества жизни, (неудобства при использовании презерватива или снижение сексуального желания) не изучались.

#### *Преимущества и риски*

Преимущества и риски серосортинга зависят от использованных сравнений. Риски перевешивали преимущества при сравнении с использованием презервативов. При сравнении с неиспользованием презервативов преимущества перевешивали риски.

Хотя серосортинг имеет преимущества при сравнении с неиспользованием презервативов, определяются риски при его сравнении с постоянным использованием презервативов. Серосортинг может быть потенциальной стратегией снижения вреда для лиц, предпочитающих не использовать презервативы, но его не следует пропагандировать в качестве альтернативной стратегии профилактики ВИЧ-инфекции. Постоянное использование презервативов является более эффективным методом профилактики ВИЧ-инфекции.

#### *Приемлемость и осуществимость*

Изучение ценностей и предпочтений в сообществе выявило различные мнения о серосортинге. В докладе говорится: “МСМ считают, что презервативы приносят профилактическую пользу, и многие пропагандируют их предоставление”. Кроме того, в нем указано, что “...никто из участников не рассматривал серосортинг в качестве стратегии профилактики”.<sup>66</sup>

Некоторые участники опросного обследования по вопросам моральных ценностей и предпочтений считали, что концепции серосортинга не существует. Среди других упоминание о нем приводило к разговору об условиях, в которых МСМ и трансгендерные лица раскрывают или не раскрывают свой ВИЧ-статус. Многие отмечали, что беспокойство относительно безопасности, стигмы и дискриминации повлияло на отказ от раскрытия ВИЧ-статуса. Однако другими серосортинг упоминался в качестве стратегии снижения вреда. Хотя эксперты признали, что индивидуальные ценности, касающиеся серосортинга, могут отличаться, акцент был сделан на профилактику ВИЧ-инфекции. Использование презервативов является лучшим вариантом, но зависит от их доступности. Серосортинг осуществим только в контексте доступности качественного ТИК, высокой частоты повторного тестирования на ВИЧ и при условии, что правовая и социальная среда благоприятны для проведения ТИК и раскрытия серостатуса.<sup>66</sup>

#### *Дополнительные темы для обсуждения и направления научных исследований*

Сероадаптивные виды поведения могут быть самыми разными, включая серосортинг и стратегический выбор позиции в зависимости от серостатуса. В профиль научных данных была включена только информация о серосортинге (практика выбора полового партнера с тем же ВИЧ-статусом) среди МСМ, которые не были инфицированы ВИЧ в начале исследования. Не включалась информация о практике стратегического выбора позиции (выбор на основе ВИЧ-статуса, какой из партнеров будет рецептивным, а какой – инсертивным; при этом ВИЧ-инфицированный партнер обычно является рецептивным). В данный обзор не включена информация о практике серосортинга среди МСМ и трансгендерных лиц, знающих о своем положительном ВИЧ-статусе.

Индивидуумы и пары, использующие серосортинг в качестве стратегии снижения вреда, нуждаются в регулярном скрининге на ВИЧ и ИППП. Более того, при предложении МСМ и трансгендерным лицам ТИК следует ознакомить их с фактическими данными относительно серосортинга, объяснить пользу и ограничения этого способа профилактики ВИЧ-инфекции, а также опровергнуть неправильные представления, которые могут еще больше ограничить его применение потенциальными пользователями. Потребность в повышении доступности презервативов и ТИК высокого качества существует везде, особенно в странах с низким и средним уровнем доходов. Необходимы также дополнительные исследования серосортинга среди МСМ и трансгендерных лиц и их половых партнеров.

#### *Основные положения*

- Серосортинг определяется как “выбор индивидом полового партнера с известным аналогичным серологическим ВИЧ-статусом (часто для незащищенного секса) с целью снижения риска заражения или передачи ВИЧ”.
- Серосортинг повышал передачу ВИЧ на 79% и передачу ИППП на 61%. При сравнении с неиспользованием презервативов преимущества перевешивали недостатки. Серосортинг снижал передачу ВИЧ на 53% и снижал передачу ИППП на 14%.
- Риски серосортинга перевешивают преимущества при сравнении с постоянным использованием презервативов. При сравнении с неиспользованием презервативов преимущества серосортинга перевешивают его недостатки.
- Приемлемость и осуществимость зависят от самого индивида и окружающих условий. Серосортинг выполняется только в контексте доступности качественного ТИК, высокой частоты повторного тестирования на ВИЧ и при условии, что правовая и социальная среда благоприятствует проведению ТИК и раскрытию серостатуса.

### Рекомендации

**ВИЧ-отрицательным МСМ и трансгендерным лицам настоятельно рекомендуется постоянное использование презервативов вместо серосортинга.**

*Сильная рекомендация, очень низкое качество доказательств*

**При определенных условиях в качестве стратегии снижения риска ВИЧ-инфекции ВИЧ-отрицательным МСМ и трансгендерным лицам вместо неиспользования презервативов предлагается использовать серосортинг.**

*Условная рекомендация, очень низкое качество доказательств*

#### **Дополнительные замечания**

Индивиды и пары, использующие серосортинг в качестве стратегии снижения вреда, нуждаются в регулярном скрининге на ВИЧ и ИППП. Необходимы также дополнительные исследования серосортинга среди МСМ и трансгендерных лиц и их половых партнеров.

### 8.1.3. Мужское обрезание

#### *Исходная информация*

Проведенные в последние три десятилетия несколько обсервационных и три рандомизированных контролируемых исследования показали, что мужское обрезание, выполненное специально подготовленным медицинским персоналом, снижает риск передачи ВИЧ от женщины мужчине вдвое.<sup>75,76,77,78</sup> Поскольку эти исследования проводились среди мужчин, предположительно подвергавшихся воздействию ВИЧ при вагинальном половом контакте и только в странах Африки к югу от Сахары, полученные результаты не могут быть непосредственно применимы к МСМ и трансгендерным лицам, которые подвергаются воздействию ВИЧ при рецептивном или инсертивном анальном контакте. Проводился обзор данных, касающихся эффективности мужского обрезания в предупреждении заражения ВИЧ среди МСМ.\*

#### *Научные данные*

Два обзора, посвященные мужскому обрезанию для профилактики ВИЧ-инфекции среди МСМ и включающие данные обсервационных исследований, были опубликованы в 2008 г.<sup>79,80</sup> С этого времени были опубликованы результаты шести новых обсервационных исследований. В результате всего в обзор было включено 21 исследование с соответствующими данными о мужском обрезании у МСМ. Качество конечных результатов оценивалось как крайне важное для исхода в отношении ВИЧ-инфекции; при этом общее качество научных данных оценивалось как очень низкое, в основном из-за отсутствия данных по МСМ, полученных в рандомизированных контролируемых исследованиях. Не было обнаружено исследований, посвященных обрезанию среди трансгендерных лиц.

#### *Обобщение полученных данных*

Систематический обзор научных данных<sup>81</sup> включал информацию о трех представляющих интерес специфических исходах в отношении ВИЧ-инфекции и ИППП (20 исследований), сифилиса (восемь исследований) и инфекции, вызванной вирусом простого герпеса (ВПГ) (семь исследований). Все данные были получены в обсервационных исследованиях и поэтому их рейтинг был низким. Хотя в целом наблюдалось относительное воздействие мужского обрезания на передачу ВИЧ среди МСМ, OR 0,86 (95% CI: 0,70–1,06), в основе различий лежали доминирующие сексуальные роли при анальном сексе. Среди мужчин, в основном практикующих рецептивный анальный секс, связь между ВИЧ-инфекцией и обрезанием не прослеживалась (OR: 1,20; 95% CI: 0,63–2,29), а среди практикующих в основном инсертивный анальный секс обрезание ассоциировалось с защитным эффектом в отношении ВИЧ (OR: 0,27; 95% CI: 0,17–0,44). Аналогичные данные получены в отношении ИППП.

#### *Преимущества и риски*

Включенные научные данные дают основания предполагать потенциальную пользу обрезания у взрослых мужчин для профилактики, как ВИЧ-инфекции, так и других ИППП. Поэтому преимущества потенциально перевешивают недостатки.

---

\* При проведении обзора не рассматривалась эффективность мужского обрезания для профилактики заражения ВИЧ среди трансгендерных лиц.

Как и любая хирургическая процедура, мужское обрезание связано с определенными рисками, которые обычно возникают во время или непосредственно после окончания процедуры. Хирургическое вмешательство может вызвать кровотечение, образование гематомы (подкожный сгусток крови), раневую инфекцию, меатит (воспаление наружного отверстия мочеиспускательного канала) и повышенную чувствительность головки полового члена в первые месяцы после процедуры. Безопасность мужского обрезания зависит от условий и опыта персонала, выполняющего его.<sup>82</sup>

#### *Приемлемость и осуществимость*

В уже упоминавшемся докладе о моральных ценностях и приемлемости<sup>66</sup> (в контексте использования обрезания взрослых мужчин в качестве стратегии профилактики ВИЧ-инфекции) указано, что участники подняли вопросы приемлемости обрезания в различных культурных условиях, его адекватности для защиты от ВИЧ и применимости у трансгендерных лиц. Некоторые считали, что следует сосредоточиться на просвещении в области сексуального здоровья, а не на обрезании. Серьезные опасения высказывались по поводу осуществимости хирургического вмешательства, особенно для заведомо стигматизированных групп.

#### *Дополнительные темы для обсуждения и направления научных исследований*

Данная рекомендация не применима к трансмужчинам, которым было выполнено хирургическое вмешательство по изменению пола. Для проведения мужского обрезания в условиях, при которых оно не является стандартным вмешательством, необходимы значительные ресурсы (как квалифицированные кадровые ресурсы со специализацией по этой хирургической технике, так и хирургическое оборудование и расходные материалы); поэтому выражалась серьезная озабоченность относительно возможности его внедрения. Необходимы дополнительные исследования для сравнительного изучения воздействия мужского обрезания взрослых на профилактику заражения ВИЧ и ИППП среди МСМ, практикующих инсертивные или рецептивные анальные контакты, поскольку, вероятно, что это различие модифицирует эффект. В условиях наращивания масштабов обрезания взрослые МСМ и трансгендерные лица не должны исключаться из программ мужского обрезания. В других условиях, согласно текущим рекомендациям ВОЗ,<sup>83</sup> не следует отказывать отдельным МСМ и трансгендерным лицам, обратившимся за этим вмешательством.

#### *Основные положения*

- Проведенные в последние три десятилетия несколько обсервационных и три рандомизированных контролируемых исследования показали, что мужское обрезание снижает риск передачи ВИЧ от женщины мужчине вдвое. В некоторых обсервационных исследованиях было показано, что мужское обрезание может также защитить МСМ, практикующих инсертивные анальные половые контакты. Аналогичные исследования с участием трансгендерных лиц не проводились.
- Мужское обрезание ассоциировалось с защитным эффектом только среди МСМ, практикующих инсертивные половые контакты. Среди МСМ, практикующих рецептивный секс, защитный эффект не выявлен.

- На сегодняшний день неясно, перевешивают ли преимущества мужского обрезания его недостатки, поскольку мужское обрезание, как и любая другая хирургическая операция, сопровождается риском.
- Существует серьезная обеспокоенность относительно приемлемости и осуществимости процедуры для МСМ в различных культурных условиях.

## Рекомендации

**Рекомендуется не предлагать МСМ и трансгендерным лицам мужское обрезание для профилактики ВИЧ-инфекции и ИППП вместо его предложения.**

*Условная рекомендация, очень низкое качество доказательств*

### **Дополнительные замечания**

Необходимы дальнейшие исследования для сравнительного изучения воздействия мужского обрезания на профилактику заражения ВИЧ и ИППП среди МСМ, практикующих инсертивные и рецептивные анальные половые контакты.

## **8.2. Тестирование на ВИЧ и консультирование\***

### **8.2.1. Тестирование на ВИЧ и консультирование**

#### *Исходная информация*

С того момента, когда тестирование на ВИЧ стало доступным, ТИК, проводимое по инициативе пользователей услуг, рассматривалось в качестве ключевого вмешательства по профилактике ВИЧ-инфекции. Эффективность ТИК оценивали в нескольких исследованиях. В последние годы (как часть обязательства по достижению всеобщего доступа к профилактике и помощи в связи с ВИЧ) сформулирована более широкая концепция ТИК с включением ТИК по инициативе клиента и ТИК по инициативе работника здравоохранения.<sup>84</sup> Продвижение ТИК было включено в общие действия по пропаганде тестирования и консультирования вместе с установлением прямых связей с доступом к получению помощи и лечения для пациентов с положительным результатом теста. Учитывая роль стигмы и потенциальных рисков, ассоциированных с предполагаемой ВИЧ-инфекцией, исключительно важно, чтобы ТИК всегда оставалось добровольным и конфиденциальным.

Поскольку люди могут продолжать придерживаться поведения высокого риска (и заразиться после тестирования на ВИЧ) или практиковать сексуальное поведение высокого риска в течение

---

\* В данном руководстве термин “тестирование на ВИЧ и консультирование” (ТИК) относится ко всем услугам по тестированию на ВИЧ, сопровождающимся консультированием. Страны могут использовать разные термины для услуг по ТИК, которые предоставляются в различных условиях. Примеры таких терминов: добровольное тестирование и консультирование (ДТИК), тестирование и консультирование по инициативе провайдера (ТИКИП) и тестирование и консультирование по инициативе клиента (ТИКИК) (но не ограничиваются ими). ВОЗ рекомендует, чтобы во всех случаях ТИК было добровольным и никогда принудительным или обязательным.



ние трех месяцев перед тестом на ВИЧ (и находиться на стадии острой инфекции, при которой тест на антитела к ВИЧ отрицательный), в соответствии с современными руководствами ВОЗ, пациентам следует рекомендовать повторное тестирование спустя три месяца.<sup>85</sup>

Проводился систематический обзор литературы, посвященной роли ТИК в снижении ассоциированной с ВИЧ заболеваемости и смертности, в сравнении с предоставлением базовой информации по профилактике и помощи в связи с ВИЧ. Косвенными критериями оценки были изменение поведения и новые случаи ВИЧ-инфекции.

#### *Научные данные*

Включены данные одного контролируемого исследования, в котором изучали воздействие целевого вмешательства (индивидуальное ТИК) на исход в отношении ВИЧ-инфекции (сообщение о незащищенном анальном половом контакте использовалось в качестве суррогатного маркера ВИЧ-инфекции) среди гетеросексуальных мужчин.<sup>86</sup> Сила этой рекомендации основывается на доказательствах низкого качества. Уровень качества понижался из-за косвенной оценки исхода (использование суррогатных маркеров), косвенности исследуемой популяции (гетеросексуальные мужчины вместо МСМ или трансгендерных лиц) и значительного числа потерянных для последующего наблюдения (около 20% за 14 месяцев).

#### *Обобщение полученных данных*

В единственном рандомизированном исследовании,<sup>86</sup> в котором сравнивали воздействие ТИК и предоставления стандартной информации о здоровье на сообщенный незащищенный половой контакт (суррогатный исход), использовалась модель консультирования при ВИЧ-1-инфекции, ориентированного на клиента, разработанной Центрами по контролю и профилактике заболеваний США (CDC). Эта модель включала оценку индивидуального риска и разработку персонального плана снижения риска для каждого клиента и была идеальной для принятия во внимание культурной специфичности. Исследование проводилось в трех странах: Кении, Танзании и Тринидаде. В подгруппе гетеросексуальных мужчин с непостоянными партнерами среди тех, кто проходил ТИК, снижение рискованного поведения составило 21% (RR: 0,79; 95% CI: 0,63–0,97).

#### *Преимущества и риски*

Сделан вывод о том, что преимущества перевешивали риски вследствие высокой чувствительности и специфичности тестов на ВИЧ и увеличивающейся важности данного вмешательства, учитывая более раннюю диагностику и доступ к помощи, а также профилактическое воздействие лечения. К потенциальным недостаткам относится психологический стресс (с которым можно справиться). Использование ресурсов не представляет собой основной предмет озабоченности, так как ТИК является стандартным вмешательством, которое уже применяется в самых разных условиях.

#### *Приемлемость и осуществимость*

Согласно данным исследования общественных ценностей и предпочтений, люди ценят важность ТИК, но считают, что должны обеспечиваться адекватные условия для оказания таких услуг (то есть нужны инклюзивные, недискриминирующие услуги).<sup>86</sup> Осуществимость ТИК не представляется серьезной проблемой, так как оно уже предлагается широким слоям населения

во многих странах с низким, средним и высоким уровнем доходов. Однако следует обеспечить качество ТИК.

#### *Дополнительные темы для обсуждения и направления научных исследований*

ТИК необходимо связывать с доступом к услугам по оказанию помощи и лечения. Более широкий охват лечением может снижать частоту передачи ВИЧ на популяционном уровне, и это может привести к изменению общественного мнения относительно ТИК. Кроме того, следует изучить роль консультирования и использования АРТ у серодискордантных пар МСМ и трансгендерных лиц.<sup>87</sup>

#### **Основные моменты**

- С того момента, когда тестирование на ВИЧ стало доступным, ТИК рассматривалось как ключевое вмешательство для профилактики ВИЧ-инфекции.
- Среди тех, кто проходил ТИК, снижение рискованного поведения составило 21%.
- Преимущества перевешивают риски. Использование ресурсов не представляет собой предмет озабоченности, так как ТИК является стандартным вмешательством, которое проводится в большинстве мест.
- ТИК приемлемо и осуществимо

#### **Рекомендация**

**Настоятельно рекомендуется предлагать МСМ и трансгендерным лицам тестирование на ВИЧ и консультирование вместо того, чтобы не предлагать им это вмешательство.**

*Сильная рекомендация, низкое качество доказательств*

#### **Дополнительные замечания**

Предоставление ТИК необходимо увязывать с доступом к помощи и лечению.

### **8.2.2. Услуги по тестированию на ВИЧ и консультированию по месту жительства, связанные с предоставлением помощи и лечения**

#### *Исходная информация*

Рекомендация сосредоточена на проведении ТИК по месту жительства и его связи с предоставлением помощи и лечения. Желаемый результат заключается в повышении уровня предоставления ТИК по месту жительства и обеспечения его связи с услугами по лечению и помощи при ВИЧ-инфекции для лиц с положительным результатом теста. Вмешательства по предоставлению ТИК по месту жительства сосредоточены на активной пропаганде ТИК и обеспечении оперативного доступа к помощи и лечению. Воздействие программ по предоставлению ТИК по месту жительства оценивалось и сравнивалось с воздействием ТИК по инициативе клиента.

### *Научные данные*

Не проводилось систематических обзоров или исследований по программам предоставления ТИК по месту проживания ранее не проводилось. Обнаружено только одно обсервационное исследование, основанное на рекомендациях CDC 2006 г. по предоставлению рутинного, добровольного ТИК в учреждениях здравоохранения (исследование проведено в Вашингтоне, округ Колумбия, США).<sup>88</sup> Изученное вмешательство обозначалось как “HTLC+” (тестирование на ВИЧ, связь с предоставлением помощи и лечения) и включало активную пропаганду ТИК, улучшение системы направлений для ВИЧ-инфицированных лиц и назначение лечения в соответствии с принятыми на данный момент рекомендациями для жителей Вашингтона. Были включены зарегистрированные и проанализированные совокупные показатели по интересующим исходам за 2004, 2006 и 2008 (частично) годы. На сентябрь 2010 г. исследование по оценке осуществимости программы предоставления ТИК по месту жительства, связанной с предоставлением помощи и лечения, находилось на стадии подготовки.<sup>89</sup> Качество этих научных данных было признано очень низким, так как они были получены в результате только одного обсервационного исследования.

### *Обобщение полученных данных*

Зарегистрированные исходы включали: частоту новых диагностированных случаев СПИДа (которая последовательно снижалась со 164 случаев на 100 000 в 2004 г. до 137 в 2007 г. и 107 в 2008 г.); долю населения, обследованного на ВИЧ в течение последних 12 месяцев (которая увеличилась с 15% до 19%); и общую долю лиц с впервые поставленным диагнозом ВИЧ-инфекции, у которых число клеток CD4 определялось в первые три месяца после установления диагноза (увеличение с 62% в 2004 г. до 64% в 2008 г.). Исследование не включало контрольную группу и не оценивало меру воздействия.<sup>88</sup>

### *Преимущества и риски*

Хотя ТИК может повысить риск стигмы, потенциальные преимущества перевешивают риски.

### *Приемлемость и осуществимость*

Согласно исследованию моральных ценностей и предпочтений, сообщества положительно оценивают ТИК и все чаще по достоинству оценивают ранний доступ к помощи и лечению. Однако выражалась обеспокоенность в связи со стигмой и дискриминацией, а также ненадлежащим лечением и ограниченными возможностями медицинского персонала решать вопросы, связанные с обслуживанием MSM и трансгендерных лиц.<sup>66</sup> Нарастание масштабов ТИК, связанного с последующим предоставлением помощи и лечения, должно осуществляться с учетом устойчивости. Если имеются средства на покрытие дополнительных расходов, осуществимость ТИК по месту проживания, связанного с последующим предоставлением помощи и лечения, вполне возможно в большинстве случаев.

### *Дополнительные темы для обсуждения и направления научных исследований*

Научные данные, поддерживающие рекомендации, основаны на обсервационном исследовании.<sup>88</sup> Начиная с сентября 2010 г., исследование HTLC+ находится на подготовительном этапе; его целью является оценка осуществимости в США многокомпонентной программы предоставления ТИК по месту проживания, связанной с последующим представлением помощи и лече-

ния.<sup>89</sup> Это исследование будет содержать анализ осуществимости и эффективности. Необходимо продолжение исследования.

#### *Основные положения*

- Подход к предоставлению ТИК по месту жительства сосредоточен на активной пропаганде ТИК, связанного с оперативным доступом к помощи и лечению для лиц с положительными результатами тестирования на ВИЧ.
- В одном обсервационном исследовании выявлено, что после внедрения добровольного ТИК в лечебно-профилактических учреждениях отмечалось снижение диагнозов ВИЧ, повышение доли обследованных людей и уменьшение времени от момента диагностики до первого иммунологического исследования (подсчет числа клеток CD4).<sup>88</sup>
- Хотя ТИК может увеличить риск стигмы, потенциальные преимущества этого вмешательства перевешивают риски.
- Сообщества признают ценность ТИК и более раннего доступа к помощи и лечению. Однако выражалось беспокойство в связи со стигмой и дискриминацией, а также ограниченным потенциалом медицинского персонала в решении вопросов, связанных с ведением МСМ и трансгендерных лиц.

### Рекомендация

**Рекомендуется предлагать МСМ и трансгендерным лицам программы тестирования на ВИЧ и консультирования по месту жительства, связанные с предоставлением помощи и лечения, вместо того, чтобы не предлагать им такие программы.**

*Сильная рекомендация, очень низкое качество доказательств*

#### **Дополнительные замечания**

Необходимы дальнейшие исследования.

## **8.3. Поведенческие вмешательства и информация, просвещение, коммуникация**

### **8.3.1. Поведенческие вмешательства для профилактики ВИЧ-инфекции на индивидуальном уровне**

#### *Исходная информация*

Поведенческие вмешательства, направленные на профилактику ВИЧ-инфекции, являются неотъемлемой частью любых мер реагирования на эпидемию ВИЧ. Поведенческие вмешательства на индивидуальном уровне – это вмешательства на основе консультирования “один на один”. Они сфокусированы на обсуждении стратегий снижения риска с отдельными участниками. Обученные консультанты встречаются лицом к лицу с людьми, подвергающимися риску заражения ВИЧ-инфекцией, для обсуждения их рискованного поведения, стратегий снижения индивидуального риска и предоставления им информации, касающейся ВИЧ. Содержание этих

встреч может варьировать в зависимости от вмешательства. Например во время консультирования участники могут получить информацию, из которой они могут больше узнать о ВИЧ-инфекции, а также поговорить о своем рискованном сексуальном поведении, что позволяет им напрямую связать свое поведение с риском заражения ВИЧ, а затем получить консультацию, как снизить этот риск.

### *Научные данные*

Имеются научные данные среднего качества о том, что вмешательства, направленные на изменение индивидуального поведения, снижают частоту рискованного сексуального поведения и новых случаев инфицирования ВИЧ среди МСМ и трансгендерных лиц. Включенные данные получены из рандомизированных контролируемых исследований вмешательств на индивидуальном уровне по изменению поведения среди МСМ и трансгендерных лиц.<sup>90,91,92,93</sup> Эти данные собраны при проведении систематического обзора исследований, посвященных вмешательствам на индивидуальном уровне, направленным на изменение поведения для профилактики ВИЧ среди МСМ и трансгендерных лиц. В этот обзор были включены два уже имевшихся систематических обзора<sup>94,95</sup> и обнаруженные в результате дополнительного поиска публикации об исследованиях, проведенных позже (Приложение 3)\*. Доказательства для этой рекомендации были среднего качества, поскольку все включенные в обзор исследования проводились в странах с высоким уровнем доходов.

### *Обобщение полученных данных*

Четыре исследования предоставили информацию о воздействиях вмешательства на частоту незащищенных анальных половых контактов, а одно исследование дополнительно включало в качестве исхода выявление новых случаев инфицирования ВИЧ. Не обнаружено исследований, содержащих информацию по вопросам воздействия вмешательства на качество жизни. По данным четырех включенных исследований, изменение поведения в результате вмешательства на индивидуальном уровне (уменьшение частоты незащищенных анальных половых контактов) составило в целом 18%. Отношение рисков 0,82 (95% CI: 0,64–1,05) показывает, что полезный результат вмешательства на индивидуальном уровне был умеренным, но статистически значимым в отношении исхода, связанного с поведением. Кроме того, вмешательство на индивидуальном уровне привело к снижению частоты новых случаев заражения ВИЧ-инфекцией на 18%. В одном из исследований, рассматривавшем появление новых случаев инфицирования ВИЧ, также показан умеренный, но статистически значимый полезный результат (RR: 0,82; 95% CI: 0,64–1,05).\*\* Рейтинг этих данных был понижен из-за того, что поведенческие исходы были опосредованными (по данным, сообщенным участниками), из-за того, что ни одного исследования не проводилось в странах с низким и средним уровнем доходов, а также неточности оценки из-за небольшого числа эпизодов.

### *Преимущества и риски*

Преимущества вмешательства перевешивают риски. Качество жизни (неудобство, ненужное вмешательство, тревога и дискриминация) не определялось.

---

\* Все приложения можно найти на веб-сайте ВОЗ (<http://www.who.int/hiv>).

\*\*По обоим исходам (рискованное поведение и заболеваемость ВИЧ-инфекцией) получены одинаковые значения RR и 95% CI (RR: 0,82; 95% CI: 0,64–1,05). Это не ошибка.

### *Приемлемость и осуществимость*

Поведенческие вмешательства на индивидуальном уровне для целевых групп являются приемлемыми и осуществимыми. В своих высказываниях о моральных ценностях и предпочтениях участники указали на необходимость создания благоприятной среды для успешного проведения поведенческих вмешательств.<sup>66</sup>

### *Дополнительные темы для обсуждения и направления научных исследований*

Для успешного осуществления этих вмешательств необходимы кадровые ресурсы, благоприятная среда и адаптация к местным условиям. Хотя некоторые исследования проводились также в странах с низким и средним уровнем доходов, ни в одном из них не содержалась информация, необходимая для этого обзора. Необходимы исследования эффективности поведенческих вмешательств на индивидуальном уровне среди МСМ и трансгендерных лиц в странах с низким и средним уровнем доходов.

### *Основные положения*

- Программы поведенческих вмешательств на индивидуальном уровне – это вмешательства на основе консультирования “один на один”, сфокусированные на стратегиях снижения индивидуального риска каждого из участников.
- Вмешательства, направленные на изменение поведения, привели к снижению частоты рискованного поведения и появлению новых случаев инфицирования ВИЧ на 18% (для каждого из исходов). Оба результата не были статистически значимыми.
- Преимущества вмешательства перевешивают его риски.
- Поведенческие вмешательства на индивидуальном уровне для целевых популяций приемлемы и осуществимы.

## **Рекомендация**

**Рекомендуется проводить поведенческие вмешательства на индивидуальном уровне с целью профилактики ВИЧ-инфекции и ИППП среди МСМ и трансгендерных лиц вместо того, чтобы не проводить такие вмешательства.**

*Условная рекомендация, среднее качество доказательств*

### **Дополнительные замечания**

Для успешного осуществления таких вмешательств необходимы соответствующие кадровые ресурсы, благоприятная среда и адаптация к местным условиям. Необходимы дальнейшие исследования эффективности поведенческих вмешательств на индивидуальном уровне среди МСМ и трансгендерных лиц в странах с низким и средним уровнем доходов.

### 8.3.2. Поведенческие вмешательства для профилактики ВИЧ-инфекции на уровне сообщества

#### *Исходная информация*

Вмешательства на уровне сообщества среди МСМ и трансгендерных лиц, направленные на изменение поведения для профилактики ВИЧ-инфекции, заключаются в том, что популярные лидеры общественного мнения, получают подготовку по распространению связанных с вмешательством посланий среди “равных” с целью изменения поведения всех членов своих сообществ. Подобные вмешательства могут включать расширение прав и возможностей, аутрич-работу, встречи малых групп и осуществление руководства.

#### *Научные данные*

Научные данные о вмешательствах по изменению поведения на уровне сообщества с целью профилактики ВИЧ-инфекции отличаются низким качеством. Сведения, собранные по этой рекомендации, основаны на имеющихся обзорах вмешательств на уровне сообщества, направленных на профилактику ВИЧ среди МСМ и трансгендерных лиц, и систематическом поиске данных в статьях, опубликованных впоследствии (Приложение 3)<sup>\*</sup>.<sup>94,95</sup> Включенные научные данные получены в ходе пяти рандомизированных контролируемых исследований вмешательств на уровне сообщества, направленных на изменение поведения МСМ и трансгендерных лиц.<sup>96,97,98,99,100</sup> Научные данные по снижению рискованного сексуального поведения в популяциях МСМ и трансгендерных лиц в результате вмешательств по изменению поведения на уровне сообщества оказались низкого качества. Рейтинг этих данных был понижен из-за опосредованности поведенческих исходов, сообщаемых самими участниками, и ограничений дизайна (высокий показатель потерянных для последующего наблюдения, 42% в опытной группе). Рейтинг данных понижался также из-за того, что лишь одно исследование было проведено в странах с низким и средним уровнем доходов.

#### *Обобщение полученных данных*

В обзор научных данных были включены пять исследований вмешательств на уровне сообществ, направленных на изменение поведения среди МСМ и трансгендерных лиц. Изменение поведения благодаря вмешательствам на уровне сообщества привели к снижению рискованного поведения на 25%. Общий исход изменения поведения, наблюдавшийся в пяти включенных исследованиях, показал умеренный, но значимый уровень изменений поведения (RR: 0,75; 95% CI: 0,51–1,09). Ни в одном из исследований не сообщалось о новых случаях заражения ВИЧ-инфекцией/ИППП или о качестве жизни.

#### *Преимущества и риски*

Преимущества вмешательств на уровне сообщества, направленных на изменение поведения с целью профилактики ВИЧ среди МСМ и трансгендерных лиц, перевешивают риски подобных вмешательств.

---

\* Все приложения можно найти на веб-сайте ВОЗ (<http://www.who.int/hiv>).

### *Приемлемость и осуществимость*

Поведенческие вмешательства на уровне сообщества являются приемлемыми и осуществимыми для целевых популяций. В своих высказываниях о моральных ценностях и предпочтениях участники указали на необходимость благоприятной среды для успешного проведения поведенческих вмешательств.<sup>66</sup> Эти вмешательства, прежде всего, требуют кадровых ресурсов, и в некоторых условиях обеспечение кадрами может быть проблемой. Для успешного выполнения таких вмешательств необходимы соответствующие кадровые ресурсы, благоприятная среда и адаптация к местным условиям.

### *Дополнительные темы для обсуждения и направления научных исследований*

Необходимо проведение дополнительных исследований по эффективности вмешательств на уровне сообщества, направленных на изменение поведения среди МСМ и трансгендерных лиц.

### *Основные положения*

- Вмешательства на уровне сообщества, направленные на изменение поведения, для профилактики ВИЧ среди МСМ и трансгендерных лиц, заключаются в том, что популярные лидеры общественного мнения получают подготовку по распространению связанных с вмешательством посланий среди “равных” с целью изменения поведения всех членов своих сообществ.
- Поведенческие изменения, достигаемые благодаря вмешательствам на уровне сообщества, приводят к снижению рискованного поведения на 25%.
- Преимущества вмешательства перевешивают его риски.
- Поведенческие вмешательства на уровне сообщества для целевых популяций приемлемы и осуществимы.

## **Рекомендация**

**Рекомендуется проводить вмешательства на уровне сообщества, направленные на профилактику ВИЧ-инфекции и ИППП среди МСМ и трансгендерных лиц, вместо отказа от проведения таких вмешательств.**

*Условная рекомендация, низкое качество доказательств*

### **Дополнительные замечания**

Необходимы дальнейшие исследования эффективности вмешательств на уровне сообществ, направленных на изменение поведения среди МСМ и трансгендерных лиц.

### **8.3.3. Целевые стратегии на базе Интернета**

#### *Исходная информация*

Люди ежедневно посещают веб-сайты и обращаются к другим ресурсам в режиме онлайн для получения информации о здоровье. Это создает возможность для проведения на базе Интерне-



та вмешательств, направленных на профилактику ВИЧ-инфекции. Такие вмешательства могут облегчить МСМ и трансгендерным лицам, имеющим доступ в Интернет, анонимное получение соответствующих посланий по профилактике ВИЧ-инфекции в удобное время и в частном порядке. Вмешательства такого типа обладают потенциалом, позволяющим предоставить наиболее подходящие информацию или стратегии для удовлетворения уникальных потребностей людей.

#### *Научные данные*

Два рандомизированных контролируемых исследования соответствовали критериям поиска (Приложение 3)<sup>1</sup>: одно проведено в Перу, другое – в Соединенных Штатах Америки.<sup>101,102</sup> В первом исследовании оценивали эффективность целевых мотивационных видео в режиме онлайн о тестировании на ВИЧ/ИППП и консультировании, а во втором – эффективность интерактивного модуля по пропаганде сексуального здоровья, направленного на уменьшение частоты незащищенного анального секса. Оба исследования были сосредоточены на МСМ, но ни в одном из них заражение ВИЧ-инфекцией/ИППП не рассматривалось в качестве интересующего исхода. Рейтинг обоих исследований был понижен из-за их ограничений, погрешностей и опосредованности. Доказательства были очень низкого качества. Сила рекомендации классифицировалась как условная, учитывая низкое качество и незначительную величину эффекта. Однако было решено, что в условиях, когда однополые сексуальные практики считаются незаконными, а Интернет является единственным средством общения, данную рекомендацию необходимо классифицировать как сильную.

#### *Обобщение полученных данных*

Систематический обзор научных данных включил информацию по двум интересующим исходам. В одном исследовании изучали воздействие целевого мотивационного видео в режиме онлайн на частоту обращения за тестированием на ВИЧ/ИППП и консультированием. Целевые группы включали мужчин, идентифицирующих себя как геев, и мужчин, не причисляющих себя к МСМ. В другом исследовании выявляли, уменьшил ли просмотр интерактивного модуля по пропаганде сексуального здоровья число партнеров, с которыми практиковался незащищенный анальный секс. Исследование, оценивавшее эффективность целевого мотивационного видео в режиме онлайн, не выявило существенных изменений в частоте тестирования на ВИЧ/ИППП и консультирования среди мужчин-геев, охваченных вмешательством, по сравнению с теми, кто его не получал (отношение риска [HR]: 1,07; 95% CI: 0,4–2,85). Среди мужчин, не идентифицировавших себя в качестве МСМ, видео могло быть эффективным для пропаганды тестирования на ВИЧ/ИППП и консультирования, но, поскольку никто из контрольной группы не проходил тестирования (11,3% прошедших тестирование в группе вмешательства против 0% в контрольной группе), рассчитать HR не представлялось возможным. Исследование, оценивавшее воздействие интерактивного модуля по пропаганде сексуального здоровья, показало, что больше МСМ из группы вмешательства отметили меньшее число половых партнеров, с которыми у них был незащищенный анальный контакт в течение трехмесячного периода наблюдения, по сравнению с контрольной группой (RR: 1,04; 95% CI: 0,91–1,19).

---

\* Все приложения можно найти на веб-сайте ВОЗ (<http://www.who.int/hiv>).

### *Преимущества и риски*

Преимущества могут перевесить недостатки, но необходимо проведение крупномасштабных рандомизированных контролируемых исследований.

### *Приемлемость и осуществимость*

В описанных исследованиях приемлемость и осуществимость этих вмешательств напрямую не оценивались. В исследовании с показом целевого видео оценивалось восприятие вмешательства участниками, большинство из которых оценило его как “очень хорошее”.

### *Дополнительные темы для обсуждения и направления научных исследований*

Ни в одном из включенных в этот обзор вмешательств не рассматривались биологические исходы. Таким образом, нет доказательств воздействия какого-либо из этих вмешательств на появление новых случаев инфицирования ВИЧ и ИППП или их распространенность. В будущих исследованиях следует попытаться рассмотреть эти вопросы. Только одно исследование проводилось в странах с низким и средним уровнем доходов; оно же было единственным, включившим трансгендерных лиц, однако о результатах, полученных в этой популяции, не сообщалось. Необходимо провести больше исследований в странах с низким и средним уровнем доходов с включением трансгендерных лиц. Следует детально оценить роль виртуальных социальных сетей в профилактике ВИЧ-инфекции и доступе к помощи и лечению.

### *Основные положения*

- Стратегии профилактики ВИЧ-инфекции на базе Интернета облегчают МСМ, имеющих к нему доступ, анонимное получение соответствующих посланий по профилактике ВИЧ-инфекции в удобное время и в частном порядке, особенно в условиях, когда практика однополного секса противозаконна.
- Не обнаружено значимых изменений в частоте тестирования на ВИЧ/ИППП и консультирования среди мужчин, идентифицирующих себя как геев, просмотревших целевое мотивационное видео в режиме онлайн, по сравнению с теми, кто его не смотрел.
- Больше МСМ, ознакомившихся с интерактивным модулем по пропаганде сексуального здоровья, отметили меньшее число половых партнеров, с которыми у них был незащищенный анальный контакт в период трехмесячного наблюдения, по сравнению с теми, кто не был охвачен вмешательством.
- Преимущества могут перевесить недостатки, но необходимо проведение тщательно спланированных крупномасштабных рандомизированных исследований.

## Рекомендация

**Рекомендуется предлагать МСМ и трансгендерным лицам целевую информацию на базе Интернета для снижения рискованного сексуального поведения и повышения уровня использования тестирования на ВИЧ/ИППП и консультирования вместо того, чтобы не предлагать им такую информацию.**

*Условная рекомендация, очень низкое качество доказательств*

### **Дополнительные замечания**

Будущие исследования должны быть направлены на изучение биологических исходов, проводиться в странах с низким и средним уровнем доходов и включать трансгендерных лиц.

### **8.3.4. Стратегии социального маркетинга**

#### *Исходные данные*

Кампании социального маркетинга для профилактики ВИЧ-инфекции среди популяций высокого риска проводились, начиная с самых ранних этапов эпидемии ВИЧ.<sup>103,104</sup> Однако до настоящего времени не проводился систематический обзор данных для оценки эффективности проведения подобных кампаний среди МСМ и трансгендерных лиц. Показано, что среди различных групп населения и в различных условиях социальный маркетинг может изменять или стимулировать связанное со здоровьем поведение в отношении широкого спектра медицинских проблем.<sup>105,106,107</sup> Для МСМ и трансгендерных лиц существует множество индивидуальных, социокультурных, общественных и структурных факторов, которые могут стать препятствиями к использованию практик более безопасного секса или обращению за тестированием на ВИЧ/ИППП и консультированием. В отношении изменения поведения социальный маркетинг направлен на устранение барьеров на пути к достижению желательного поведения и получения большей пользы от его изменения.

#### *Научные данные*

Стратегия поиска была сосредоточена на исследованиях, в которых оценивали эффективность местных или региональных кампаний по социальному маркетингу/продвижению брендов для повышения осведомленности и увеличения обращения за тестированием на ВИЧ/ИППП и консультирование среди МСМ и трансгендерных лиц. Обнаружено три обсервационных исследования, удовлетворявших критериям поиска (Приложение 3).<sup>108,109,110</sup> Не обнаружено данных о воздействии на появление новых случаев и распространенность ВИЧ/ИППП.

Рейтинг всех исследований был понижен из-за неудовлетворительного дизайна и погрешностей. Вмешательства были направлены только на МСМ и не охватывали трансгендерных лиц. Данные о значительном повышении частоты ТИК после проведения мультимедийных кампаний социального маркетинга отличались очень низким качеством. И ни одно из исследований не проводилось в стране с низким или средним уровнем доходов.

\* Все приложения можно найти на веб-сайте ВОЗ (<http://www.who.int/hiv>).

### *Обобщение полученных данных*

В трех исследованиях изучали воздействие мультимедийных кампаний социального маркетинга на повышение частоты использования тестирования на сифилис и ВИЧ-инфекцию (или на обе инфекции) и консультирования. В двух исследованиях повышение частоты тестирования и консультирования после проведения таких кампаний не выявлено. В одном исследовании выявлено повышение частоты ТИК после вмешательства в наблюдаемой популяции МСМ. В этом исследовании после проведения мультимедийной кампании число МСМ, которые прошли тестирование на ВИЧ в месте проведения исследования, возросло с 65 до 292 человек ( $P < 0,001$ ).<sup>110</sup> Комбинированное отношение шансов (OR) для двух исследований по воздействию социального маркетинга на ТИК составило 1,58 (95% CI: 1,4–1,77). Не было выявлено пользы от проведенных кампаний в отношении тестирования на ИППП и консультирования (OR: 0,94; 95% CI: 0,68–1,28).<sup>108,109</sup>

### *Преимущества и риски*

Преимущества перевешивают риски.

### **Приемлемость и осуществимость**

Приемлемость не оценивалась. Некоторые стратегии социального маркетинга, направленные на МСМ, применялись в прошлом, но их осуществимость связана с затратами, зависящими от вида используемых СМИ. Для социального маркетинга, направленного на МСМ и трансгендерных лиц, почти наверняка необходима социальная среда, в которой однополая сексуальная практика не криминализована.

### *Дополнительные темы для обсуждения и направления научных исследований*

Социальный маркетинг должен стать частью комплексного пакета вмешательств, направленных на увеличение потребления услуг. Эти вмешательства были эффективными в достижении населения в целом и других, не относящихся к МСМ целевых групп. При проведении кампаний необходимо учитывать существующий уровень гомофобии с тем, чтобы избежать обострения ситуации. К разработке и реализации социальных маркетинговых кампаний необходимо привлечь сообщества.

Ни одно из включенных в этот обзор исследований не отслеживало биологических исходов. Нет данных о воздействии какого-либо из этих вмешательств на появление новых случаев и распространенность ВИЧ/ИППП. Будущие исследования должны быть направлены на устранение этого пробела. Ни одно из трех исследований, включенных в данный обзор, не проводилось в стране с низким или средним уровнем доходов и не охватывало трансгендерных лиц. В будущем необходимо провести исследования с участием трансгендерных лиц в странах с низким и средним уровнем доходов.

### *Основные положения*

- Показано, что среди различных групп населения в различных условиях социальный маркетинг может изменять или стимулировать связанное со здоровьем поведение в отношении широкого спектра медицинских проблем. Однако систематический обзор для оценки эффективности этих вмешательств среди МСМ не проводился.

- Три включенных исследования изучали воздействие мультимедийных кампаний на повышение частоты тестирования на сифилис, ВИЧ-инфекцию (или обе инфекции) и консультирования. Одно исследование показало значительное увеличение частоты ТИК в популяции МСМ после проведения вмешательства.
- Хотя преимущества перевешивают риски, необходимы дальнейшие исследования.
- Приемлемость не оценивалась. Такие кампании проводились ранее, следовательно, после рассмотрения вопросов, связанных с затратами, которые зависят от используемых СМИ, они потенциально выполнимы.

### Рекомендация

**Рекомендуется применение стратегий социального маркетинга для повышения частоты использования МСМ и трансгендерными лицами тестирования на ВИЧ/ИППП и консультирования, а также других услуг, связанных с ВИЧ, вместо отказа от применения таких стратегий.**

*Условная рекомендация, очень низкое качество доказательств*

#### **Дополнительные замечания**

Нет данных о воздействии этого вмешательства на появление новых случаев и распространенность ВИЧ/ИППП. При проведении будущих исследований в странах с низким и средним уровнем доходов необходимо рассмотреть эти вопросы.

### 8.3.5. Стратегии аутрич-работы в местах встреч для сексуальных контактов

#### *Исходная информация*

Значительная часть МСМ сообщает о сексуальном поведении высокого риска в общественных местах (то есть не в домашних условиях), где мужчины встречаются для случайных, как правило, анонимных сексуальных контактов.<sup>111,112,113</sup> Известны такие места встреч, как бани, сауны, секс-клубы и спортивно-оздоровительные клубы. В заведениях такого типа МСМ предоставляется основная возможность заниматься сексом в помещении. К другому типу относятся такие общественные места, как парки, пляжи, аллеи, общественные туалеты, или коммерческие предприятия (например, книжные магазины для взрослых, подсобные помещения баров, места показов фильмов для взрослых).<sup>114</sup> Предположительно, профилактические вмешательства в местах встреч могли бы привести к значительным успехам в уменьшении распространенности ВИЧ среди МСМ, практикующих поведение высокого риска.

#### *Научные данные*

Стратегия поиска была направлена на исследования, оценивавшие вмешательства, проводимые в местах встреч МСМ для распространения/доставки целевых посланий общественного здравоохранения. Данные получены из одного обсервационного исследования, удовлетворявшего стандартам поиска (Приложения 3, 7)<sup>115</sup>. Качество этих научных данных очень низкое. Не

\* Все приложения можно найти на веб-сайте ВОЗ (<http://www.who.int/hiv>).

обнаружено сведений о воздействии на появление новых случаев и распространенность ВИЧ или ИППП. Вмешательства были направлены только на МСМ, не охватывали трансгендерных лиц и проводились в стране с высоким уровнем доходов.

#### *Обобщение полученных данных*

В исследовании проведены обзор и оценка эффекта от предложения МСМ пройти ТИК в месте встречи с сексуальными партнерами, на частоту сообщенного незащищенного анального секса в течение трех месяцев наблюдения. Рейтинг полученных результатов был снижен из-за их опосредованности и очень низкого качества данных. Сообщалось о 40%-ном снижении частоты незащищенного анального секса среди тех, кто был охвачен вмешательством, по сравнению с теми, на кого оно не распространялось (RR 0,60; 95% CI: 0,40–0,90). В исследовании в качестве основного исхода использовалось сообщение участников о незащищенном анальном сексе, и был установлен защитный эффект вмешательства, несмотря на вышеописанные методологические ограничения.

#### *Преимущества и риски*

Преимущества перевешивают риски.

#### *Приемлемость и осуществимость*

Ни то, ни другое напрямую не оценивалось. Однако анализ моральных ценностей и предпочтений свидетельствует о необходимости благоприятной среды для проведения поведенческих вмешательств в местах встреч для сексуальных контактов.<sup>66</sup>

#### *Дополнительные темы для обсуждения и направления научных исследований*

Исключались такие общественные места встреч, как парки и общественные туалеты. В этом контексте вмешательства ограничиваются только предоставлением информации. Нет данных о воздействии этого вмешательства на частоту появления новых случаев и распространенность ВИЧ или ИППП. Необходимо рассмотреть эти вопросы при проведении исследований в будущем. Единственное обнаруженное исследование проводилось в стране с высоким уровнем доходов. Необходимы исследования в странах с низким и средним уровнем доходов. В дальнейшем необходимо изучить эффект от использования наряду с ТИК других вмешательств (например, по предоставлению и использованию презервативов).

#### *Основные положения*

- Значительная часть МСМ сообщает о поведении высокого риска в общественных местах встреч для сексуальных контактов (то есть не в домашних условиях), где мужчины встречаются для случайных, как правило, анонимных половых контактов. Предположительно, профилактические вмешательства в местах сексуальной активности могли бы привести к значительным успехам в уменьшении распространенности ВИЧ среди МСМ, практикующих поведением высокого риска.
- Отмечено 40%-ное снижение частоты незащищенного анального секса среди тех, кто был охвачен вмешательством, по сравнению с теми, на кого оно не распространялось.
- Преимущества перевешивают риски.

- Приемлемость не оценивалась. Однако для выполнения поведенческих вмешательств в местах встреч для сексуальных контактов необходима благоприятная среда.

### Рекомендация

**Рекомендуется внедрение стратегий аутрич-работы в общественных местах встреч для сексуальных контактов с целью снижения рискованного сексуального поведения и повышения частоты использования тестирования на ВИЧ и консультирования среди МСМ и трансгендерных лиц вместо отказа от внедрения таких стратегий.**

*Условная рекомендация, очень низкое качество доказательств*

#### **Дополнительные замечания**

Нет данных о воздействии этого вмешательства на появление новых случаев и распространенность ВИЧ или ИППП. При проведении будущих исследований в странах с низким и средним уровнем доходов необходимо рассмотреть эти вопросы. В дальнейшем необходимо изучить эффект от использования наряду с ТИК других вмешательств (например, по предоставлению и использованию презервативов).

## **8.4. Употребление психоактивных веществ и профилактика инфекций, передающихся с кровью**

### **8.4.1. Вмешательства по охране психического здоровья для потребителей психоактивных веществ**

#### *Исходная информация*

Употребление алкоголя и других ПАВ/зависимость от них являются проблемой для многих МСМ и трансгендерных лиц, и ассоциируется со значительным уровнем заболеваемости и смертности.<sup>52</sup> Роль потребления инъекционных наркотиков в повышении риска ВИЧ-инфекции вследствие использования контаминированного оборудования для инъекций хорошо документирована.<sup>116</sup> Но, кроме того, злоупотребление алкоголем и зависимость от алкоголя и других ПАВ ассоциируется со снижением способности помнить о мерах профилактики или повышенным риском из-за сексуального растормаживания (нередко намеренного, как в случае приема таких возбуждающих средств, как кокаин и метамфетамин).<sup>117</sup> Коммерческий секс ради получения наркотиков также повышает риск ВИЧ-инфекции.<sup>118</sup>

#### *Концептуальная основа рекомендаций*

В Программе действий ВОЗ по устранению пробелов в области охраны психического здоровья (2010 г.), разработанной для борьбы с психическими и неврологическими расстройствами, а также расстройствами, связанными с употреблением ПАВ<sup>118,119</sup>, предлагаются основанные на доказательствах конкретные вмешательства по профилактике и лечению злоупотребления и зависимости для обеспечения эффективности и осуществимости при наращивании их масштабов. Они включают:

- Скрининг и краткосрочные вмешательства в связи со злоупотреблением ПАВ, которые проводят специально подготовленные работники служб первичной медико-санитарной помощи
- Меры по снижению вреда, связанные с употреблением ПАВ
- Сочетание краткосрочных и более комплексных вмешательств по борьбе с наркозависимостью, включая:
  - фармакотерапию зависимости от опиатов с использованием агонистов опиатов длительного действия, таких как метадон или бупренорфин, наряду с психосоциальной поддержкой
  - рекомендации по детоксикации и оказанию помощи в предупреждении рецидива употребления всех других ПАВ
  - направление к специалистам по лечению химической зависимости и поддерживающее наблюдение, если необходимо.

*Дополнительные темы для обсуждения и направления научных исследований*

Эпидемиология потребления наркотиков, наиболее распространенных среди МСМ и трансгендерных лиц (включая так называемые “клубные наркотики”, такие как метамфетамин), должна стать приоритетной областью научных исследований. Основное внимание необходимо уделять частоте и способу потребления (оральный, ингаляционный, инъекционный), географическому распространению и профилактическим вмешательствам.

*Основное положение*

- У многих МСМ и трансгендерных лиц существуют проблемы, связанные со злоупотреблением алкоголем и наркотиками/химической зависимостью, что повышает риск заражения ВИЧ-инфекций из-за растормаживания. Коммерческий секс ради получения наркотиков также увеличивает риск ВИЧ-инфекции.

**Рекомендация**

**МСМ и трансгендерные лица, злоупотребляющие алкоголем или другими психоактивными веществами, должны иметь доступ к научно обоснованным краткосрочным психосоциальным вмешательствам, включающим проведение оценки, обеспечение конкретной обратной связи и предоставление совета.**

*В соответствии с действующим руководством ВОЗ<sup>19</sup>*

**Дополнительные замечания**

Эпидемиология потребления наркотиков, наиболее распространенных среди МСМ и трансгендерных лиц (включая так называемые “клубные наркотики”, такие как метамфетамин), должна стать приоритетной областью научных исследований. Основное внимание необходимо уделять частоте и способу потребления, географическому распространению и профилактическим вмешательствам.



#### 8.4.2. Снижение вреда при потреблении инъекционных наркотиков

##### *Исходная информация*

МСМ и трансгендерные лица, употребляющие инъекционные наркотики, подвергаются повышенному риску заражения ВИЧ через контаминированное оборудование для инъекций. Нижеследующие рекомендации сосредоточены на предоставлении стерильного оборудования для инъекций<sup>120,121,122,123</sup> и опиоидной заместительной терапии (ОЗТ).<sup>124</sup>

##### *Концептуальная основа рекомендаций*

Найдено несколько исчерпывающих обзоров научных данных о программах обмена игл и шприцев (ПОИШ) и ОЗТ. Все они подтвердили эффективность ПОИШ в снижении распространенности ВИЧ, а ОЗТ – в снижении частоты использования инъекционных наркотиков. Этот вывод получил дополнительное подтверждение в недавних обзорах, поскольку появилось больше данных лучшего качества.

Имеются убедительные доказательства того, что повышение доступности и использования стерильного оборудования для инъекций потребителями инъекционных наркотиков значительно снижает инфицирование ВИЧ. Есть также данные о том, что доступность стерильного оборудования для инъекций в аптеках имеет определенные преимущества помимо тех, которые связаны с ПОИШ. Продемонстрирована высокая эффективность ОЗТ с применением метадона или бупренорфина для снижения рискованного инъекционного поведения, подвергающего потребителей наркотиков риску инфицирования ВИЧ. Кроме того, показано, что ОЗТ улучшает доступ к АРТ, так и приверженность ее соблюдению, а также снижает смертность.<sup>120</sup>

Отсутствуют убедительные доказательства того, что доступ к ПОИШ или ОЗТ ускоряет начало употребления нелегальных или инъекционных наркотиков, повышает продолжительность или частоту их употребления. Преимущества перевешивают возможные риски. ПОИШ и ОЗТ рентабельны и могли бы приносить дополнительную и весомую пользу (например, увеличение набора в программы наркологического лечения и, возможно, обращения в службы первичной медико-санитарной помощи, а также за услугами в связи с ИППП, туберкулезом и вирусными гепатитами).<sup>121</sup>

По каждому отдельно взятому вмешательству нет данных, подтверждающих, что их защитный эффект достаточно выражен, чтобы гарантировать контроль ВИЧ-инфекции, но представляется, что совокупный эффект нескольких вмешательств по снижению вреда обычно приводит к успеху в поддержании контроля ВИЧ. Доступность стерильных игл и шприцев следует рассматривать как систему и, следовательно, если сообщества хотят контролировать ВИЧ-инфекцию, связанную с потреблением наркотиков, она должна поддерживаться рядом дополнительных мер. В отношении МСМ и трансгендерных лиц, употребляющих наркотики, такие вмешательства должны дополняться программами по охране сексуального здоровья и другими вмешательствами, упомянутыми в этих рекомендациях.

### *Дополнительные темы для обсуждения и направления научных исследований*

Следует лучше охарактеризовать модели потребления инъекционных наркотиков МСМ и трансгендерными лицами.

#### *Основное положение*

Многие МСМ и трансгендерные лица употребляют инъекционные наркотики. Такая практика часто ассоциируется с повышенным риском инфицирования ВИЧ вследствие использования контаминированного оборудования.

### **Рекомендация**

**МСМ и трансгендерные лица, употребляющие инъекционные наркотики, должны иметь доступ к программам обмена игл и шприцев и опиоидной заместительной терапии.**

*В соответствии с действующим руководством ВОЗ<sup>120,124</sup>*

#### **Дополнительные замечания**

Необходимо продолжить изучение моделей потребления инъекционных наркотиков МСМ и трансгендерными лицами.

### **8.4.3. Безопасные инъекции для трансгендерных лиц, использующих процедуры по усилению вторичных половых признаков**

#### *Исходная информация*

Имеются ограниченные литературные данные о безопасной практике проведения инъекций препаратов трансгендерными людьми с целью усиления вторичных половых признаков. Большинство исследований проводилось среди трансгендерных лиц в Соединенных Штатах Америки. Инъекции гормонов – наиболее распространенная практика усиления вторичных половых признаков среди трансгендерных лиц.<sup>27,125,126</sup> Гормональная терапия должна назначаться и проводиться медицинским персоналом. Однако нередко трансгендерные лица достают гормоны не в медицинских учреждениях и делают себе инъекции самостоятельно.<sup>127</sup> Научные данные дают основания полагать, что введение гормонов под наблюдением медицинского персонала способствует рассмотрению других медицинских потребностей этой группы, включая профилактику ВИЧ.<sup>128,129,130</sup> Инъекции силикона – менее распространенная практика, которая чаще, чем в других регионах, используется в Южной Африке, где документально подтверждена практика инъекционного введения промышленного силикона.<sup>127</sup> Инъекции промышленного силикона является потенциально вредным и необратимым процессом, который не следует поощрять.<sup>131</sup>

#### *Концептуальная основа рекомендаций*

Убедительных доказательств связи между инъекциями гормонов и силикона и заражением ВИЧ-инфекцией нет, но учитывая, что эти вещества часто вводятся самостоятельно, существует потенциальный риск совместного использования игл и, следовательно, передачи ВИЧ.<sup>132</sup>

Как указано в “Руководящих принципах обеспечения безопасности устройств для инъекций”,<sup>133</sup> использование стерильного оборудования для инъекций и безопасная практика инъекций снижают риск инфекций, вызванных такими передающимися через кровь патогенами, как ВИЧ, ВГВ и ВГС, и это вмешательство следует рекомендовать. Преимущества перевешивают риски.

#### *Дополнительные темы для обсуждения и направления научных исследований*

Необходимо лучше охарактеризовать модели использования инъекций препаратов для усиления вторичных половых признаков трансгендерными лицами во всем мире.

#### *Основное положение*

- Инъекции гормонов – самая распространенная практика, которая используется трансгендерными лицами для усиления вторичных половых признаков, и описанная в нескольких регионах мира.

### Рекомендация

**Трансгендерные лица, использующие инъекции различных веществ для усиления вторичных половых признаков, должны применять стерильное оборудование для инъекций и практиковать безопасное инъекционное поведение для снижения риска инфекций, вызванных такими передающимися через кровь патогенами, как ВИЧ, ВГВ и ВГС.**

*В соответствии с действующим руководством ВОЗ<sup>134</sup>*

#### **Дополнительные замечания**

Необходимо лучше охарактеризовать модели использования инъекций для усиления вторичных половых признаков трансгендерными лицами.

## 8.5. Помощь и лечение при ВИЧ-инфекции

### 8.5.1. Антиретровирусная терапия для МСМ и трансгендерных лиц, живущих с ВИЧ

#### *Исходная информация*

Антиретровирусная терапия (АРТ) является основным медикаментозным компонентом широкого и комплексного ведения случая ВИЧ-инфекции. За последние десятилетия благодаря АРТ значительно снизились заболеваемость и смертность, связанные с ВИЧ. С учетом того, что АРТ представляет собой биологически направленное вмешательство, при котором сексуальная идентичность играет минимальную роль или не играет никакой роли в отношении какого-либо ожидаемого исхода, нет биологических или каких-то других причин дифференцировать рекомендации по АРТ для МСМ и трансгендерных лиц от рекомендаций, сформулированных для других популяций (за исключением ВИЧ-инфицированных беременных женщин и новорожденных).

Необходимо также подчеркнуть важность континуума профилактики и лечения в реагировании на эпидемию ВИЧ.<sup>14</sup> Недавно стали появляться данные о том, что АРТ обладает профилактическим действием.<sup>97,135</sup> Однако эти сведения еще предстоит подтвердить в исследованиях с участием MSM и трансгендерных лиц.

#### *Концептуальная основа рекомендаций*

Рекомендации о времени начала АРТ, оптимальных режимах АРТ, ведении коинфекций (сочетание с туберкулезом и хроническими вирусными гепатитами), а также случаев неудачи АРТ среди популяций MSM и трансгендерных лиц, должны соответствовать недавно обновленным рекомендациям, выпущенным ВОЗ.<sup>136</sup>

Полученные в результате консенсуса рекомендации, представленные в руководствах ВОЗ по АРТ, поддерживают более раннюю диагностику ВИЧ-инфекции и назначение АРТ, а также поощряют применение менее токсичных схем и более целенаправленного лабораторного мониторинга. В рекомендациях представлены наиболее потенциально эффективные и осуществимые схемы лечения первого ряда, второго ряда и последующие схемы, которые можно использовать у большинства контингентов; оптимальное время начала АРТ; улучшенные критерии перехода на другую схему АРТ; а также концепция использования схем АРТ третьего ряда.

Основные аспекты АРТ, представленные в рекомендациях:

- 1) АРТ следует назначать пациентам с числом CD4  $\leq 350$  клеток/мм<sup>3</sup> независимо от наличия или отсутствия клинических симптомов, а также пациентам с клинической стадией ВИЧ-инфекции 3 или 4 (по классификации ВОЗ), если невозможно определить число CD4.
- 2) Необходимо способствовать назначению АРТ всем ВИЧ-инфицированным лицам, у которых диагностируется активная форма ТБ или гепатита В.
- 3) Схема АРТ первого ряда должна состоять из нуклеозидного ингибитора обратной транскриптазы (ННИОТ) и двух нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы (НИОТ), одним из которых должен быть зидовудин или тенофовир.
- 4) АРТ второго ряда должна состоять из ингибитора протеазы (ИП), усиленного ритонавиром, и двух НИОТ, одним из которых должен быть зидовудин или тенофовир, в зависимости от того, какой препарат входил в схему первого ряда.
- 5) Все пациенты должны иметь доступ к определению числа клеток CD4 для оптимизации помощи до назначения АРТ и проведения АРТ.

#### *Дополнительные темы для обсуждения и направления научных исследований*

Важно, чтобы национальные программы по АРТ и лидеры общественного здравоохранения рассматривали эти рекомендации в контексте эпидемии ВИЧ-инфекции в своих странах с учетом сильных и слабых сторон систем здравоохранения, а также доступности финансовых, кадровых и других жизненно важных ресурсов. К процессу внедрения этих рекомендаций следует подходить с осторожностью, чтобы не подрывать уже проводящиеся программы лечения; защитить доступ к услугам для ключевых популяций, подвергающихся повышенному риску заражения; достичь максимального воздействия на максимальное число людей; и обеспечить устойчивость вмешательств. Также важно убедиться, что внедрение этих рекомендаций не нанесет урон проводимым или планируемым научным исследованиям, поскольку новые рекомендации от-

ражают современное состояние знаний, а для устойчивого развития и будущих модификаций существующих руководящих принципов понадобится новая информация. Эффективность АРТ для профилактики ВИЧ-инфекции подтверждена, в основном, в когорте гетеросексуальных серодискордантных пар в исследовании HPTN 052.<sup>87</sup> Необходимо также провести исследования эффективности АРТ для профилактики ВИЧ-инфекции среди серодискордантных пар MSM и трансгендерных лиц.

#### *Основное положение*

- С учетом того, что АРТ представляет собой биомедицинское вмешательство, при котором сексуальная идентичность играет минимальную роль или не играет никакой роли в отношении какого-либо ожидаемого результата, нет биологических или каких-то других причин дифференцировать рекомендации по АРТ для MSM и трансгендерных лиц от рекомендаций, сформулированных для других контингентов взрослых и подростков.

### Рекомендация

**MSM и трансгендерные лица, живущие с ВИЧ, должны иметь такой же доступ к АРТ, как и другие группы населения. АРТ следует назначать при числе CD4  $\leq 350$  клеток/мм<sup>3</sup> и пациентам с 3 или 4 клинической стадией ВИЧ-инфекции (по классификации ВОЗ), если невозможно определить число CD4. Доступ должен также включать ведение оппортунистических инфекций, сопутствующей патологии и случаев неудачи лечения.**

*В соответствии с действующим руководством ВОЗ<sup>136</sup>*

## **8.5.2. Другие профилактические и лечебные вмешательства для MSM и трансгендерных лиц, живущих с ВИЧ**

### *Исходная информация*

Предоставление комплексных услуг MSM и трансгендерным лицам, живущим с ВИЧ, следует начинать до назначения АРТ. В условиях ограниченных ресурсов люди, живущие с ВИЧ, должны иметь доступ к жизненно важным вмешательствам, направленным как на профилактику заболевания, так и на предупреждение инфицирования ВИЧ. В соответствии с концепцией всеобщего доступа, одобренной Большой восьмеркой (G8), предпринимаются усилия по наращиванию масштабов всех профилактических вмешательств (включая ТИК) и их интеграции с предоставлением помощи и лечения людям, живущим с ВИЧ. Расширение ТИК значительно увеличит число людей, живущих с ВИЧ, которые знают свой статус и которым могут принести пользу связанные с ВИЧ комплексные услуги по профилактике, помощи и лечению.

Все люди, живущие с ВИЧ, которым клинически показана АРТ, должны иметь доступ к ней. Люди, живущие с ВИЧ, независимо от того, показана им АРТ или нет, также должны получать пользу от основных мер по профилактике и помощи, в том числе от эффективных вмешательств, которые являются простыми в осуществлении, относительно недорогими, улучшающими качество жизни, предотвращающими передачу ВИЧ или распространенных оппортунистических инфек-

ций, замедляющих прогрессирование ВИЧ-инфекции и, в конечном итоге, предупреждающим смертельный исход.

#### *Концептуальная основа рекомендаций*

Эта рекомендация направлена на профилактику дальнейшего распространения ВИЧ и на предупреждение эпизодов распространенных оппортунистических инфекций, а не на их длительном лечении. Профилактика передачи ВИЧ должна быть интегрирована с услугами по предоставлению помощи и лечения, адаптированных к потребностям стран. В основном, эта рекомендация предназначена для руководителей национальных и субнациональных программ по ВИЧ/СПИДу, НПО, оказывающих услуги, связанные с ВИЧ, а также политиков, участвующих в мероприятиях по наращиванию масштабов услуг по профилактике, помощи и лечению, связанных с ВИЧ. Эта рекомендация также должна быть полезной для врачей и других поставщиков услуг по профилактике и лечению, которые предоставляются людям, живущим с ВИЧ.<sup>136</sup>

На основе обзора научных данных следующие области вмешательств рассматриваются как низкочрезвычайно важные и особенно важные для людей, живущих с ВИЧ:

1. Психологическое консультирование и поддержка
2. Раскрытие статуса, уведомление партнера, тестирование на ВИЧ и консультирование
3. Профилактика оппортунистических инфекций котримоксазолом
4. Профилактика туберкулеза
5. Профилактика грибковых инфекций
6. Профилактика инфекций, передаваемых половым путем, и других инфекций репродуктивного тракта
7. Профилактика малярии
8. Вакцинация против некоторых вакциноуправляемых инфекций (гепатит В, пневмококковая инфекция, грипп и желтая лихорадка)
9. Правильное питание
10. Планирование семьи
11. Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку
12. ПОИШ и ОЗТ
13. Вода, санитария и гигиена

После начала АРТ польза от многих из этих вмешательств не уменьшится, поэтому их следует проводить параллельно с лечением.

#### *Дополнительные темы для обсуждения и направления научных исследований*

Задача этих рекомендаций заключается в предоставлении глобальных технических, научно обоснованных рекомендаций по проведению профилактических и лечебных вмешательств (помимо АРТ), на получение которых должны рассчитывать люди, живущие с ВИЧ в условиях ограниченных ресурсов, в рамках медицинского обслуживания. Целью рекомендаций является также содействие расширению вмешательств по инициативе поставщиков услуг, направленных на профилактику ВИЧ-инфекции, помощь и лечение (помимо АРТ) у взрослых и подростков, живущих с ВИЧ.

### Основное положение

- Предоставление комплексной помощи МСМ и трансгендерным лицам, живущим с ВИЧ, следует начинать до назначения АРТ. Люди, живущие с ВИЧ в условиях ограниченных ресурсов, должны иметь доступ к жизненно важным вмешательствам, направленным на профилактику как заболевания, так и на передачи ВИЧ.

### Рекомендация

**МСМ и трансгендерные лица, живущие с ВИЧ, должны иметь доступ к жизненно важным вмешательствам для профилактики заболевания и передачи ВИЧ, включая помощь, поддержку и АРТ (но не ограничиваясь ими).**

*В соответствии с действующим руководством ВОЗ<sup>137</sup>*

#### Дополнительные замечания

Задача этих рекомендаций заключается в предоставлении глобальных технических, научно обоснованных рекомендаций по проведению профилактических и лечебных вмешательств (помимо АРТ), на получение которых должны рассчитывать люди, живущие с ВИЧ в условиях ограниченных ресурсов, в рамках медицинского обслуживания.

## 8.6. Профилактика и лечение других инфекций, передаваемых половым путем

### 8.6.1. Синдромный подход к ведению инфекций, передаваемых половым путем

#### Исходные данные

ИППП являются важнейшей проблемой общественного здравоохранения. Показатель заболеваемости острыми ИППП среди МСМ и трансгендерных лиц во многих странах остается высоким.<sup>138,139</sup> Неспособность обеспечить раннюю диагностику и лечение ИППП может привести к серьезным осложнениям и неблагоприятным последствиям, включая бесплодие, аногенитальный рак и преждевременную смерть. Расходы отдельных лиц и государств на оказание помощи при ИППП могут быть значительными.<sup>138,140,141</sup>

К наиболее распространенным симптомам и признакам ИППП у МСМ и трансгендерных лиц (помимо проявлений со стороны урогенитального тракта) относятся проявления, характерные для ректальных инфекций. Во время клинической оценки необходимо также обращать внимание на аноректальные признаки и симптомы хламидийной инфекции и гонореи, так как тестирование с использованием методов амплификации нуклеиновых кислот (МАНК) показывает, что обе эти инфекции широко распространены в этой популяции.<sup>13,139,142</sup> В настоящее время ВОЗ обновляет свои руководства по синдромному ведению пациентов с ИППП, в том числе алгоритм по ведению аноректальных инфекций.<sup>142</sup>

#### Концептуальная основа рекомендаций

Синдромный подход к ведению ИППП основан на выявлении соответствующей группы симптомов и легко распознаваемых признаков (синдромов), а также проведении лечения (при возмож-

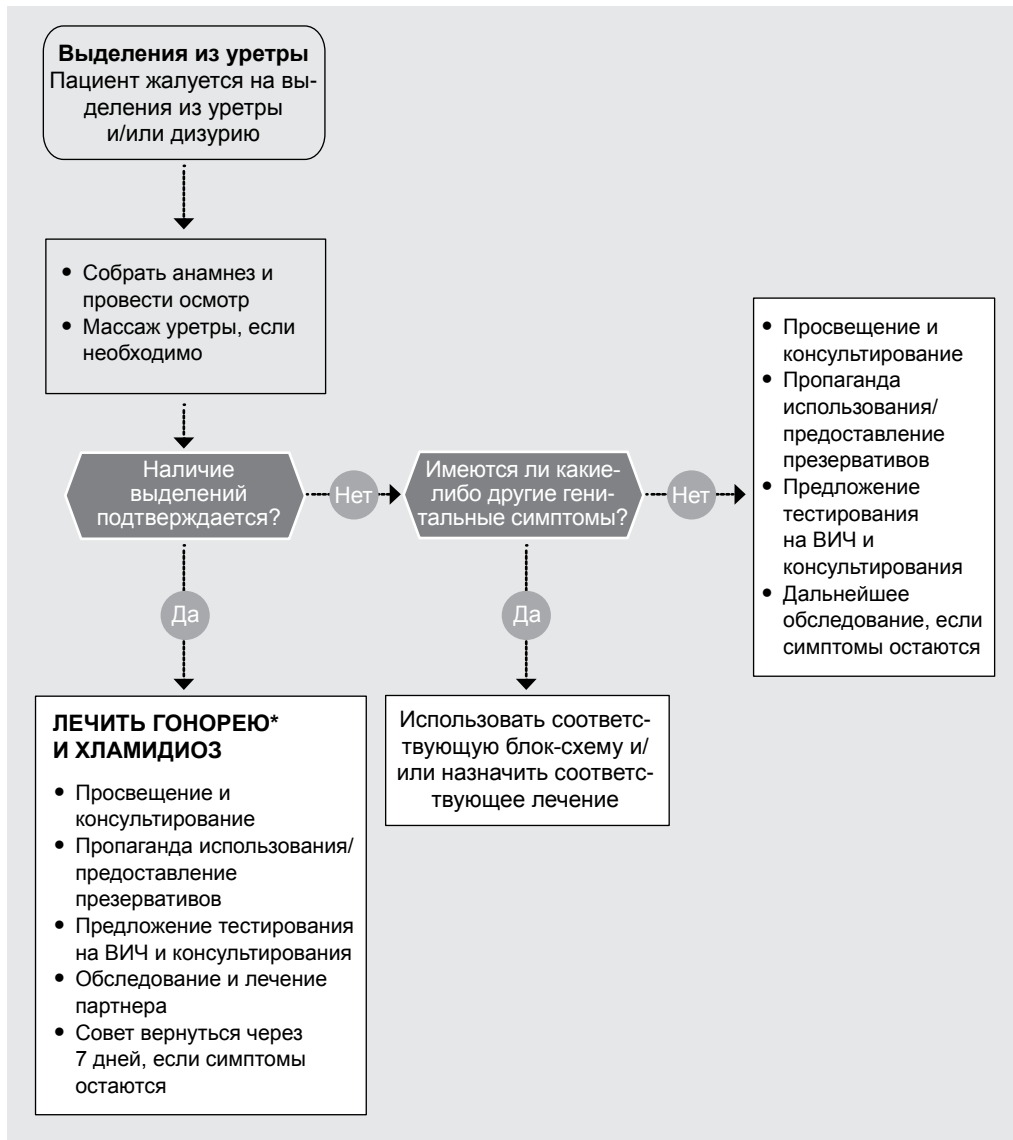
ности одной дозой препарата), эффективного против большинства возбудителей или наиболее важных микроорганизмов, вызывающих связанный с ИППП синдром.<sup>143</sup> У МСМ и трансгендерных лиц при синдромном подходе необходимо рассматривать не только наиболее распространенные симптомы и признаки (такие как выделения из уретры и генитальные язвы), но и возможность аноректальных инфекций. Таким образом, при проведении клинической оценки следует также обращать внимание на симптомы, связанные с аноректальной патологией, – анальные язвы и выделения из ануса. Ниже обсуждаются основные синдромы, связанные с ИППП, особенно характерные для популяций МСМ и трансгендерных лиц.

### Выделения из уретры (Рисунок 3)

МСМ и трансгендерных лиц, предъявляющих жалобы на выделения из уретры и/или дизурию, необходимо осмотреть для установления наличия выделений. При отсутствии выделений при внешнем осмотре для получения пригодного для анализа образца материала следует провести осторожный массаж уретры в направлении от вентральной части полового члена к наружному отверстию уретры. Основные патогены, вызывающие выделения из уретры, – *Neisseria gonorrhoeae* (*N. gonorrhoeae*) и *Chlamydia trachomatis* (*C. trachomatis*). Синдромный подход должен включать лечение обеих инфекций. При возможности проведения лабораторного исследования оно позволяет определить, какой из двух микроорганизмов является причиной заболевания и назначить специфическое лечение.



**Рисунок 3.** Алгоритм ведения пациентов с выделениями из уретры



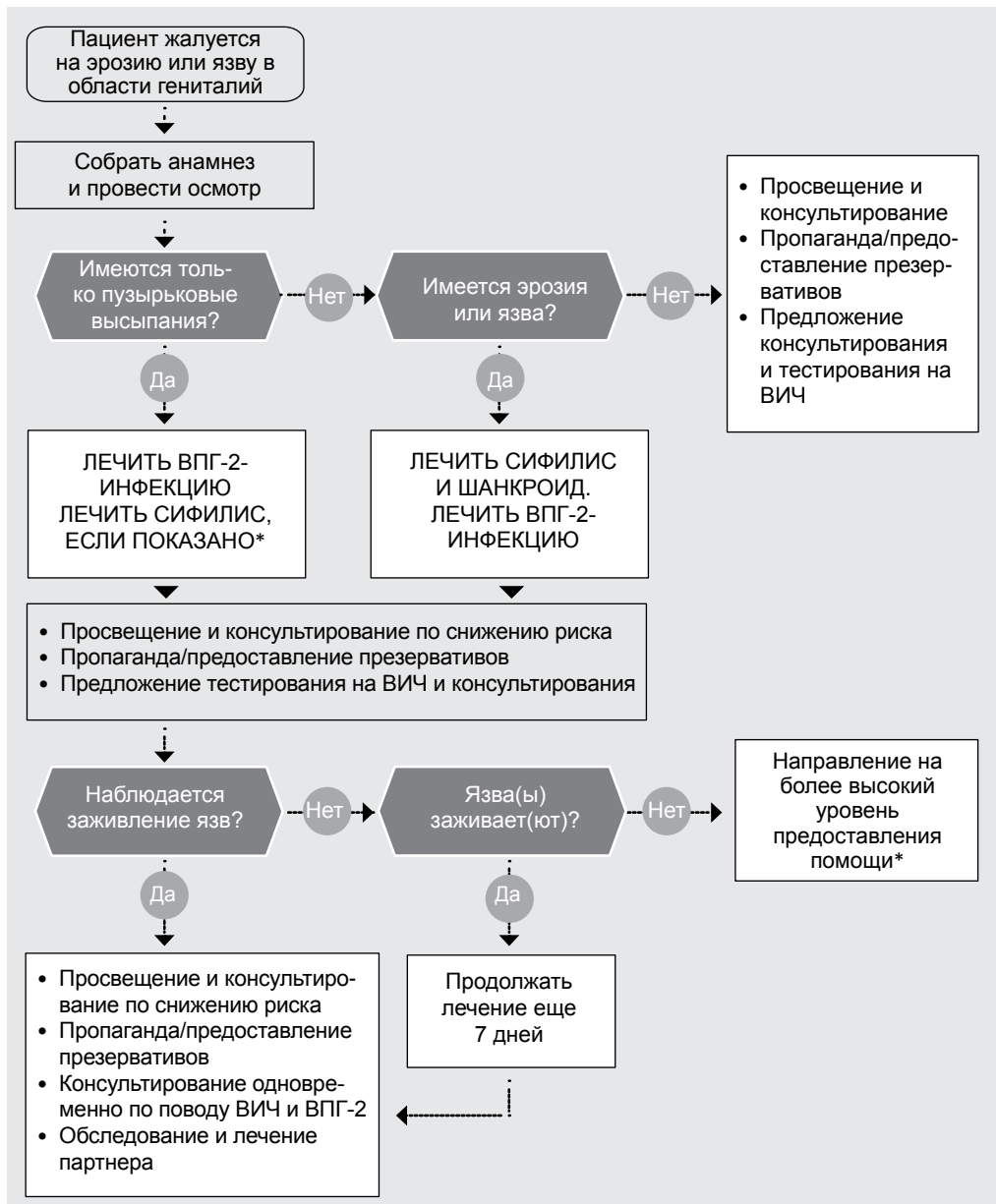
\* Если возможно проведение микроскопии, использовать окраску мазка образца выделений из уретры по Граму. Если грамотрицательные, расположенные внутриклеточные диплококки не обнаружены, можно провести лечение только хламидийной инфекции.

#### Генитальные язвы (Рисунок 4)

Дифференциальная диагностика генитальных язв на основании клинических симптомов и признаков невозможна, особенно в условиях и в популяциях, в которых этиологические факторы могут быть самыми разными.<sup>144</sup> ВИЧ-инфекция может еще больше видоизменять клинические проявления и характерные признаки генитальных язв.<sup>144</sup>

После клинического осмотра, подтверждающего наличие генитальных язв, необходимо назначить соответствующее лечение. В регионах, где распространена инфекция, вызванная ВПГ-2, сифилис и шанкроид, пациентам с генитальными язвами для быстрого выздоровления следует назначить лечение бактериальных инфекций (при изъязвлениях, вызванных ВПГ-2, произойдет спонтанная ремиссия). В областях, где распространены паховая гранулема и венерическая лимфогранулема (ВЛГ), по той же причине необходимо лечить одно или оба этих заболевания. Лабораторное исследование при первичном посещении помогает редко, так как часто встречаются смешанные инфекции.<sup>144</sup> В регионах с высокой распространенностью сифилиса положительный результат серологического теста может отражать перенесенную ранее инфекцию и дать ложную картину состояния пациента. Отрицательный результат теста не позволяет с достоверностью исключить первичную сифилитическую язву на ранней стадии. Результаты нетрепонемных тестов, например RPR-теста (тест быстрых плазменных реактивов), могут оставаться отрицательными, и поэтому их не следует интерпретировать как отсутствие сифилитической инфекции.

**Рисунок 4.** Алгоритм ведения пациентов с генитальными язвами\*

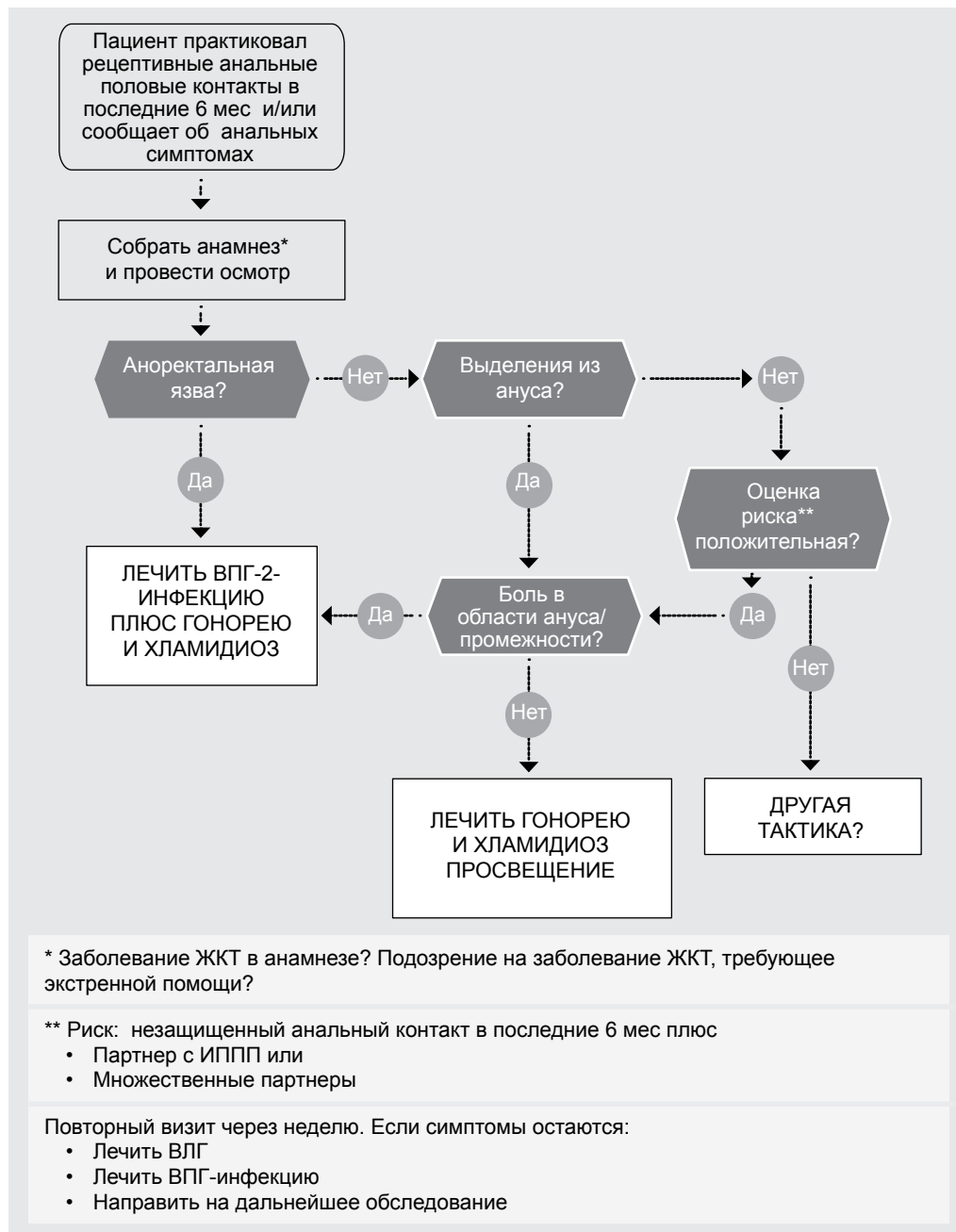


\* Показания для лечения сифилиса: положительный результат RPR-теста или пациент не лечился от сифилиса ранее.

### *Синдромы, связанные с аноректальными инфекциями*

Алгоритм обследования при аноректальной инфекции, который будет включен в пересмотренное в скором времени руководство ВОЗ по ИППП, был представлен на согласительном заседании по рекомендациям для МСМ. Пока не проведена оценка его специфичности и чувствительности. Однако эксперты достигли консенсуса относительно того, что при отсутствии опубликованных научных данных эта блок-схема представляет собой наилучший клинический подход к ведению синдрома. В соответствии с этим алгоритмом, у лиц, сообщивших о рецептивном анальном половом контакте в последние шесть месяцев и/или об анальных симптомах, кроме сбора анамнеза и общего осмотра следует провести осмотр аноректальной области, направленный на поиск двух синдромов, – анальных язв и выделений из ануса. При обнаружении анальных язв пациентам следует предложить лечение ВПГ-2-инфекции, а также хламидиоза и гонореи. При обнаружении выделений из ануса, сопровождающихся болевыми ощущениями, также следует предложить лечение против ВПГ-2-инфекции. При отсутствии боли в качестве потенциальных причин следует рассмотреть хламидиоз и гонорею и предложить соответствующее лечение.

**Рисунок 5.** Алгоритм ведения пациентов с аноректальными инфекциями<sup>142</sup>



В связи с низкой чувствительностью микроскопии этот метод не рекомендуется использовать для диагностики аноректальных инфекций.

Успешное ведение ИППП требует от медицинских работников непредвзятости и уважительного отношения к пациенту. Клинический осмотр должен проводиться в соответствующей обстановке, гарантирующей конфиденциальность. В некоторых ситуациях работникам здравоохранения необходима подготовка для преодоления их собственной чувствительности и получения навыков обсуждения вопросов, связанных с сексуальностью и ИППП, в открытой и конструктивной манере. Для получения более подробной информации см. разработанное ВОЗ «Руководство по ведению инфекций, передаваемых половым путем»<sup>143</sup> и его обновленную версию (публикация ожидается в скором времени).

При исследовании моральных ценностей и предпочтений сообщества МСМ и трансгендерных лиц<sup>66</sup> участники выражали желание, чтобы комплексное обслуживание, включая процедуры скрининга на ИППП, стали частью общего пакета услуг.

Синдромный подход был задуман, в частности для использования в условиях ограниченных ресурсов и доказал свою осуществимость и приемлемость в большинстве стран.<sup>145,146</sup> Скрининг на ИППП среди МСМ (предпочтительно, неинвазивный) также выполним и приемлем и позволяет охватить те группы, которые часто имеют ограниченный доступ к регулярному тестированию на ИППП и консультированию при оказании формальных медицинских услуг.

#### *Дополнительные темы для обсуждения и направления научных исследований*

Необходимо разрабатывать вмешательства по месту жительства для обеспечения устойчивого положительного эффекта вмешательств по ведению ИППП с тем, чтобы свести к минимуму риск повторного инфицирования. Следует уделять больше внимания пропаганде использования синдромного подхода к ведению ИППП у МСМ и трансгендерных лиц.

#### *Основное положение*

- ИППП являются значимой проблемой общественного здравоохранения. Показатель заболеваемости острыми ИППП среди МСМ и трансгендерных лиц остается высоким во многих странах.

### **Рекомендация**

**МСМ и трансгендерным лицам с симптомами ИППП следует обращаться за услугами по синдромному ведению случаев, которые должны им предлагаться.**

*В соответствии с действующим руководством ВОЗ<sup>143</sup>*

#### **Дополнительные замечания**

Необходимо разрабатывать вмешательства по месту жительства для обеспечения устойчивого положительного эффекта вмешательств по ведению ИППП с тем, чтобы свести к минимуму риск повторного инфицирования. Следует уделять больше внимания пропаганде использования синдромного подхода к ведению ИППП у МСМ и трансгендерных лиц.

## 8.6.2. Периодическое тестирование на бессимптомные уретральные и аноректальные инфекции, вызванные *N. gonorrhoeae*, с использованием (1) МАНК и (2) посева; и периодическое тестирование на бессимптомные уретральные и аноректальные инфекции, вызванные *C. trachomatis*, с использованием МАНК

### Исходная информация

Поддающиеся лечению и излечимые ИППП в популяциях МСМ и трансгендерных лиц (например вызванные *N. gonorrhoeae* и *C. trachomatis*) остаются очень важной проблемой общественного здравоохранения. Естественное течение бессимптомных уретритов или аноректальной инфекции остается неясным: у некоторых лиц развивается клиническое заболевание, а у некоторых происходит спонтанное выздоровление. Недиагностированные инфекции, вызванные *N. gonorrhoeae* и *C. trachomatis*, могут обуславливать потенциальный риск заражения/передачи ВИЧ, поскольку при бессимптомной инфекции такая возможность тоже существует. Хроническая инфекция ассоциируется с бесплодием и у мужчин и у женщин. При отсутствии диагностики и лечения эти инфекции могут приводить к серьезным осложнениям и неблагоприятным последствиям, а также повышать риск заражения ВИЧ-инфекцией.

Посев (культуральный метод) – один из самых известных методов выявления *N. gonorrhoeae*. Однако его чувствительность при анализе мужской мочи варьирует от 72% до 95%.<sup>147</sup> Культуральный метод выявления *C. trachomatis* доступен только в хорошо оснащенных лабораториях. МАНК (включая полимеразную цепную реакцию, лигазную цепную реакцию, реакцию замещения нитей ДНК и реакцию транскрипционной амплификации) являются наиболее чувствительными методами диагностики инфекций, вызванных *N. gonorrhoeae* и *C. trachomatis*. В последние годы в развитых странах МАНК получили широкое распространение в качестве предпочтительных методов диагностики генитальных инфекций, вызванных *N. gonorrhoeae* и *C. trachomatis*, благодаря их высокой специфичности и чувствительности. Преимущество МАНК заключается в том, что для их выполнения достаточно РНК или ДНК, присутствующей в образце, и методы хорошо “работают” даже при низкой микробной нагрузке. Недостатком является необходимость оснащения лабораторий специальным дорогим оборудованием.

Хотя во многих случаях у МСМ и трансгендерных лиц уретральная и аноректальная инфекция, вызванная *N. gonorrhoeae* и *C. trachomatis*, сопровождается симптомами, также может наблюдаться бессимптомная инфекция, особенно если она вызвана *C. trachomatis*. В исследовании распространенности ИППП среди МСМ и трансгендерных лиц, живущих с ВИЧ, в котором для диагностики бессимптомной инфекции, вызванной *N. gonorrhoeae* и *C. trachomatis*, использовали образцы из глотки, прямой кишки, а также образцы мочи, и, кроме того, проводили серологическое тестирование на сифилис, распространенность каждой из этих бессимптомных инфекций составила 14%.<sup>148</sup> Значение таких случаев неясно, хотя существует вероятность, что они могут эволюционировать до появления симптоматики и/или способствовать передаче ВИЧ.

### Научные данные

Данные были получены из пяти наблюдательных исследований, проведенных в странах с низким и средним уровнем доходов, три из которых были посвящены МСМ.<sup>149,150,151,152,153</sup> В двух исследованиях изучали чувствительность и специфичность МАНК для выявления *N. gonorrhoeae*

и *C. trachomatis*, в одном – чувствительность и специфичность культурального метода для выявления *N. gonorrhoeae* и в двух других – распространенность уретральной и аноректальной инфекции, вызванной *N. gonorrhoeae* и *C. trachomatis*. Стратегия поиска данных (Приложение 3)\* была сосредоточена на изучении уретральной и аноректальной инфекции, вызванной *N. gonorrhoeae* и *C. trachomatis*, как конечного результата оценки (с использованием МАНК для *N. gonorrhoeae* и *C. trachomatis* и посева для *N. gonorrhoeae*).<sup>147,148</sup>

Учитывая имеющиеся по этому вмешательству данные, проблемы осуществимости, а также сведения о моральных ценностях и предпочтениях, рекомендации были признаны условными. Рекомендация о неиспользовании периодического культурального исследования на *N. gonorrhoeae* условная, поскольку специальных исследований не проводилось и она основана на мнении экспертов. В большинстве стран у микробиологических лабораторий имеется потенциал для проведения культурального исследования, поэтому там, где МАНК не являются вариантом выбора, предложение культурального исследования предпочтительнее, чем вообще отказ от тестирования.

#### Обобщение полученных данных

Источником данных, обнаруженных при систематическом обзоре методологий МАНК (два исследования) были обсервационные исследования, следовательно, рейтинг данных был понижен из-за их опосредованного характера (не проводилась оценка клинических исходов или исходов с позиции общественного здравоохранения, а оценивалось только качество тестов и их погрешности). Рейтинг данных, обнаруженных при систематическом обзоре использования культурального метода для выявления *N. gonorrhoeae* (одно обсервационное исследование) также был понижен из-за опосредованности и погрешностей.

#### Преимущества и риски

Что касается МАНК, доказательства их эффективности для скрининга на бессимптомную уретральную и аноректальную инфекцию, вызванную *N. gonorrhoeae* и *C. trachomatis*, достаточны, чтобы дать условную рекомендацию по использованию этих методов у МСМ и трансгендерных лиц вместо отказа от предложения им такого тестирования. Преимущества возрастают по мере увеличения распространенности инфекции. Преимущества могут перевешивать риски и затраты, если распространенность бессимптомных уретральных и анальных инфекций этой этиологии превышает 1-2%. Для выявления уретральной инфекции с помощью МАНК исследуется образец мочи (а не мазок из уретры), а аноректальной инфекции – мазок из прямой кишки. К преимуществам относятся (но не ограничиваются ими) ранняя диагностика и лечение пациентов и их партнеров, что создает дополнительное преимущество для МСМ и трансгендерных лиц, живущих с ВИЧ.

Посев на *N. gonorrhoeae* для скрининга бессимптомной уретральной инфекции, вызванной этим микроорганизмом, не рекомендуется в качестве метода скрининга для МСМ и трансгендерных лиц. Однако его преимущества возрастают по мере увеличения распространенности инфекции. К основным ограничениям относятся: низкая чувствительность (свыше 68% лиц с бессимптом-

---

\* Полностью приложения можно найти на веб-сайте ВОЗ (<http://www.who.int/hiv/en/>).



ной инфекцией не будут выявлены), опосредованность данных и требования, предъявляемые к логистике. Однако если МАНК не являются методами выбора для выявления *N. gonorrhoeae*, лучше предлагать культуральный метод, чем не предлагать его.

#### *Приемлемость и осуществимость*

Рекомендация о периодическом тестировании на бессимптомные формы инфекций, вызванных *N. gonorrhoeae* и *C. trachomatis*, с использованием МАНК условна. Эти методы требуют внедрения более современных лабораторных технологий и включения затрат на их проведение в регулярные статьи бюджета. Стоимость МАНК ограничивают их доступность.

#### *Дополнительные темы для обсуждения и направления научных исследований*

Нет данных в отношении ИППП у трансгендерных лиц, которым была выполнена реконструкция влагалища. Необходимы дальнейшие исследования для изучения клинических исходов и исходов с позиции общественного здравоохранения. Следует изучить алгоритм с использованием МАНК в качестве подтверждающего теста, поскольку в анальной области можно обнаружить несколько видов гонококков-комменсалов.

#### *Основные положения*

- Бессимптомные формы уретральных и аноректальных инфекций, вызванных *N. gonorrhoeae* и *C. trachomatis*, достаточно широко распространены среди МСМ и трансгендерных лиц и могут повышать риск ВИЧ-инфекции. При бессимптомных формах уретральных и аноректальных инфекций, вызванных *N. gonorrhoeae* и *C. trachomatis*, периодическое тестирование с использованием МАНК все шире применяется для выявления и лечения этой формы инфекции в развитых странах. Кроме того, учитывая технологические трудности, в качестве альтернативы предлагается культуральный метод (посев).
- В двух обсервационных исследованиях продемонстрированы хорошие результаты диагностики инфекций, вызванных *N. gonorrhoeae* и *C. trachomatis*, с помощью МАНК (в отношении точности тестирования).
- Преимущества перевешивают потенциальные риски.
- Приемлемо с ограничениями. Внедрение МАНК для выявления *N. gonorrhoeae* и *C. trachomatis* требует подготовки персонала и дорогостоящих технологий. Посев для выявления *N. gonorrhoeae* широко доступен, поэтому при отсутствии МАНК как метода выбора предложение использовать для тестирования метод посева принесет больше пользы, чем отказ от тестирования.

## Рекомендации

**Рекомендуется предлагать МСМ и трансгендерным лицам периодическое тестирование на бессимптомную уретральную и аноректальную инфекцию, вызванную *N. gonorrhoeae* и *C. trachomatis*, с использованием МАНК вместо того, чтобы не предлагать им такое тестирование.**

*Условная рекомендация, низкое качество доказательств*

**Рекомендуется не предлагать МСМ и трансгендерным лицам периодическое тестирование на бессимптомную уретральную и аноректальную инфекцию, вызванную *N. gonorrhoeae*, с использованием посева вместо того, чтобы предлагать такое тестирование.**

*Условная рекомендация, низкое качество доказательств*

### **Дополнительные замечания**

Необходимы дальнейшие исследования с участием трансгендерных лиц, перенесших реконструкцию влагалища, для изучения клинических исходов и исходов с позиции общественного здравоохранения.

### **8.6.3. Периодическое тестирование на бессимптомную сифилитическую инфекцию**

#### *Исходная информация*

Сифилитическая инфекция широко распространена среди МСМ и трансгендерных лиц во всем мире. В ряде регионов частота сифилиса среди МСМ, в частности среди МСМ, живущих с ВИЧ, увеличилась.<sup>154</sup> При естественном течении сифилитической инфекции у 25% пациентов, не получающих лечения, развиваются серьезные осложнения; у других происходит спонтанное излечение или излечение в результате лечения других инфекций. Осложнения могут быть тяжелыми и даже угрожать жизни. Более того, при открытых сифилитических поражениях может повышаться риск заражения и передачи ВИЧ.

При определении быстрых плазменных реагинов (тест RPR) положительный результат может быть связан с латентным сифилисом, перенесенной инфекцией, а также с первичным и вторичным сифилисом, что следует учитывать при последующем лечении. Трепонемные тесты (например реакция пассивной гемагглютинации), если они доступны, могут использоваться для подтверждения результатов теста RPR. Количественный тест RPR может помочь в дифференциальной диагностике между латентным сифилисом и перенесенной инфекцией (высокие титры,  $\geq 1:8$ ), а также в оценке ответа на лечение.<sup>143</sup>

#### *Научные данные*

В проведенном ранее обзоре работ по диагностике сифилиса<sup>155</sup> предоставлены доказательства чувствительности и специфичности нетрепонемных тестов, в частности теста RPR. Хотя в обзоре и исследованиях, на которые даются ссылки, не конкретизировано, получены ли эти

данные в популяции МСМ и трансгендерных лиц, чувствительность и специфичность теста не зависят от обследуемой группы. Для оценки частоты сценариев истинно положительных, истинно отрицательных, ложноположительных и ложноотрицательных результатов необходимы данные о распространенности сифилиса (помимо данных о чувствительности и специфичности). Общий рейтинг данных оценивался как средний, но был понижен из-за опосредованности исходов (использованные данные об исходах относились к точности теста, а не к клиническому исходу).

#### *Обобщение полученных данных*

Серопозитивность при бессимптомном сифилисе среди МСМ в Бостоне оценивалась на уровне 9,3%,<sup>156</sup> а в Перу – на уровне 11%.<sup>157</sup> По данным Larsen с соавт., чувствительность теста RPR при первичной инфекции составляла 86%, чувствительность и специфичность при вторичной и латентной инфекции – 98%.<sup>155</sup>

#### *Преимущества и риски*

Преимущества отчетливо перевешивают риски. Ранняя диагностика обеспечивает своевременность лечения и приносит пользу пациентам и их партнерам. Для МСМ и трансгендерных лиц, живущих с ВИЧ, ранняя диагностика является дополнительным преимуществом.

#### *Приемлемость и осуществимость*

При изучении моральных ценностей и предпочтений люди изъявили желание получать комплексное обслуживание, включая прохождение скрининга на ИППП, что могло бы стать частью общего пакета услуг.<sup>66</sup> Скрининг на сифилис получил широкое распространение. Возникает очень мало вопросов относительно осуществимости теста, так как период его использования насчитывает десятилетия.

#### *Дополнительные темы для обсуждения и направления научных исследований*

Положительные результаты могут быть вызваны также аутоиммунными заболеваниями, не связанными с сифилисом. Для диагностики активного сифилиса следует использовать алгоритм обследования, рекомендованный ВОЗ.

#### *Основные положения*

- Во всем мире сифилис широко распространен среди МСМ и трансгендерных лиц; за последние несколько лет показатели заболеваемости увеличились, в том числе среди МСМ, живущих с ВИЧ.
- Такие нетрепонеменные тесты, как тест RPR, являются и чувствительными, и специфичными. Однако для оценки частоты сценариев истинно положительных, истинно отрицательных, ложноположительных и ложноотрицательных результатов необходимы данные о распространенности сифилиса.
- Преимущества перевешивают риски.
- Тест приемлем и широко доступен.

## Рекомендации

**Настоятельно рекомендуется предлагать МСМ и трансгендерным лицам периодическое серологическое тестирование на бессимптомную сифилитическую инфекцию вместо того, чтобы не предлагать им такое тестирование.**

*Сильная рекомендация, среднее качество доказательств*

### **Дополнительные замечания**

При определении быстрых плазменных реактивов (тест RPR) положительный результат может быть связан с латентным сифилисом, перенесенной инфекцией, а также с первичным и вторичным сифилисом. Это следует учитывать при последующем лечении.

### **8.6.4. Вакцинация против гепатита В**

#### *Исходная информация*

Инфекция, вызванная ВГВ, распространена повсеместно. Согласно оценкам, более двух миллиардов людей во всем мире инфицированы ВГВ. Из них около 360 миллионов страдают хронической инфекцией и подвергаются риску серьезного заболевания и смерти, в основном вследствие цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы.<sup>158</sup> ВГВ передается при контакте с кровью или другими биологическими жидкостями инфицированного человека (например с семенной жидкостью или отделяемым из влагалища). МСМ и трансгендерные лица принадлежат к группе повышенного риска инфицирования; зарегистрированная распространенность ВГВ-инфекции в этих популяциях составляет от 8%<sup>158</sup> до 13,3%,<sup>160</sup> соответственно.

#### *Концептуальная основа рекомендаций*

Вакцина против гепатита В доступна с 1982 г. Эффективность вакцины для предупреждения гепатита В и его хронических осложнений составляет 95%. Современные вакцины против гепатита В созданы на основе технологии рекомбинантной ДНК и не представляют опасности. Для полного курса иммунизации и защиты от потенциальной ВГВ-инфекции необходимы три дозы вакцины.

#### *Основные положения*

- Заболевания, вызванные ВГВ, распространены во всем мире. Согласно оценкам, более двух миллиардов людей во всем мире инфицированы ВГВ.
- ВГВ передается при контакте с кровью или другими биологическими жидкостями инфицированного человека (например с семенной жидкостью или отделяемым из влагалища).
- МСМ и трансгендерные лица принадлежат к группе повышенного риска инфицирования.

## Рекомендации

**МСМ и трансгендерных лиц следует включать в стратегии подчищающей иммунизации против гепатита В там, где иммунизация детей раннего возраста не достигает полного охвата.**

*В соответствии с действующим руководством ВОЗ<sup>159</sup>*

### 8.7. Примечание относительно оральной доконтактной профилактики ВИЧ-инфекции

Доконтактная профилактика (ДКП) представляет собой ежедневное использование антиретровирусных препаратов лицами, не инфицированными ВИЧ, для профилактики заражения. Эффективность ДКП в настоящее время определяется в рамках рандомизированных контролируемых исследований среди широкого круга различных потенциальных пользователей. Проводятся также предварительные исследования для определения возможностей оценки эффективности менее частого (периодического) использования ДКП.

С 2009 г. ВОЗ проводит консультации по возможным стратегиям внедрения и наращивания масштабов ДКП в процессе подготовки к получению ожидаемых результатов исследований. Эти консультации проводятся на трех уровнях: (i) на глобальном уровне - с экспертами по ДКП, моделированию и наращиванию масштабов программ глобального уровня, (ii) на национальном уровне - с представителями властных структур, включая тех, кто будет отвечать за принятие решений относительно ДКП, и (iii) с группами населения, на которые с наибольшей вероятностью повлияют решения о ДКП.

Хотя данные, полученные Grant с соавт.<sup>160,161</sup> в ходе недавно проведенного исследования среди ВИЧ-отрицательных МСМ и трансгендерных лиц, актуальны и многообещающи как с индивидуальных позиций (персональный выбор), так и с позиции общественного здравоохранения (стратегия наращивания масштабов), однако пока процесс находится на раннем этапе. Дополнительные данные, полученные в ходе выполнения новых исследований, оценивающих эффективность, поведенческие и экономические воздействия, дадут в будущем более полную картину роли ДКП в профилактике ВИЧ-инфекции среди МСМ и трансгендерных лиц. Вопрос об оральной ДКП будет рассмотрен в первой обновленной версии этих рекомендаций, выпуск которых запланирован на 2015 г.

В рандомизированном контролируемом исследовании, посвященном ДКП, изучали эффективность комбинации антиретровирусных препаратов (ежедневный профилактический прием для снижения риска заражения ВИЧ) по сравнению с плацебо. В общей сложности, в Перу, Эквадоре, Бразилии, Южной Африке, Таиланде и Соединенных Штатах Америки в исследование были включены 2499 МСМ и трансгендерных лиц. Медиана периода наблюдения составила 1,2 года при максимальной продолжительности до 2,8 лет. Результаты были опубликованы в ноябре 2010 г.<sup>162,161</sup>

Обнаружено, что при однократном ежедневном приеме таблетки, содержащей тенофовир с эмтрицитабином (коммерческое название Трувада), дополнительная защита МСМ и трансгендерных лиц составила в среднем 44%. Эти участники исследования получали также комплексные профилактические услуги, включавшие ежемесячное прохождение ТИК, предоставление презервативов, консультирование и лечение других ИППП (95% CI: 15–63%). Уровень защиты широко варьировал в зависимости от приверженности лечению. Среди участников с уровнем приверженности 90% и более (по данным самоотчетов, а также подсчета выданных флаконов и таблеток) риск ВИЧ-инфекции снижался на 73% (95% CI: 41–88%), в то время как среди лиц с приверженностью менее 90% - только на 21% (95% CI: от 52% снижения до 31% повышения). Частота рискованного поведения среди участников в целом снижалась на протяжении всего исследования (как в отношении уменьшения числа половых партнеров, так и повышения использования презервативов) возможно, благодаря интенсивному консультированию по снижению риска, которое входило в исследование.

Данные, полученные в ходе этого исследования, подтверждают концепцию безопасности и умеренной эффективности оральной ДКП и являются важной вехой в изучении мер профилактики ВИЧ-инфекции. Эти данные являются первыми свидетельствами того, что оральная ДКП в сочетании с другими профилактическими стратегиями может снизить риск заражения ВИЧ-инфекцией среди МСМ и трансгендерных лиц. Однако вопросы, связанные с ДКП, в том числе касающиеся создания диагностических алгоритмов для выявления острой ВИЧ-инфекции во время ДКП; использования более эффективных мер по оптимизации и мониторингу приверженности приему препаратов; безопасности ДКП; использования ДКП при коинфекции ВИЧ/ВГВ; необходимых затрат и осуществимости, еще предстоит изучить. При решении этих вопросов придется учитывать конкурирующие потребности в наращивании масштабов АРТ.

## БИБЛИОГРАФИЯ

- 1 Sullivan PS et al.; Ancey MSM Epidemiology Study Group. Reemergence of the HIV epidemic among men who have sex with men in North America, Western Europe, and Australia, 1996–2005. *Annals of Epidemiology*, 2009, 19:423–431.
- 2 Bockting W, Miner M, Rosser BR. Latino men's sexual behaviour with transgender persons. *Archives of Sexual Behavior*, 2007, 36:778–786.
- 3 WHO and UNDP. *Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men and transgender populations: report of a technical consultation*. Geneva, Switzerland, WHO, 2009. [http://www.who.int/hiv/pub/populations/msm\\_mreport\\_2008.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/populations/msm_mreport_2008.pdf) (accessed 13 April 2011).
- 4 van Griensven F et al. The global epidemic of HIV infection among men who have sex with men. *Current Opinion in HIV and AIDS*, 2009, 4:300–307.
- 5 Baral S et al. Elevated risk for HIV infection among men who have sex with men in low- and middle income countries 2000–2006: a systematic review. *PLoS Medicine*, 2007, 4:e339.
- 6 Beyrer C, et al. The expanding epidemics of HIV type 1 among men who have sex with men in low- and middle-income countries: diversity and consistency. *American Journal of Epidemiology*, 2010, 32:137–151.
- 7 Dukers N et al. HIV incidence and HIV testing behavior in men who have sex with men: using three incidence sources, The Netherlands, 1984–2005. *AIDS*, 2007, 21:491–499.
- 8 Soto RJ et al. Sentinel surveillance of sexually transmitted infections/HIV and risk behaviors in vulnerable populations in 5 Central American countries. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2007, 46:101–111.
- 9 Garofalo R et al. Overlooked, misunderstood and at-risk: exploring the lives and HIV risk of ethnic minority male-to-female transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, 2006, 38:230–236.
- 10 Caceres CF et al. Epidemiology of male same-sex behaviour and associated sexual health indicators in low- and middle-income countries: 2003–2007 estimates. *Sexually Transmitted Infections*, 2008, 84(Suppl 1):i49–i56.
- 11 van Griensven F. Men who have sex with men and their HIV epidemics in Africa. *AIDS*, 2007, 21:1361–1362.
- 12 Smith AD et al. Men who have sex with men and HIV/AIDS in sub-Saharan Africa. *Lancet*, 2009, 374:416–422.
- 13 Sanders EJ et al. Risk factors for HIV-1 infection among men who have sex with men (MSM) in Coastal Kenya. CROI 2011 poster. <http://www.retroconference.org/2011/PDFs485.pdf>
- 14 Donnell D et al., for the Partners in Prevention HSV/HIV Transmission Study Team. Heterosexual HIV-1 transmission after initiation of antiretroviral therapy: a prospective cohort analysis. *Lancet*, 2010, 375:2092–2098.
- 15 *Рамочная программа действий ЮНЭЙДС: Всеобщий доступ для мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, и трансгендерных лиц*. Женева ЮНЭЙДС, 2009 г. [http://data.unaids.org/pub/Report/2009/jc1720\\_action\\_framework\\_msm\\_ru.pdf](http://data.unaids.org/pub/Report/2009/jc1720_action_framework_msm_ru.pdf) (последнее обращение 28 ноября 2011 г.).
- 16 Lawn JE et al. Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise. *Lancet*, 2008, 372(9642):917–927.

- 17 Simon PA, Reback CJ, Bemiss CC. HIV prevalence and incidence among male-to-female transsexuals receiving HIV prevention services in Los Angeles county [correspondence]. *AIDS*, 2000, 14:2953–2955.
- 18 Kellogg TA et al. Incidence of human immunodeficiency virus among male-to-female transgendered persons in San Francisco. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2001, 28:380–384.
- 19 ЮНЭЙДС. *Краткое заявление по вопросам политики: ВИЧ и сексуальные отношения между мужчинами*. Август 2006 г. [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/publications/irc-pub07/jc1269-policybrief-msm\\_ru.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/publications/irc-pub07/jc1269-policybrief-msm_ru.pdf) (последнее обращение 6 декабря 2011 г.).
- 20 Caceres CF, Aggleton P, Galea JT. Sexual diversity, social inclusion and HIV/AIDS. *AIDS*, 2008, 22 (Suppl 2):S45–S55.
- 21 Gear S. Rules of engagement: structuring sex and damage in men’s prisons and beyond. *Culture, Health & Sexuality*, 2005, 7:195–208.
- 22 Bockting WO, Robinson BE, Rosser BR. Transgender HIV prevention: a qualitative needs assessment. *AIDS Care*, 1998, 10:505–525.
- 23 WHO. *HIV/AIDS among men who have sex with men and transgender populations in South-East Asia*. New Delhi, WHO SEARO, 2010. [http://203.90.70.117/PDS\\_DOCS/B4568.pdf](http://203.90.70.117/PDS_DOCS/B4568.pdf) (accessed 13 April 2011).
- 24 Young RM, Meyer IH. The trouble with “MSM” and “WSW”: erasure of the sexual-minority person in public health discourse. *American Journal of Public Health*, 2005, 95:1144–1149.
- 25 Guadamuz TE et al. HIV prevalence, risk behaviour, hormone use and surgical history among transgender persons in Thailand. *AIDS and Behavior*, 2011, 15:650–658.
- 26 Saavedra J et al. Sex between men in the context of HIV: the AIDS 2008 Jonathan Mann Memorial Lecture in health and human rights. *Journal of the International AIDS Society*, 2008 11:9.
- 27 Clements-Nolle K et al. HIV prevalence, risk behaviours, health care use, and mental health status of transgender persons: implications for public health intervention. *American Journal of Public Health*, 2001, 91:915–921.
- 28 Vinter H. Sexual politics: the fight for transsexual rights. *The Argentina Independent*, 2010. <http://www.argentinaindependent.com/socialissues/urbanlife/sexual-politics-the-fight-for-transsexual-rights-/> (accessed 13 April 2011).
- 29 WHO. *Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men and transgender populations. Report of a technical consultation*. Geneva, Switzerland, WHO, 2009. [http://www.who.int/hiv/pub/populations/msm\\_mreport\\_2008.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/populations/msm_mreport_2008.pdf) (accessed 13 April 2011).
- 30 WHO. *HIV and other STIs among MSM in the European Region – Report on a consultation*. Copenhagen, WHO EURO, 2008. [http://www.euro.who.int/document/SHA/bled\\_report.pdf](http://www.euro.who.int/document/SHA/bled_report.pdf) (accessed 13 April 2011).
- 31 WHO. *Health sector response to HIV/AIDS among men who have sex with men*. Manila, WHO WPRO, 2009. [http://www.wpro.who.int/internet/resources.ashx/HSI/report/MSM+Report+\\_HOK\\_Feb2009\\_for+web.pdf](http://www.wpro.who.int/internet/resources.ashx/HSI/report/MSM+Report+_HOK_Feb2009_for+web.pdf) (accessed 13 April 2011).
- 32 WHO PAHO. *Summary of a Regional consultation on health promotion and the provision of care to men who have sex with men (MSM) in Latin America and the Caribbean*. Panama City,



- Panama, 14–16 July 2009. [http://new.paho.org/hq/index2.php?option=com\\_content&do\\_pdf=1&id=2120](http://new.paho.org/hq/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=2120) (accessed 13 April 2011).
- 33 Golden MR et al. HIV serosorting in men who have sex with men: is it safe? *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2008, 49:212–218.
- 34 Управление Верховного комиссара ООН по правам человека и Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу. Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека. Объединенный вариант 2006 г. Женева, ЮНЭЙДС, 2006 г. <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/HIVAIDSGuidelinesru.pdf> (последнее обращение 3 декабря 2011 г.).
- 35 WHO. *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002*. Geneva, World Health Organization, 2006.
- 36 Guyatt GH et al. GRADE guidelines 1. Introduction—GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2011, 64:383–394. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21195583> (accessed 13 April 2011).
- 37 Guyatt GH et al. GRADE guidelines: 2. Framing the question and deciding on important outcomes. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2011, 64:395–400. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21194891>
- 38 Balshem H et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2011, 64:401–406. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21208779> (accessed 13 April 2011).
- 39 Guyatt GH et al. GRADE guidelines: 4. Rating the quality of evidence—study limitations (risk of bias) and publication bias. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2011, 64: 407–415. Jan 18. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21247734> (accessed 13 April 2011).
- 40 WHO. *WHO handbook for guideline development*. 2010. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21247734> [http://www.who.int/hiv/topics/mtct/grc\\_handbook\\_mar2010\\_1.pdf](http://www.who.int/hiv/topics/mtct/grc_handbook_mar2010_1.pdf) (accessed 13 April 2011).
- 41 Джокьякартские принципы применения международно-правовых норм о правах человека в отношении сексуальной ориентации и гендерной идентичности. 2007 г. [http://www.yogyakartaprinciples.org/principles\\_ru.htm](http://www.yogyakartaprinciples.org/principles_ru.htm) (последнее обращение 6 декабря 2011 г.).
- 42 International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association (ILGA). *State-sponsored homophobia: a world survey of laws prohibiting same sex activity between consenting adults*. 2011. [http://old.ilga.org/Statehomophobia/ILGA\\_State\\_Sponsored\\_Homophobia\\_2011.pdf](http://old.ilga.org/Statehomophobia/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2011.pdf) (accessed 3 June 2011)
- 43 Global Forum on MSM & HIV (MSMGF). *MSMGF policy brief. Social discrimination against men who have sex with men. Implications for HIV Policy and Programs*. Oakland, United States, May 2010. <http://www.msmgf.org/index.cfm?id/11/aid/2106> (accessed on 06 June 2011).
- 44 AIDS Accountability International. *The LGBT Scorecard*. [http://aidsaccountability.org/?page\\_id=4896](http://aidsaccountability.org/?page_id=4896)
- 45 Institute of Medicine. *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: building a foundation for better understanding*. March 2011. <http://www.iom.edu/Reports/2011/The-Health-of-Lesbian-Gay-Bisexual-and-Transgender-People.aspx>
- 46 Frost DM, Parsons JT, Nanin JE. Stigma, concealment and symptoms of depression as explanations for sexually transmitted infections among gay men. *Journal of Health Psychology*, 2007, 12:636–640.

- 47 McLaren S, Jude B, McLachlan AJ. Sense of belonging to the general and gay communities as predictors of depression among Australian gay men. *International Journal of Mens Health*, 2008, 7:90–99.
- 48 Wang J et al. High prevalence of mental disorders and comorbidity in the Geneva Gay Men's Health Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2007, 42:414–420.
- 49 Stall RD et al. Cigarette smoking among gay and bisexual men. *American Journal of Public Health*, 1999, 89:1875–1878.
- 50 Gruskin EP et al. Disparities in smoking between the lesbian, gay, and bisexual population and the general population in California. *American Journal of Public Health*, 2007, 97:1496–1502.
- 51 Alegria CA. Transgender identity and healthcare: implications for psychosocial and physical evaluation. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 2011, 23:175–182.
- 52 Stall R et al. Alcohol use, drug use and alcohol-related problems among men who have sex with men: the Urban Men's Health Study. *Addiction*, 2001, 96:1589–1601.
- 53 Ellingson L. HIV Risk Behaviors among Mahuwahine (Native Hawaiian transgender women). *AIDS Education and Prevention*, 2008, 20:558–569.
- 54 Haas AP et al. Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: review and recommendations. *Journal of Homosexuality*, 2011, 58:10–51.
- 55 The Global Forum on MSM & HIV (MSMGF). *Engaging with men who have sex with men in the clinical setting*. May 2011. [http://www.msmsgf.org/files/msmsgf//Publications/MSMGF\\_Healthcare\\_Primer.pdf](http://www.msmsgf.org/files/msmsgf//Publications/MSMGF_Healthcare_Primer.pdf) (accessed on 06 June 2011).
- 56 Gostin LO. Public health strategies for confronting AIDS. Legislative and regulatory policy in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 1989, 261:1621–1630.
- 57 Goldstein R. Rubber soul: the condom makes a comeback. *Village Voice*, 1986, 31:17–18.
- 58 Catania JA et al. Changes in condom use among homosexual men in San Francisco. *Health Psychology*, 1991, 10:190–199.
- 59 Holmes KK, Levine R, Weaver M. Effectiveness of condoms in preventing sexually transmitted infections. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82:454–461.
- 60 Weller S, Davis K. Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2002, (1):CD003255.
- 61 Pinkerton SD, Abramson PR. Effectiveness of condoms in preventing HIV transmission. *Social Science and Medicine*, 1997, 44: 1,303–301,312.
- 62 Detels R et al. Seroconversion, sexual activity, and condom use among 2915 HIV seronegative men followed for up to 2 years. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1989, 2:77–83.
- 63 Difranceisco W, Ostrow DG, Chmiel JS. Sexual adventurism, high-risk behaviour, and human immunodeficiency virus-1 seroconversion among the Chicago MACS-CCS cohort, 1984 to 1992. A case-control study. *Sexually Transmitted Diseases*, 1996, 23:453–460.
- 64 Jin F et al. Unprotected anal intercourse, risk reduction behaviours, and subsequent HIV infection in a cohort of homosexual men. *AIDS*, 2009, 23:243–252.
- 65 Marks G et al. Prevalence and protective value of serosorting and strategic positioning among black and Latino men who have sex with men. *Sexually Transmitted Diseases*, 2010, 37:325–327.

- 66 Arreola S et al. *In our own words: preferences, values, and perspectives on HIV prevention and treatment – a civil society consultation with men who have sex with men and transgender people*. Oakland, California, The Global Forum on MSM and HIV (MSMGF), 2010. [http://msmgf.org/files/msmgf/About\\_Us/Publications/WHO\\_Report1.pdf](http://msmgf.org/files/msmgf/About_Us/Publications/WHO_Report1.pdf) (accessed 19 May 2011)
- 67 Rojanapithayakorn W, Hanenberg R. The 100% Condom Program in Thailand. *AIDS*, 1996, 10:1–7.
- 68 Barnes JR. The impact of social marketing on HIV / AIDS. *AIDS Analysis Africa*, 1999, 10:8–10.
- 69 Stone E et al. Correlates of condom failure in a sexually active cohort of men who have sex with men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 1999, 20:495–501.
- 70 Martin DJ. Inappropriate lubricant use with condoms by homosexual men. *Public Health Reports*, 1992, 107:468–473.
- 71 Fuchs EJ et al. Hyperosmolar sexual lubricant causes epithelial damage in the distal colon: potential implication for HIV transmission. *Journal of Infectious Diseases*, 2007, 195:703–710.
- 72 Sudol KM, Phillips DM. Relative safety of sexual lubricants for rectal intercourse. *Sexually Transmitted Diseases*, 2004, 31:346–349.
- 73 Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Meeting summary: Consultation on serosorting practices among men who have sex with men*. 2009. <http://www.cdc.gov/hiv/topics/research/resources/other/serosorting.htm> (accessed 13 April 2011).
- 74 Eaton LA et al. A strategy for selecting sexual partners believed to pose little/no risks for HIV: serosorting and its implications for HIV transmission. *AIDS Care*, 2009, 21:1279–1288.
- 75 Fink AJ. A possible explanation for heterosexual male infection with AIDS. *New England Journal of Medicine*, 1986, 315:1167.
- 76 Auvert B et al. Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: the ANRS 1265 Trial. *PLoS Medicine*, 2005, 2:e298. Epub 2005 Oct 25.
- 77 Bailey RC et al. Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomized controlled trial. *Lancet*, 2007, 369(9562):643–356.
- 78 Gray RH et al. Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomised trial. *Lancet*, 2007, 369(9562):657–666.
- 79 Millett GA et al. Circumcision status and risk of HIV and sexually transmitted infections among men who have sex with men: a meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 2008, 300:1674–1684.
- 80 Fankem SL, Wiysonge CS, Hankins CA. Male circumcision and the risk of HIV infection in men who have sex with men. *International Journal of Epidemiology*, 2008, 37:353–355.
- 81 Wiysonge CS et al. Male circumcision for prevention of homosexual acquisition of HIV in men. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011 (in press).
- 82 WHO, UNAIDS. *Male circumcision: global trends and determinants of prevalence, safety and acceptability*. Geneva, WHO/UNAIDS, 2007. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596169\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596169_eng.pdf) (accessed 13 April 2011).
- 83 WHO, UNAIDS. *Operational guidance for scaling up male circumcision services for HIV prevention*. Geneva, WHO/UNAIDS, 2008. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241597463\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241597463_eng.pdf) (accessed 13 April 2011).

- 84 Nash D et al. Strategies for more effective monitoring and evaluation systems in HIV programmatic scale-up in resource-limited settings: implications for health systems strengthening. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2009, 52:S58–S62.
- 85 WHO. *Delivering HIV test results and messages for re-testing and counselling in adults*. Geneva, World Health Organization, 2010.
- 86 The Voluntary HIV-1 Counselling and Testing Efficacy Study Group. Efficacy of voluntary HIV-1 counselling and testing in individuals and couples in Kenya, Tanzania, and Trinidad: a randomized trial. *Lancet*, 2000, 356:103–112.
- 87 HIV Prevention Trials Network (HPTN). *Initiation of antiretroviral treatment protects uninfected sexual partners from HIV infection (HPTN052)*. 2011. [http://www.hptn.org/web%20documents/PressReleases/HPTN052PressReleaseFINAL5\\_12\\_118am.pdf](http://www.hptn.org/web%20documents/PressReleases/HPTN052PressReleaseFINAL5_12_118am.pdf) (accessed on 07 June 2011).
- 88 Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Expanded HIV testing and trends in diagnoses of HIV infection – District of Columbia, 2004–2008. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2010, 59:737–741.
- 89 HPTN 065: TLC-Plus: a study to evaluate the feasibility of an enhanced test, link to care, plus treat approach for HIV prevention in the United States. [http://www.hptn.org/research\\_studies/hptn065.asp](http://www.hptn.org/research_studies/hptn065.asp) (accessed 13 April 2011).
- 90 Dilley JW et al. Changing sexual behaviour among gay male repeat testers. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2002, 30:177–186.
- 91 Gold RS, Rosenthal DA. Examining self-justifications for unsafe sex as a technique of AIDS education: the importance of personal relevance. *International Journal of STD and AIDS*, 1998, 9:208–213.
- 92 Koblin B, and EXPLORE Study Team. Effects of a behavioural intervention to reduce acquisition of HIV infection among men who have sex with men: the EXPLORE randomised controlled study. *Lancet*, 2004, 364:41–50.
- 93 Picciano JF et al. Lowering obstacles to HIV prevention services: effects of a brief telephone based intervention using motivational enhancement therapy. *Annals of Behavioral Medicine*, 2007, 34:177–187.
- 94 Johnson WD et al. Behavioural interventions to reduce risk for sexual transmission of HIV among men who have sex with men. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008, (3):CD001230.
- 95 Herbst JH et al. The effectiveness of individual-, group-, and community-level HIV behavioural risk-reduction interventions for adult men who have sex with men: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 2007, 32(4 Suppl):S38–S67.
- 96 Amirkhanian YA et al. A randomized social network HIV prevention trial with young men who have sex with men in Russia and Bulgaria. *AIDS*, 2005, 19:1897–1905.
- 97 Flowers P, Frankis J, Hart G. Evidence and the evaluation of a community-level intervention: researching the Gay Men’s Task Force Initiative. In: Watson J, Platt S, eds. *Researching health promotion*. London, Routledge, 2000:102–124.
- 98 Kegeles SM, Hays RB, Coates TJ. The Mpowerment project: a community-level HIV prevention intervention for young gay men. *American Journal of Public Health*, 1996, 86:1129–1136.
- 99 Kelly JA et al. HIV risk behaviour reduction following intervention with key opinion leaders of population: an experimental analysis. *American Journal of Public Health*, 1991, 81:168–171.
- 100 Kelly JA et al. Randomised, controlled, community-level HIV-prevention intervention for sexual-risk behaviour among homosexual men in US cities. *Lancet*, 1997, 350:1500–1505.

- 101 Blas MM et al. Effect of an online video-based intervention to increase HIV testing in men who have sex with men in Peru. *PLoS One*, 2010, 5:e10448.
- 102 Rosser BR et al. Reducing HIV risk behaviour of men who have sex with men through persuasive computing: results of the Men's INternet Study-II. *AIDS*, 2010, 24:2099–2107.
- 103 Noar SM et al. A 10-year systematic review of HIV/AIDS mass communication campaigns: Have we made progress? *Journal of Health Communication*, 2009, 14:15–42.
- 104 Harvey PD. The impact of condom prices on sales in social marketing programs. *Studies in Family Planning*, 1994, 25:52–58.
- 105 Wakefield MA, Loken B, Hornik RC. Use of mass media campaigns to change health behaviour. *Lancet*, 2010, 376(9748):1261–1271.
- 106 Evans WD et al. Systematic review of public health branding. *Journal of Health Communication*, 2008, 13:721–741.
- 107 Abrams LC, Maibach EW. The effectiveness of mass communication to change public behaviour. *Annual Review of Public Health*, 2008, 29:219–234.
- 108 Darrow WW, Biersteker S. Short-term impact evaluation of a social marketing campaign to prevent syphilis among men who have sex with men. *American Journal of Public Health*, 2008, 98:337–343.
- 109 Guy R et al. No increase in HIV or sexually transmissible infection testing following a social marketing campaign among men who have sex with men. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2009, 63:391–396.
- 110 McOwan A et al. Can targeted HIV testing campaigns alter health-seeking behaviour? *AIDS Care*, 2002, 14:385–390.
- 111 Reisner SL et al. Differential HIV risk behaviour among men who have sex with men seeking health-related mobile van services at diverse gay-specific venues. *AIDS and Behavior*, 2009, 13:822–831.
- 112 Tsui HY, Lau JT. Comparison of risk behaviours and socio-cultural profile of men who have sex with men survey respondents recruited via venues and the internet. *BMC Public Health*, 2010, 10:232.
- 113 Horvath KJ, Bowen AM, Williams ML. Virtual and physical venues as contexts for HIV risk among rural men who have sex with men. *Health Psychology*, 2006, 25:237–242.
- 114 Binson D et al. Differential HIV risk in bathhouses and public cruising areas. *American Journal of Public Health*, 2001, 91:1482–1486.
- 115 Huebner DM, Binson D, Woods WJ, Dilworth SE, Grinstead O. Bathhouse-based voluntary counseling and testing is feasible and shows preliminary evidence of effectiveness. *JAIDS*. 2006, 43:2,239-46
- 116 Metzger DS et al. Human immunodeficiency virus seroconversion among intravenous drug users in- and out-of-treatment: an 18-month prospective follow-up. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1993, 6:1049–1059.
- 117 George W, Stoner S. Understanding acute alcohol effects on sexual behaviour. *Annual Review of Sex Research*, 2000, 11:125–157.
- 118 Clatts MC, Goldsamt LA, Yi H. Drug and sexual risk in four men who have sex with men populations: evidence for a sustained HIV epidemic in New York City. *Journal of Urban Health*, 2005, 82: i9–i17.

- 119 WHO. *Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings*. Geneva, WHO, 2010.
- 120 ВОЗ, УНП ООН, ЮНЭЙДС. *Техническое руководство для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения универсального доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков*. Женева, ВОЗ, 2009 г. [http://www.who.int/hiv/pub/idu/who\\_unodc\\_unaids\\_target\\_settings\\_rus.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/idu/who_unodc_unaids_target_settings_rus.pdf) (последнее обращение 11 декабря 2011 г.).
- 121 WHO. *Evidence for Action Technical Papers. Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users*. Geneva, WHO, 2004. <http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/EFA%20effectiveness%20sterile%20needle.pdf> (accessed 13 April 2011).
- 122 ВОЗ, ЮНЭЙДС, ЮНОДК. *Краткая информация для выработки политики: предоставление стерильных принадлежностей для инъекций с целью сокращения ВИЧ-инфицирования*. Женева, Швейцария, Всемирная организация здравоохранения, 2004 г. [http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO\\_HIV\\_2004.03\\_rus.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_HIV_2004.03_rus.pdf) (последнее обращение 11 декабря 2011 г.).
- 123 ВОЗ, ЮНЭЙДС, ЮНОДК. *Руководство по осуществлению программ по предоставлению игл и шприцев*. Женева, Швейцария, Всемирная организация здравоохранения, 2009 г. [http://www.who.int/hiv/idu/Guide\\_to\\_Starting\\_and\\_Managing\\_NSP.pdf](http://www.who.int/hiv/idu/Guide_to_Starting_and_Managing_NSP.pdf) (последнее обращение 11 декабря 2011 г.).
- 124 ВОЗ. *Руководство по фармакологическому лечению опиоидной зависимости с психосоциальным сопровождением*. Женева, Швейцария, Всемирная организация здравоохранения, 2010 г. [http://www.harm-reduction.org/ru/images/stories/documents/links/ost\\_guidelines\\_ru.pdf](http://www.harm-reduction.org/ru/images/stories/documents/links/ost_guidelines_ru.pdf) (последнее обращение 11 декабря 2011 г.).
- 125 Gagizi E, Ferreira E, Abbate MC. Biosecurity on using Industrial liquid silicon and female sexual hormones by transvestis and transgenders in São Paulo City, Brazil. *AIDS 2006 – XVI International AIDS Conference* [Abstract no. CDC1677]. <http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageld=12&abstractId=2199064> (accessed 13 April 2011).
- 126 Herbst JH et al. Estimating HIV prevalence and risk behaviours of transgender persons in the United States: a systematic review. *AIDS and Behavior*, 2008, 12:1–17.
- 127 Silva-Santisteban A et al. When identity claims: risky processes of body modification among the male to female transgender persons of Lima, Peru. Oral Abstract Session. *AIDS 2010 – The XVIII AIDS Conference* [Abstract No. MOAD0306]. FROM THERE NUMERATION minus 1!!!!
- 128 Nuttbrock L et al. Lifetime risk factors for HIV/sexually transmitted infections among male-to-female transgender persons. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2009, 52:417–421.
- 129 Sevelius JM et al. Informing interventions: the importance of contextual factors in the prediction of sexual risk behaviours among transgender women. *AIDS Education and Prevention*, 2009, 21:113–127.
- 130 Sanchez NF, Sanchez JP, Danoff A. Health care utilization, barriers to care, and hormone usage among male-to-female transgender persons in New York City. *American Journal of Public Health*, 2009, 99:713–719.
- 131 Hage JJ et al. The devastating outcome of massive subcutaneous injection of highly viscous fluids in male-to-female transsexuals. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 2001, 107:734–741.

- 132 Wimonsate W et al. Risk behaviour, hormone use, surgical history and HIV infection among transgendered persons (TG) in Thailand, 2005. *AIDS* 2006 – XVI International AIDS Conference [Abstract no. MOPE0349].
- 133 WHO. *Guiding principles to ensure injection device security*. Geneva, Switzerland, WHO, 2003.
- 134 ВОЗ. *Комплект методических материалов по безопасности инъекций и сопутствующим процедурам*. Женева, Швейцария, ВОЗ, 2010 г. [http://www.who.int/injection\\_safety/Toolkit\\_RUS\\_WEB.pdf](http://www.who.int/injection_safety/Toolkit_RUS_WEB.pdf) (последнее обращение 11 декабря 2011 г.).
- 135 Granich R et al. Highly active antiretroviral treatment for the prevention of HIV transmission. *Journal of the International AIDS Society*, 2010, 13:1. [http://www.who.int/hiv/topics/tb/granich\\_haart\\_for\\_prevention\\_hiv\\_transmission\\_jaids\\_2010.pdf](http://www.who.int/hiv/topics/tb/granich_haart_for_prevention_hiv_transmission_jaids_2010.pdf)
- 136 ВОЗ. *Антиретровирусная терапия ВИЧ-инфекции у взрослых и подростков. Рекомендации с позиций общественного здравоохранения: пересмотренное издание 2010 г.* Женева, ВОЗ, 2010 г. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/99789244599761\\_rus.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/99789244599761_rus.pdf) (последнее обращение 6 декабря 2011 г.).
- 137 WHO. *Essential prevention and care interventions for adults and adolescents living with HIV in resource-limited settings*. Geneva, WHO, 2008 (accessed 13 April 2011).
- 138 Pickering JM et al. Aetiology of sexually transmitted infections and response to syndromic treatment in southwest Uganda. *Sexually Transmitted Infections*, 2005, 81:488–493.
- 139 Azariah S, Perkins N. Prevalence of sexually transmitted infections in men who have sex with men presenting to Auckland Sexual Health Service. *New Zealand Medical Journal*, 2010, 123:46–54.
- 140 Hope-Rapp E et al. Etiology of genital ulcer disease. A prospective study of 278 cases seen in an STD clinic in Paris. *Sexually Transmitted Diseases*, 2010, 37:153–158.
- 141 Becker M et al. Etiology and determinants of sexually transmitted infections in Karnataka state, south India. *Sexually Transmitted Diseases*, 2010, 37:159–164.
- 142 Cáceres CF et al. New populations at high risk of HIV/STIs in low-income, urban coastal Peru. *AIDS and Behavior*, 2008, 12:544–551.
- 143 WHO. *Guidelines for the management of sexually transmitted infections*. Geneva, WHO, 2003. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241546263.pdf> (accessed 13 April 2011).
- 144 Rompalo AM et al. Modification of syphilitic genital ulcer manifestations by coexistent HIV infection. *Sexually Transmitted Diseases*, 2001, 28:448–454.
- 145 Lambert NL et al. Community based syphilis screening: feasibility, acceptability, and effectiveness in case finding. *Sexually Transmitted Infections*, 2005, 81:213–216.
- 146 Brown L et al. Is non-invasive testing for sexually transmitted infections an efficient and acceptable alternative for patients? A randomised controlled trial. *Sexually Transmitted Infections*, 2010, 86:525–531.
- 147 Paz-Bailey G et al. Changes in the etiology of sexually transmitted diseases in Botswana between 1993 and 2002: implications for the clinical management of genital ulcer disease. *Clinical Infectious Diseases*, 2005, 41:1304–1312.
- 148 Rieg G et al. Asymptomatic sexually transmitted infections in HIV-infected men who have sex with men: prevalence, incidence, predictors, and screening strategies. *AIDS Patient Care and STDs*, 2008, 22:947–954.
- 149 Martin DH et al. Multicenter evaluation of AMPLICOR and automated COBAS AMPLICOR CT/NG tests for *Neisseria gonorrhoeae*. *Journal of Clinical Microbiology*, 2000, 38:3544–3549.

- 150 Van Der Pol B et al. Multicenter evaluation of the AMPLICOR and automated COBAS AMPLICOR CT/NG tests for detection of *Chlamydia trachomatis*. *Journal of Clinical Microbiology*, 2000, 38:1105–1112.
- 151 Ota KV et al. Detection of *Neisseria gonorrhoeae* and *Chlamydia trachomatis* in pharyngeal and rectal specimens using the BD Probetec ET system, the Gen-Probe Aptima Combo 2 assay and culture. *Sexually Transmitted Infections*, 2009, 85:182–186.
- 152 Schachter J et al. Nucleic acid amplification tests in the diagnosis of chlamydial and gonococcal infections of the oropharynx and rectum in men who have sex with men. *Sexually Transmitted Diseases*, 2008, 35:637–642.
- 153 Moncada J et al. Evaluation of self-collected glans and rectal swabs from men who have sex with men for detection of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* by use of nucleic acid amplification tests. *Journal of Clinical Microbiology*, 2009, 47:1657–1662.
- 154 Defraye A, Van Beckhoven D, Sasse A. Surveillance of sexually transmitted infections among persons living with HIV. *International Journal of Public Health*, 2010, 56:169–174.
- 155 Larsen SA, Steiner BM, Rudolph AH. Laboratory diagnosis and interpretation of tests for syphilis. *Clinical Microbiology Reviews*, 1995, 8:1–21.
- 156 Mimiaga MJ et al. Gonococcal, chlamydia, and syphilis infection positivity among MSM attending a large primary care clinic, Boston, 2003 to 2004. *Sexually Transmitted Diseases*, 2009, 36:507–511.
- 157 Snowden JM et al. Recent syphilis infection prevalence and risk factors among male low-income populations in coastal Peruvian cities. *Sexually Transmitted Diseases*, 2010, 37:75–80.
- 158 ВОЗ. Вакцины против гепатита В: документ по позиции ВОЗ. *Weekly Epidemiological Record*, 2009, 84:405–420. [http://www.who.int/immunization/Hepatitis\\_B\\_revised\\_Russian\\_Nov\\_09.pdf](http://www.who.int/immunization/Hepatitis_B_revised_Russian_Nov_09.pdf) (последнее обращение 11 декабря 2011 г.).
- 159 Saxton PJ, Hughes AJ, Robinson EM. Sexually transmitted diseases and hepatitis in a national sample of men who have sex with men in New Zealand. *New Zealand Medical Journal*, 2002, 115:U106.
- 160 Diamond C et al.; Seattle Young Men's Survey Team. Viral hepatitis among young men who have sex with men: prevalence of infection, risk behaviours, and vaccination. *Sexually Transmitted Diseases*, 2003, 30:425–432.
- 161 Grant RM et al. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. *New England Journal of Medicine*, 2010, 363:2587–2599.





семирная организация здравоохранения  
епартамент по / П

20, avenue Appia 1211 Geneva 27  
Switzerland

. по• та: [hiv-aids@who.int](mailto:hiv-aids@who.int)

<http://www.who.int/hiv/en/>

ISBN 978 92 4 4501757



9 789244 501757