ДОКЛАД КО ВСЕМИРНОМУ ДНЮ БОРЬБЫ СО СПИДОМ | 2021 Г

НЕРАВНЫЕ, НЕПОДГОТОВЛЕННЫЕ, НЕЗАЩИЩЕННЫЕ

ПОЧЕМУ НЕОБХОДИМЫ РЕШИТЕЛЬНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ПРОТИВ НЕРАВЕНСТВА, ЧТОБЫ ПОЛОЖИТЬ КОНЕЦ СПИДУ, ОСТАНОВИТЬ COVID-19 И ПОДГОТОВИТЬСЯ К БУДУЩИМ ПАНДЕМИЯМ

ВВЕДЕНИЕ И РЕЗЮМЕ

ПЕРЕСЕКАЮЩИЕСЯ ПАНДЕМИИ

Человечеству угрожает растущее число пандемий. Проблема СПИДа усугубляется эпидемией COVID-19 со смертельными последствиями, поскольку большая часть стран в мире остаются недостаточно подготовленными и не обеспеченными ресурсами для противостояния пандемиям сегодняшнего и завтрашнего дня.

На протяжении четырёх десятилетий достижения в области науки, прав человека и инвестиций в общественное здравоохранение привели к замечательным успехам в борьбе со СПИДом в некоторых регионах и среди определенных групп населения. Этот прогресс показал, что страны и сообщества способны работать вместе против смертоносной инфекции.

Вместе с тем, в этом направлении сохраняются существенные пробелы. Укоренившееся неравенство препятствует дальнейшему прогрессу в борьбе со СПИДом и делает мир уязвимым для будущих пандемий. Новые, грандиозные по масштабам вызовы, созданные COVID-19, ставят под угрозу достигнутые к настоящему времени завоевания.

В этом году всего за шесть месяцев до Всемирного дня борьбы со СПИДом государства-члены Организации Объединённых Наций (ООН) согласовали новый подход к решению проблемы неравенства, устранению разрыва в доступе к услугам по борьбе с ВИЧ к 2025 году и достижению глобальной цели — ликвидации СПИДа к 2030 году. При отсутствии запаса времени эти согласованные меры, тем не менее, осуществляются с недостаточной скоростью и в недостаточном масштабе.

Запаса времени не осталось. Системы здравоохранения и сообщества сейчас работают на пределе своих возможностей в связи с пандемией коронавируса, к которой мир, к большому сожалению, оказался совершенно не готов, несмотря на ясные предупреждения экспертов по инфекционным заболеваниям и даже голливудские фильмы-блокбастеры.

Данные ЮНЭЙДС показывают, что кривые инфицирования ВИЧ и смертности, связанной со СПИДом, снижаются недостаточно быстро, чтобы достичь конца пандемии. Неспособность развить достигнутые на сегодняшний день успехи приведёт к смерти от СПИДА 7,7 млн человек в течение этого десятилетия.[1] Большинство этих смертей можно было бы избежать, если бы мир следовал Глобальной стратегии по СПИДу на 2021–2026 годы и достиг целей, утверждённых Генеральной Ассамблеей ООН на 2025 год.

Во многих странах системы здравоохранения и медицинские работники работают сейчас на пределе возможностей из-за пандемии коронавируса, к которой мир оказался совершенно не готов, несмотря на чёткие предупреждения экспертов по инфекционным заболеваниям и даже голливудские фильмы-блокбастеры. Хуже того, два года кризиса из-за COVID-19 так и не смогли подтолкнуть мировое сообщество к единой реакции на новую пандемию: богатые страны накапливают вакцины и борются за то, чтобы убедить достаточную долю своего населения сделать прививку, в то время как страны с низким и средним уровнем дохода рискуют ощутить на себе всю силу следующей волны вирусной инфекции SARS-CoV-2.

Речь идёт не только о СПИДе. Действия и вмешательства, которые требуют большего политического лидерства, политического внимания и финансирования для того, чтобы покончить со СПИДом, также имеют решающее значение для того, чтобы обратить вспять тенденцию к распространению COVID-19. В то время как мировые лидеры и ведущие экономики стран «Группы двадцати» работают над созданием глобальной структуры для профилактики пандемий, обеспечения готовности к ним и реагирования на них, у нас есть опыт, накопленный с большим трудом в результате успехов и неудач борьбы со СПИДом, которым можно и нужно делиться. Этот опыт показывает, что критически важные элементы Глобальной стратегии по СПИДу практически отсутствуют в мероприятиях и планах по обеспечению готовности к пандемии, и которыми нельзя пренебрегать, если мир хочет исполнить своё намерение покончить со СПИДом в течение следующего десятилетия, быстро победить COVID-19 и с упреждением противодействовать пандемиям завтрашнего дня.

КРИВЫЕ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ КОЛИЧЕСТВО СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И СМЕРТНОСТИ ОТ СПИДА, СНИЖАЮТСЯ НЕДОСТАТОЧНО БЫСТРО. НЕСПОСОБНОСТЬ РАЗВИТЬ ДОСТИГНУТЫЕ НА СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ УСПЕХИ ПРИВЕДЁТ К СМЕРТИ ОТ СПИДА 7,7 МЛН ЧЕЛОВЕК В ТЕЧЕНИЕ ЭТОГО ДЕСЯТИЛЕТИЯ.

1. Оценка в 7,7 миллиона смертей от СПИДа в период 2021-2030 годов является прогнозным показателем на основе моделей ЮНЭЙДС, при условии сохранения охвата услугами в связи с ВИЧ на уровне 2019 года. В случае реализации Глобальной стратегии по СПИДу и достижения целей на 2025 год, по оценкам ЮНЭЙДС, за десятилетие можно было бы сохранить по меньшей мере 4,6 млн жизней.

Пять критически важных компонентов Глобальной стратегии по СПИДу, которые необходимо активизировать для того, чтобы положить конец СПИДу к 2030 году и укрепить глобальную архитектуру по предотвращению пандемий, обеспечению противодействия и готовности к ним

Инфраструктура с ведущим участием и на основе сообществ. В тех случаях, когда системы государственного здравоохранения привлекают общинные сети и организации и расширяют права и возможности тех, кто в наибольшей степени пострадал от пандемий, они добиваются большего успеха в борьбе с дезинформацией, обеспечении непрерывности медицинского обслуживания и защите прав и средств к существованию наиболее уязвимых групп населения.

Равный доступ к лекарствам, вакцинам и медицинским технологиям. Потребовались десятилетия для того, чтобы тесты на ВИЧ и лекарства стали широко- и легкодоступными для всех, кто в них нуждается. Миллионы людей погибли за это время. Неравенство в отношении вакцин в условиях сегодняшней пандемии COVID-19 перекликается с неравенством в области лечения при раннем реагировании на СПИД. В начале ноября 2021 года только 2% людей в странах с низким уровнем дохода были полностью вакцинированы против COVID-19 по сравнению с 65% в странах с высоким уровнем дохода *(1)*. В середине ноября ежедневное количество вакцин-стимуляторов, вводимых во всем мире (главным образом в странах с высоким уровнем дохода), в шесть раз превышало ежедневное количество первичных доз в странах с низким уровнем дохода *(2)*. Негодование, вызванное бессовестным сокрытием антиретровирусных препаратов от стран с низким уровнем дохода в 1990-х и начале 2000-х годов, привело к созданию таких механизмов, которые делают доступными и недорогими непатентованные версии передовых разработок в области ВИЧ. Необходимо и далее укреплять эти механизмы для того, чтобы все жизненно важные лекарства, вакцины, диагностические средства и другие медицинские технологии рассматривались в качестве общественных благ.

Повышение значимости работников ключевых сфер. Медицинские работники, работники социальной сферы, учителя и волонтёры являются героями мер реагирования на пандемию, рискуя своим здоровьем, чтобы обеспечить медицинскую помощь и гарантировать наличие базовых товаров и услуг. Однако они часто работают в небезопасных и эксплуататорских условиях, их труд недостаточно вознаграждается, они постоянно сталкиваются с нехваткой ресурсов, а их вклад в общество в большинстве случаев недооценён, за исключением самых острых фаз кризиса. Для удержания на рабочих местах важнейших сотрудников необходимо повысить их статус и предоставить им необходимые ресурсы и инструментарий.

Права человека в центре борьбы с пандемией. Нарушения прав человека подрывают доверие и отвлекают людей от мер общественного здравоохранения. Эта ситуация остаётся препятствием на пути к прекращению эпидемии СПИДа во многих регионах. Отсутствие уважения к правам человека также подрывает меры по борьбе с COVID-19. С другой стороны, факты и опыт показывают, что внимание к правам человека способствует улучшению состояния здоровья населения. Ключевые принципы реагирования на пандемию, основанные на соблюдении прав человека и укрепляющие общественное доверие, включают в себя ограничение применения уголовного права для соблюдения мер общественного здравоохранения, выявление нарушений прав людей на местах, эффективные судебные и правозащитные институты, а также независимые группы гражданского общества, способные привлечь к ответственности государственные органы и прочих исполнителей.

Ориентированные на людей системы сбора и обработки данных, выявляющих неравенство. В мире, изобилующем данными, легко выбрать те виды данных, которые усиливают предвзятость и защищают личные и политические интересы. Меры реагирования на пандемию должны формироваться на основе объективной триангуляции широкого спектра данных. Сбор, анализ и использование как количественных, так и качественных данных – с соблюдением этических принципов и конфиденциальности – имеет решающее значение для понимания того, какие группы населения в наибольшей степени затронуты вспышкой заболевания, кто получает услуги, а кто не получает их и почему.

Мужчине из Камбоджи, живущему с ВИЧ, дезинфицируют руки перед медицинским осмотром. Фото: ЮНЭЙДС / С. Дара

ПЯТИЛЕТНЯЯ СТРАТЕГИЯ ЛИКВИДАЦИИ НЕРАВЕНСТВА И СПИДА

В 2021 году благодаря усилиям по поддержанию и активизации глобальных мер в ответ на ВИЧ были достигнуты две важные вехи: разработка пятилетней Глобальной стратегии борьбы со СПИДом и утверждение этой стратегии Генеральной Ассамблеей ООН с акцентом на решение проблемы неравенства наряду с комплексным перечнем глобальных целей на 2025 год.

Глобальная стратегия по СПИДу на 2021–2026 годы и глобальные цели на 2025 год указывают на то, что ВИЧ бурно распространяется по линиям разлома, вызванным неравенством как внутри, так и между общественными группами, и целенаправленное устранение этого неравенства сделает СПИД лишь одной из тем в учебниках истории. ВИЧ не является уникальным в этом отношении: неравенство лежит в основе неравномерных последствий эпидемии коронавируса, туберкулёза, малярии, лихорадки Эбола, холеры и других инфекционных заболеваний.

Несколько ключевых групп населения – в их числе работники секс-бизнеса, потребители инъекционных наркотиков, заключённые, трансгендеры, мужчины-геи, а также другие мужчины, имеющих секс с мужчинами, – подвергаются повышенному риску заражения ВИЧ и другими опасными для жизни инфекциями в связи с их маргинализованным статусом в обществе, частой дискриминацией и насилия, а также карающими законами в отношении их действий. Новый анализ, проведённый ЮНЭЙДС, показывает, что данные, представленные многими странами, по-видимому, недооценивают численность ключевых групп населения, в результате чего десятки миллионов людей, испытывающих наибольшие потребности, остаются практически незамеченными в национальных планах и программах по борьбе с ВИЧ (см. главу 5).

ВИЧ БУРНО РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ ПО ЛИНИЯМ РАЗЛОМА, ВЫЗВАННЫМ НЕРАВЕНСТВОМ КАК ВНУТРИ, ТАК И МЕЖДУ ОБЩЕСТВЕННЫМИ ГРУППАМИ, И ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННОЕ УСТРАНЕНИЕ ЭТОГО НЕРАВЕНСТВА СДЕЛАЕТ СПИД ЛИШЬ ОДНОЙ ИЗ ТЕМ В УЧЕБНИКАХ ИСТОРИИ.

В странах Африки к югу от Сахары число девочек-подростков и женщин по-прежнему намного превышает число мужчин и мальчиков среди людей, заражающихся ВИЧ. Однако мужчины в этом регионе имеют меньше шансов получить услуги по тестированию на ВИЧ и лечению. Нищета и отсутствие школьного образования являются дополнительными труднопреодолимыми барьерами для доступа к медицинской помощи и услугам в связи с ВИЧ. Существенные данные свидетельствуют о том, что расширение прав и возможностей девочек-подростков и молодых женщин может не только снизить риск инфицирования ВИЧ, но и обеспечить им широкий спектр преимуществ в области здоровья и социального благополучия на протяжении всей жизни. Образование, в частности, снижает уязвимость к ВИЧ, одновременно помогая строить сильные, устойчивые общества, что подчёркивает важность национальных инвестиций в систему образования в целом и в меры по удержанию девочек в школе, в частности.

Глобальная стратегия по борьбе со СПИДом включает в себя накопленный десятилетиями опыт и фактические данные, формирует комплексную систему преобразующих действий, направленных на: максимальное расширение справедливого и равного доступа к услугам и решениям в сфере противодействия ВИЧ; устранение барьеров на пути эффективного лечения ВИЧ-инфекции; выделение всесторонних ресурсов и поддержание эффективных мер в ответ на ВИЧ и их интеграцию в системы здравоохранения, социальной защиты, гуманитарной помощи и противодействия пандемиям.

Многие аспекты Глобальной стратегии борьбы со СПИДом также имеют важное значение для предотвращения пандемий и реагирования на них в будущем.

ВАЖНЕЙШИЕ ПРОГРАММЫ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ ВИЧ: АДАПТАЦИЯ И УСТОЙЧИВОСТЬ

Ущерб от пандемии COVID-19, нанесённый программам по борьбе с ВИЧ, различается в разных странах. Имели место существенные сбои, особенно в течение первых шести месяцев кризиса. Кроме того, люди, живущие с ВИЧ, подвержены повышенному риску инфицирования и смерти вследствие COVID-19 (см. вставку). Есть также много вдохновляющих примеров адаптации и устойчивости.

Почти две трети (65%) из 130 стран, включённых в исследование в 2020 году, сообщили о перебоях в предоставлении людям, употребляющим наркотики, услуг по снижению вреда, которые являются краеугольным камнем системы мер по профилактике ВИЧ среди этой ключевой группы, подверженной повышенному риску заражения ВИЧ *(3)*. В 2020 году были также сорваны программы добровольного медицинского мужского обрезания, причём в некоторых странах эти процедуры были полностью остановлены. Целевые показатели, установленные для программ добровольного медицинского мужского обрезания в 15 приоритетных странах восточной и южной Африки, не были достигнуты в значительной степени, однако по мере ослабления социальных ограничений к концу 2020 года появились обнадёживающие признаки восстановления этих программ *(4)*. В 2020 году были расширены программы доконтактной профилактики (ДКП), однако степень доступности ДКП по-прежнему далека от глобальной цели для этого относительно нового метода профилактики ВИЧ.

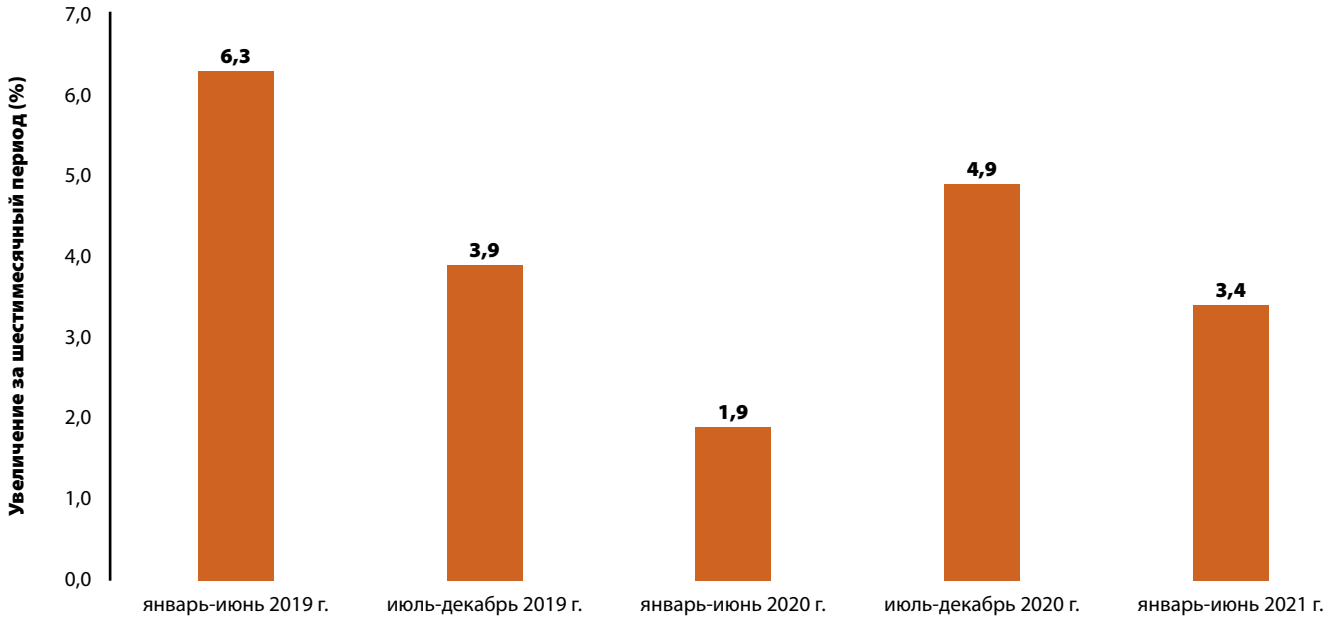
Темпы тестирования на ВИЧ снизились почти повсеместно, и имеющиеся данные свидетельствуют о том, что в 2020 году в 40 из 50 стран, представивших соответствующие данные ЮНЭЙДС, сократились число поставленных диагнозов ВИЧ-инфекция, а также число людей, живущих с ВИЧ и начавших лечение.

Наибольшие сбои произошли в первой половине 2020 года, когда многие страны впервые ввели ограничительные меры в связи с эпидемией коронавируса, а программы противодействия ВИЧ спешно пытались адаптироваться к новым условиям. Число людей, живущих с ВИЧ и получающих антиретровирусную терапию, увеличилось всего на 1,9% с января по июнь 2020 года, с 25,5 млн человек до 26,0 млн человек. Затем последовал ускоренный рост на 4,9% с июля 2020 года по декабрь 2020 года, в результате которого охват лечением достиг 27,3 млн человек, а затем наблюдался рост на 3,4% в течение первых шести месяцев 2021 года. На конец июня 2021 года мире насчитывалось 28,2 млн человек, живущих с ВИЧ и получавших лечение.[2]

НАИБОЛЬШИЕ СБОИ В ПРЕДОСТАВЛЕНИИ УСЛУГ В СВЯЗИ С ВИЧ ПРОИЗОШЛИ В ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ 2020 ГОДА, КОГДА МНОГИЕ СТРАНЫ ВПЕРВЫЕ ВВЕЛИ ЛОКДАУН, А ПРОГРАММЫ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ ВИЧ СПЕШНО ПЫТАЛИСЬ АДАПТИРОВАТЬСЯ К НОВЫМ УСЛОВИЯМ.

2. Оценки по охвату лечением на середину этого года основаны на данных, полученных от 80 стран, в которых насчитывается 80% людей, живущих с ВИЧ в мире, и экстраполированы на все остальные страны.

РИСУНОК 1. Процентное изменение числа людей, живущих с ВИЧ и получающих АРТ, во всём мире, январь 2019 г. — июнь 2021 г.



Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, 2021 год.

Во многих районах потрясения, вызванные COVID-19, стимулировали изобретательность и способность к восстановлению, которые стали отличительными особенностями противодействия ВИЧ. Программы, хорошо обеспеченные ресурсами, готовые адаптироваться и опирающиеся на активную поддержку и участие местных сообществ, как правило, лучше всего справляются с этой задачей. Ограничения на передвижение в связи с COVID-19 потребовали ускоренной выдачи лекарств на несколько месяцев вперёд в рамках национальных программ лечения ВИЧ-инфекции. Этот подход, позволивший людям продолжать приём препаратов от ВИЧ несмотря на сбои в работе служб, имел огромный успех. Подобным образом, выдача доз для ведения опиоидной заместительной терапии на дому снизили стигматизацию и улучшили приверженность к лечению у людей, употребляющих инъекционные наркотики в Соединённом Королевство Великобритании и Северной Ирландии *(5)*.

Проявление доверия к затронутым сообществам неизменно оказывается победоносной стратегией. Лечение ВИЧ и предоставление других важнейших услуг были сохранены за счёт перехода на формы обслуживания внутри сообществ и другие формы дифференцированных услуг с использованием телемедицины и виртуальных платформ для информации и поддержки. Были созданы схемы и пункты приёма лекарств в общинах, организованы службы доставки лекарств на дом, а терапевтическая поддержка была перенесена в Интернет.

Например, в семи странах восточной и южной Африки в 2500 пунктах лечения ВИЧ-инфекции при поддержке Чрезвычайного плана президента США по оказанию помощи больным СПИДом (ПЕПФАР), обслуживающих 1,8 миллиона человек, живущих с ВИЧ, был пополнен запас антиретровирусных препаратов в общинных центрах медицинской помощи; больший объем лекарств был выдан на более продолжительный период лечения (шесть месяцев вместо обычных трёх) при этом в клиниках соблюдались требования социального дистанцирования и другие профилактические меры *(6)*.[1] В шести из семи стран эти изменения действительно уменьшили долю пациентов, столкнувшихся с прерыванием лечения. Во всех семи странах число пациентов, прервавших лечение в квартале, предшествовавшем введению ограничений, оказалось на 23% больше, чем во время локдауна, а в квартале после введения ограничений число тех, кто прервал лечение, сократилось ещё на 10% по сравнению с числом пациентов, прервавших лечение во время локдауна.

3. Этими семью странами являются: Ботсвана, Эсватини, Намибия, Руанда, Уганда, Замбия и Зимбабве.

В Уганде использовалось сочетание подходов, ориентированных на местное сообщество, включая выдачу антиретровирусных препаратов на несколько месяцев вперёд, работу общинных пунктов приёма лекарств и пунктов коллективной выдачи препаратов (когда люди объединяются в небольшие группы и поочерёдно забирают антиретровирусные препараты на всю группу) *(7)*. В Западной и Центральной Африке инициатива Нигерии по быстрому расширению применения АРТ (Antiretroviral Therapy Surge) позволила увеличить охват и качество лечения ВИЧ-инфекции несмотря на перебои, вызванные пандемией COVID-19 (см. тематический пример).

До кризиса, связанного с коронавирусом COVID-19, многие страны сопротивлялись рекомендациям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) выдавать антиретровирусные препараты на несколько месяцев, утверждая, что они слишком сложны и рискованны для выполнения. Эти причитания и проволочки напомнили о беспочвенных опасениях десятилетиями ранее, когда антиретровирусные препараты были жестоким образом не допущены к распространению в странах Африки к югу от Сахары и других странах с низким уровнем доходов из-за того, что системы здравоохранения в этих странах слишком слабы, а пациенты слишком мало образованы и дисциплинированы, чтобы им можно было бы доверить ежедневный приём препаратов для лечения ВИЧ-инфекции.

Связанные с COVID-19 сбои в производстве и распространении антиретровирусных препаратов угрожали привести к дефициту лекарств и сдерживали расширение многомесячной выдачи лекарств в некоторых странах. Таможенные данные из Индии показывают, что в марте–июне 2020 года, когда многие страны ввели первый локдаун, произошло значительное сокращение поставок антиретровирусных препаратов-генериков в страны с низким и средним уровнем дохода. Объёмы экспорта из Индии восстановились и увеличились в конце 2020 года (8). Влияние COVID-19 в 2020 году и появление дельта-штамма SARS-CoV-2 в Индии и его глобальное распространение в 2021 году, по-видимому, изменили порядок и объём заказов на антиретровирусных препараты-генерики из стран с низким и средним уровнем дохода по сравнению с предыдущими годами, но это не повлияло на поставку заказов, которые были размещены в первые восемь месяцев 2021 года *(8)*.

Получены доказательства того, что люди, живущие с ВИЧ, сталкиваются с более высоким риском заражения COVID-19

Появляется более полная картина взаимодействия между ВИЧ-инфекцией и инфекцией SARS-CoV-2, а также реакции на вакцину против COVID-19 у людей, живущих с ВИЧ. Значительное количество фактических данных — из ЮАР, Великобритании и США — указывает на то, что люди, живущие с ВИЧ, при инфицировании вирусом SARS-CoV-2 подвергаются повышенному риску тяжёлого течения заболевания и смерти *(9–14)*. Риск особенно высок для людей, которые не контролируют ВИЧ с помощью антиретровирусной терапии *(15, 16)*.

В ходе недавнего крупного исследования, основанного на данных 5,8 миллиона человек в 54 клинических центрах в США, были рассмотрены потенциально усугубляющие факторы с учётом сопутствующих заболеваний, демографических характеристик и факторов образа жизни. Было установлено, что наличие ВИЧ связано с повышенным на 20% риском госпитализации по поводу COVID-19 и на 29% более высоким риском смертности от COVID-19 *(17)*. Результаты в целом повторяются в мета-анализе 84 исследований, проведённых в Африке, Азии, Америке и Европе *(18)*.

Также появляется всё больше данных, свидетельствующих о том, что у людей, живущих с ВИЧ, риск неблагоприятных исходов наиболее высок среди больных коронавирусом, имеющих небольшое число клеток CD4 в крови или обнаруживаемую вирусную нагрузку *(17, 19–21)*. Это подчёркивает важность и многочисленные преимущества успешного лечения ВИЧ-инфекции. Следует, однако, отметить результаты другого исследования, указывающие на то, что люди, живущие с ВИЧ и имеющие низкий показатель количества клеток CD4, вероятно подвержены более высокому риску неблагоприятного исхода при инфицировании COVID-19, даже если у них наблюдается вирусная супрессия *(22)*. Есть основания предполагать, что люди, которые недавно начали лечение ВИЧ, или те, кто имел низкое количество клеток CD4 в течение длительного времени, могут нуждаться в более тщательном наблюдении при инфицировании COVID-19. Центры США по контролю и профилактике заболеваний рекомендуют бустерную вакцинацию против COVID-19 для людей с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции или тех, кто не лечит ВИЧ-инфекцию *(23)*.

Нет доказательств того, что ВИЧ-инфекция может ассоциироваться с нежелательными реакциями на действующие вакцины против COVID-19. Тем не менее, существуют противоречивые данные исследований о том, могут ли люди, живущие с ВИЧ, иметь более слабый иммунный ответ на вакцину. Несколько исследований не обнаружили подобной разницы *(24–27)*. Однако в недавнем исследовании, проведённом в США, сообщалось о более слабом иммунном ответе на вакцину у людей, живущих с ВИЧ, по сравнению с ВИЧ-отрицательными людьми, при этом эффект, по-видимому, различается в зависимости от вакцины *(28)*. Иммунный ответ был самым слабым у людей, живущих с ВИЧ, с неподавленной вирусной нагрузкой. Антитела, однако, не являются единственным определяющим фактором иммунного ответа, и в упомянутом выше исследовании Т-клеточная иммунная реакция не измерялась.

КРИЗИС COVID-19 УСУГУБЛЯЕТ НЕРАВЕНСТВО

В то время как многие программы по борьбе с ВИЧ продемонстрировали устойчивость в период кризиса COVID-19, более обширный ущерб, нанесённый пандемией — наиболее остро ощущаемый населением, которое уже относятся к наиболее обездоленным слоям общества — угрожает подорвать глобальные усилия по прекращению пандемии СПИДа к 2030 году.

По данным Всемирного экономического форума, пандемия COVID-19 отбросила достижения в области гендерного равенства минимум на поколение назад. Исходя из текущих тенденций, потребуется почти 136 лет, чтобы ликвидировать глобальный гендерный разрыв, образовавшийся за 100 лет до появления COVID-19. Во время пандемии потери работы и дохода затронули женщин в наибольшей степени, в то время как бремя их неоплачиваемого труда по дому возросло *(29)*. Десятки исследований задокументировали рост насилия в отношении женщин и девочек во время пандемии; рост насилия — помимо физического и эмоционального вреда — также ассоциирован с повышенным риском заражения ВИЧ и ухудшением здоровья женщин, живущих с ВИЧ *(30–32)*. Оперативная оценка воздействия пандемии COVID-19 в шести странах в 2020 году показала, что доступ к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья был нарушен *(33)*.[2] Школьное обучение также было прервано в какой-то момент для большинства детей в мире, и, согласно прогнозам, 11 миллионов девочек могут никогда не вернуться в школу после пандемии COVID-19 *(34)*.

Социальная защита была временно расширена во многих странах, поскольку закрытыми оказались целые секторы занятости, однако многие из беднейших и наиболее уязвимых слоёв населения не получили помощь. По мере падения доходов и роста цен на продовольствие усугубляется проблема отсутствия продовольственной безопасности: согласно данным Продовольственной и сельскохозяйственной организации ООН примерно каждый третий человек в мире (2,4 миллиарда человек) не имел доступа к достаточному питанию в 2020 году, что на 320 миллионов человек больше, чем в предыдущем году *(35)*. Отсутствие продовольственной безопасности также негативно влияет на людей, живущих с ВИЧ, – в частности ухудшается их приверженность лечению ВИЧ-инфекции. *(36)*.

Сотрудник организации гражданского общества Diálogo Diverso раздает презервативы мигрантам из Боливарианской Республики Венесуэла. Базируясь в Кито, Эквадор, Диалого Diverso работает над защитой и продвижением прав человека, уделяя особое внимание гендерным вопросам и лесбиянкам, геям, бисексуалам, трансгендерам и интерсексуалам (ЛГБТИ). Фото: ЮНЭЙДС.

4. В числе этих стран были: Колумбия, Кения, Нигерия, Южная Африка, Уганда и США.

УРОКИ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ГОТОВНОСТИ К ПАНДЕМИИ И РЕАГИРОВАНИЮ НА НЕЁ

За последние два года задача по прекращению пандемии СПИДа приобрела более масштабный характер. Проблемы, возникшие во время кризиса COVID-19, и усилия по их преодолению также высветили некоторые из ключевых элементов успеха для реагирования на пандемию. Корректировка курса, предусмотренная в Глобальной стратегии по СПИДу, не только положит конец этому заболеванию к 2030 году; она также необходима для защиты мира от будущих пандемий. В стратегии борьбы со СПИДом основное внимание уделяется неравенству; в ней признается, что люди и сообщества, подверженные наибольшему риску, должны находиться в центре усилий по борьбе с пандемией. Никто не будет в безопасности, пока каждый не окажется в безопасности.

История также подчёркивает фундаментальную важность достаточно надёжного финансирования для проведения и поддержания эффективных противопандемийных мер. Наиболее устойчивыми программами по борьбе с ВИЧ во время кризиса COVID-19 были программы с надёжным финансированием и мощным костяком специалистов общественного здравоохранения, тесно сотрудничающих с лидерами сообществ. Увеличение, а не уменьшение расходов на здравоохранение является приоритетом, если мир хочет взять под контроль пандемию COVID-19 и положить конец пандемиям ВИЧ и туберкулёза *(37)*.

Существует значительная опасность повторения ошибок прошлого, когда краткосрочный экономический рост, рыночные доли корпоративных гигантов и личное политическое будущее государственных лидеров приобретают приоритет над долгосрочным общественным благом, которое может быть достигнуто, когда системам общественного здравоохранения предоставляются ресурсы и поддержка, необходимые для реагирования на кризисы в области здравоохранения, и когда сообщества конструктивно вовлечены в борьбу с неравенством и обеспечивают, чтобы никто не остался не охваченным мерами реагирования на СПИД, COVID-19 и другие пандемии.

По мере продолжения переговоров в 2022 году по профилактике пандемий, обеспечению противодействия и готовности к ним, пять важнейших составляющих требуют повышенного внимания со стороны мировых лидеров: (1) инфраструктура, управляемая сообществами и основанная на сообществах; (2) справедливый доступ к лекарствам, вакцинам и медицинским технологиям; (3) поддержка работников на передовой линии борьбы с пандемией; (4) соблюдение прав человека должно занимать центральное место в противодействии пандемии; и (5) системы сбора и обработки данных, ориентированные на людей и выявляющие неравенство. Для людей, живущих с ВИЧ, и подверженных повышенному риску заражения, ставки невероятно высоки. Эти люди относятся к наиболее уязвимым группам населения, но они не одиноки в своей беде: быстрое распространение и масштабные последствия COVID-19 становятся глобальной трагедией, затрагивающей почти всех. Вместе с тем, этот кризис также предоставляет беспрецедентную возможность извлечь уроки из ошибок прошлого и мобилизовать политическую волю и инвестиции, необходимые для создания всеобъемлющей глобальной рамочной стратегии, которая сможет положить конец неравенству, СПИДу и пандемиям.

COVID-19 – ЭТО УЖАСНЫЙ КРИЗИС. НО ОН ТАКЖЕ ПРЕДОСТАВЛЯЕТ БЕСПРЕЦЕДЕНТНУЮ ВОЗМОЖНОСТЬ ИЗВЛЕЧЬ УРОКИ ИЗ ОШИБОК ПРОШЛОГО И МОБИЛИЗОВАТЬ ПОЛИТИЧЕСКУЮ ВОЛЮ И ИНВЕСТИЦИИ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ СОЗДАНИЯ ВСЕОБЪЕМЛЮЩЕЙ ГЛОБАЛЬНОЙ РАМОЧНОЙ СТРАТЕГИИ, КОТОРАЯ СМОЖЕТ ПОЛОЖИТЬ КОНЕЦ НЕРАВЕНСТВУ, СПИДУ И ПАНДЕМИЯМ.

РЕАЛЬНАЯ ИСТОРИЯ: ГИБКАЯ АДАПТАЦИЯ И БОЛЬШИЕ ОПАСНОСТИ ДЛЯ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ В НИГЕРИИ

Пандемия COVID-19 поразила Нигерию в ходе интенсивных усилий по ускорению охвата антиретровирусной терапией людей, живущих с ВИЧ. Следующее событие стало вдохновляющим примером того, как эффективная, ориентированная на сообщество программа борьбы с ВИЧ может справиться с перебоями, вызванными пандемией COVID-19.

Поддерживаемая ПЕПФАР инициатива Нигерии по быстрому расширению применения АРТ (Nigeria Antiretroviral Therapy Surge) началась в апреле 2019 года. Была поставлена цель за 18 месяцев увеличить охват терапией людей, живущих с ВИЧ, на 500 000 человек в 10 штатах и территориях Нигерии, с использованием препаратов, предоставляемых ПЕПФАР *(38)*.[3]

Диагностика людей, живущих с ВИЧ, является особенно сложной задачей в программе лечения Нигерии из-за низкой посещаемости медицинских учреждений, особенно в сельских районах с низким уровнем дохода. Для преодоления этой проблемы в рамках программы использовались данные недавнего национального обследования, с тем чтобы сосредоточить внимание на районах с большим числом недиагностированных людей, живущих с ВИЧ, применении инструмента для скрининга риска заражения ВИЧ и индексного тестировании для ускорения диагностики ВИЧ-инфекции, а также на нескольких стратегиях поддержки, позволяющих быстро назначить лечение людям с недавно установленным диагнозом ВИЧ-инфекция *(39)*.

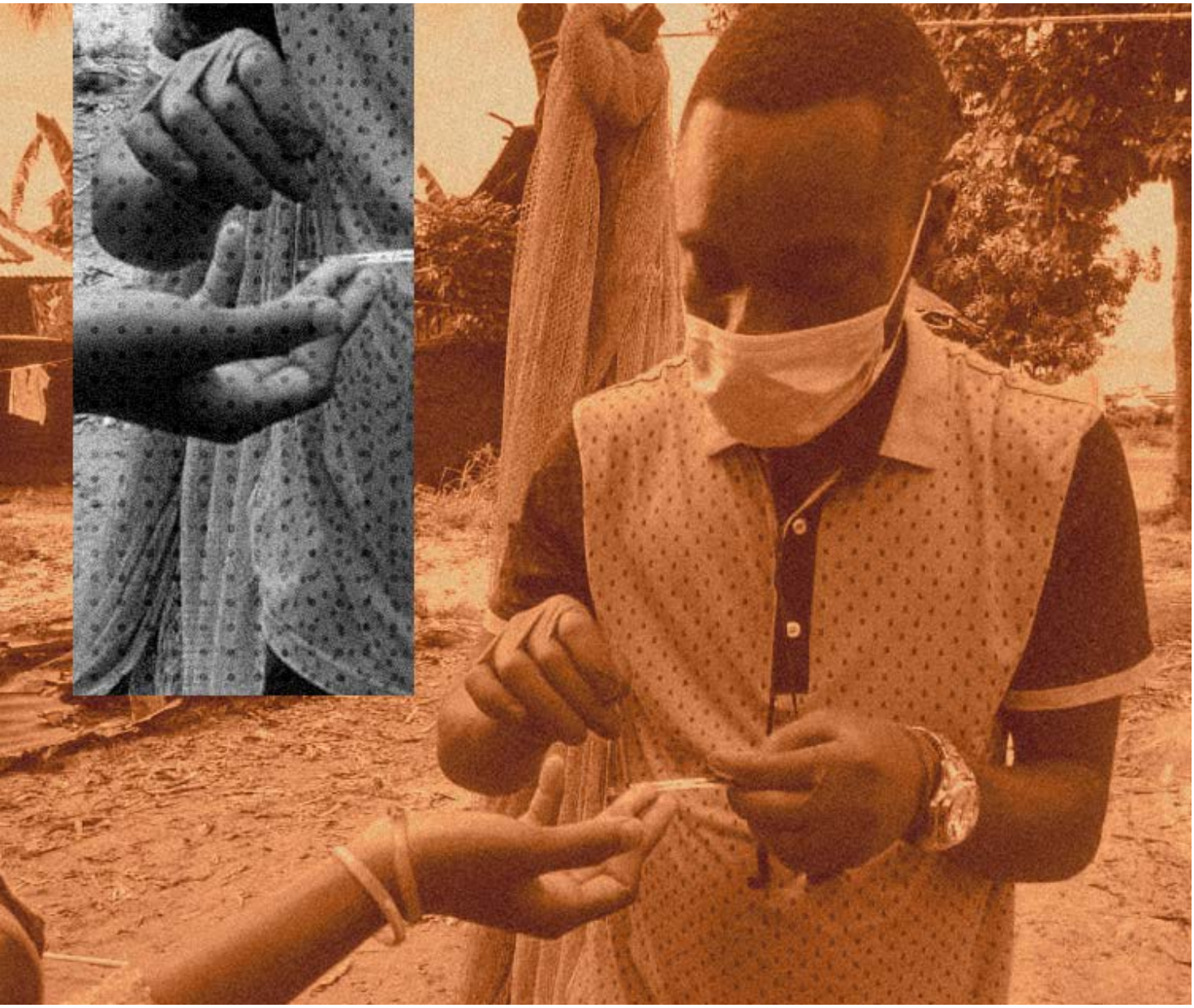
Тестирование на уровне общин, активное взятие на диспансерный учёт, немедленное начало лечения и предоставление 30-дневных «стартовых пакетов» антиретровирусных препаратов позволили добиться впечатляющих результатов в течение короткого периода времени. В 10 штатах и территориях еженедельное количество проведённых тестов на ВИЧ увеличилось на 518% с апреля 2019 года по март 2020 года, еженедельное количество положительных результатов тестов увеличилось на 239%, а еженедельное количество вновь выявленных людей, живущих с ВИЧ и начавших лечение, увеличилось на 272% (рисунок 11) *(40)*. Общее число людей, получивших лечение в 10 штатах и территориях, увеличилось на 43% в течение первого года программы и составило в общей сложности 559 488 человек *(40)*.

Медицинские работники преодолевают опасную местность, чтобы оказывать услуги клиентам в труднодоступных местах по пути в больницу общего профиля, в местности Андони. Район (LGA), штат Риверс, Нигерия. Фото: PEPFAR Нигерия.

5. Среди этих штатов были: Аква-Ибом, Бенуэ, Дельта, Энугу, федеральная столичная территория, Гомбе, Имо, Лагос, Насарава и Риверс.

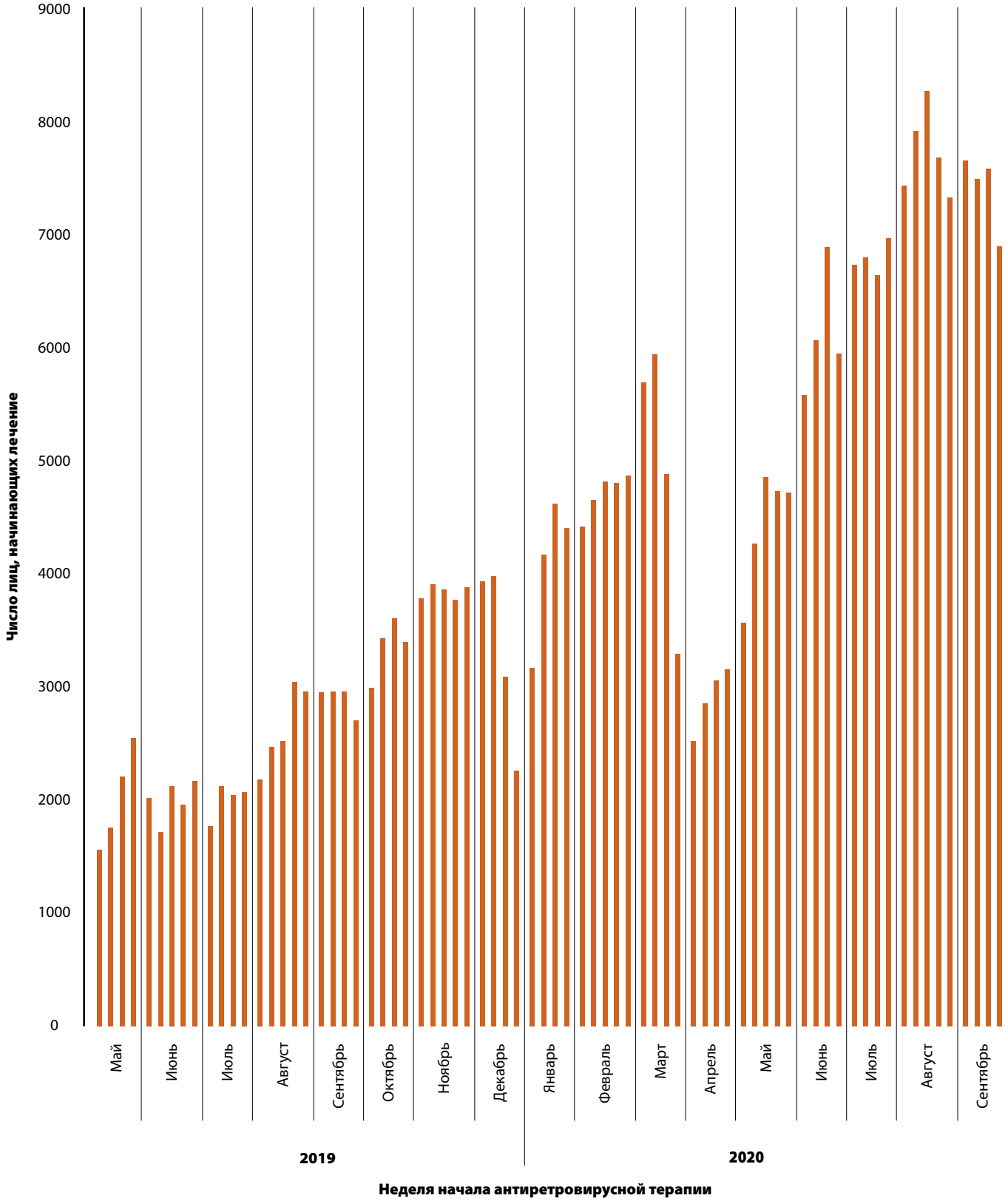
Когда ограничения, связанные с COVID-19, начали влиять на посещаемость медицинских учреждений в начале 2020 года, руководители программы существенно усилили компоненты работы, ориентированные на общины. Информационно-просветительские группы взаимодействовали с местными общественными организациями, адаптируя разъяснительную работу, скрининг, консультирование и тестирование на ВИЧ в условиях ограничений из-за COVID-19 с тем, чтобы облегчить получение препаратов и удержание на лечении *(41)*. Для сокращения числа обращений в медицинские учреждения людям, начинающим лечение ВИЧ, были предоставлены антиретровирусные препараты на 90 дней вперёд. Были созданы дополнительные общинные пункты выдачи антиретровирусных препаратов, и людям отправлялись сообщения по мобильным телефонам с напоминаниями о пополнении запаса и адресами близлежащих пунктов. Практика выдачи антиретровирусных препаратов на несколько месяцев вперёд (от трех до шести) была также распространена на всех, кто уже получает лечение по поводу ВИЧ-инфекции. Меры по смягчению последствий COVID-19 включали в себя предоставление сотрудникам масок, соблюдение сотрудниками и клиентами более строгой гигиены рук во время посещения медицинских учреждений, а также меры физического дистанцирования *(42)*. Большинство нововведений были внедрены к апрелю 2020 года *(43)*.

Доля людей, получивших диагноз в своих общинах (а не в медицинских учреждениях), выросла с 67% в марте 2020 года до 80% в сентябре 2020 года; 90% людей, получавших лечение, имели многомесячные рецепты на антиретровирусные препараты, и почти всегда выдача лекарств происходила вовремя *(40)*. К маю 2020 года активность программы вернулась к допандемийному уровню (т. е. уровню на конец марта 2020 года) и продолжала расти: в период с апреля по сентябрь 2020 года лечение начали 161 444 человека, а общее количество людей, получающих лечение, увеличилось ещё на 29% и составило 720 932 человека *(40)*.



Тестирование на ВИЧ в общине в штате Южный Аква Ибом, Нигерия. Фото: PEPFAR Нигерия.

РИСУНОК 2. Число людей с недавно установленным диагнозом ВИЧ-инфекция, которые начали антиретровирусную терапию, по неделям, десять нигерийских штатов, участвующих в инициативе Antiretroviral Therapy Surge, 4 мая 2019 года - 26 сентября 2020 года



Примечание: Десять нигерийских штатов приняли участие в инициативе по антиретровирусной терапии: Аква-Ибом, Бенуэ, Дельта, Энугу, федеральная столичная территория, Гомбе, Имо, Лагос, Насарава и Риверс.

"Примечание: 27 февраля 2020 года Нигерийский центр по контролю и профилактике заболеваний подтвердил первый подтвержденный случай COVID-19. Он привел в действие Центр чрезвычайных операций 28 февраля. После этого правительство Нигерии приняло меры по смягчению последствий COVID-19, включая закрытие школ (с 19 марта), запреты на международные поездки (с 23 марта) и распоряжения о пребывании на дому по всем штатам (с 30 марта)."

Источник: Dirlikov E, Jahun I, Odafe SF, Obinna O, Onyenuobi C, Ifunanya M и соавт. Быстрое расширение программы антиретровирусной терапии до и во время пандемии COVID-19 — девять штатов, Нигерия, 31 марта 2019 года–30 сентября 2020 года. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2021;70(12):421-6.

REFERENCES

1. Our World in Data [database]. Our World in Data; c2021 (https://ourworldindata.org/covid-vaccinations).
2. Kutlu O. WHO head says there is "scandal" in global coronavirus vaccine inequity. In: Anadolu Agency [Internet]. 13 November 2021. Anadolu Agency; c2021 (https://www.aa.com.tr/en/health/who-head-says-there-is-scandal-in-global-coronavirus-vaccine-inequity/2419607).
3. The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services [Internet]. Geneva: WHO; 2020 (https://www.who.int/publications/i/item/978924012455).
4. Peck M, Ong K, Lucas T, Kiggundu V, Thomas A, Chandler S et al. Characterizing the effect of the COVID-19 pandemic on PEPFAR-supported voluntary medical male circumcision services, 2020. International AIDS Society Conference, 18–21 July 2021. Abstract 760.
5. EuroNPUD. Take home opiate substitution therapies. Advocacy brief. 2020 (https://www.dropbox.com/s/s0y4hrvacf4q1f2/EuroNPUD%20Take%20Home%20OST%20Advocacy%20Brief%20UK.pdf?dl=0).
6. Mehta N, Stewart A, Fisher K, Ghosh S, Santos L, Harvey P et al. Impact of COVID-19 on HIV treatment interruption in seven PEPFAR countries, April–June 2020. International AIDS Society Conference, 18–21 July 2021. Abstract 2641.
7. Zakumumpa H, Makobu K, Ntawiha W, Maniple E. A mixed-methods evaluation of the uptake of novel differentiated ART delivery models in a national sample of health facilities in Uganda. PLoS One. 2021;16(7):e0254214.
8. UNAIDS analysis of Indian customs data obtained from Seair Exim solutions, 2020–2021.
9. Western Cape Department of Health in collaboration with the National Institute for Communicable Diseases, South Africa. Risk Factors for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Death in a Population Cohort Study from the Western Cape Province, South Africa. Clin Infect Dis. 2021 Oct 5;73(7):e2005-e2015.
10. Sabin C, Raya R, Curtis H, Water L, Chadwick D; BHIVA COVID Registry Working Group. Coronavirus (COVID)-19 in people with HIV in the UK: initial findings from the BHIVA COVID-19 Registry. Fifth Joint Conference of the British HIV Association and the British Association for Sexual Health and HIV, 19–21 April 2021. Abstract 08.
11. Bhaskaran K, Rentsch CT, MacKenna B, Schulze A, Mehrkar A, Bates CJ et al. HIV infection and COVID-19 death: a population-based cohort analysis of UK primary care data and linked national death registrations within the OpenSAFELY platform. Lancet HIV. 2021;8(1):e24-e32.
12. Geretti AM, Stockdale AJ, Kelly SH, Cevik M, Collins S, Waters L et al. Outcomes of COVID-19 related hospitalization among people with HIV in the ISARIC WHO Clinical Characterization Protocol (UK): a prospective observational study. Clin Infect Dis. 2020 Oct 5;73(7):e2095-e2106.
13. Yendewa GA, Perez JA, Schlick KA, Tribout HA, McComsey GA. Characterizing COVID-19 presentation and clinical outcomes in HIV patients in the US. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 6–10 March 2021. Abstract 548.
14. Spinelli MA, Brown LB, Glidden DV, Hunter K, Martin-Tuite P, Zheng J et al. SARS-CoV-2 incidence, testing rates, and severe COVID-19 outcomes among people with and without HIV. AIDS. 2021;35:2545-7.
15. Ambrosioni J, Blanco JS, Reyes-Uruena JM, Davies M, Sued O, Marcos MA et al. Overview of SARS-CoV-2 infection in adults living with HIV. Lancet HIV. 2021;8(5):e294-e305.
16. Del Amo J. Does HIV impact COVID-19 susceptibility or severity? Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 6–10 March 2021. Abstract 31.
17. Yang X, Sun J, Patel RC, Zhang J, Guo S, Zheng Q et al. Associations between HIV infection and clinical spectrum of COVID-19: a population level analysis based on US National COVID Cohort Collaborative (N3C) data. Lancet HIV. 2021;8(11):e690-e700.
18. Wang Y, Feng R, Xu J, Shi L, Feng H, Yang H. An updated meta-analysis on the association between HIV infection and COVID-19 mortality. AIDS. 2021;35:1875-80.
19. Nomah DK, Reyes-Urueña J, Díaz Y, Moreno S, Aceiton J, Bruguera A et al. Sociodemographic, clinical and immunological factors associated with SARS-CoV-2 diagnosis and severe COVID-19 outcomes in people living with HIV: a retrospective cohort study. Lancet HIV. 2021;8(11):e701-e710.
20. Sigel K, Swartz T, Golden E, Paranjpe I, Somani S, Richter F et al. Coronavirus 2019 and people living with human immunodeficiency virus: outcomes for hospitalized patients in New York City. Clin Infect Dis. 2020;71(11):2933-8.
21. Jassat W, Cohen C, Tempia S, Masha M, Godlstein S, Kufa T. Risk factors for COVID-19-related in-hospital mortality in a high HIV and tuberculosis prevalence setting in South Africa: a cohort study. Lancet HIV. 2021;8(9):e554-e567.
22. Dandachi D, Geiger G, Montgomery MW, Karmen-Tuohy S, Golzy M, Antar AAR et al. Characteristics, comorbidities and outcomes in a multicenter registry of patients with human immunodeficiency virus and coronavirus disease 2019. Clin Infect Dis. 2021;73(7):e1964-e1972.
23. COVID-19 Vaccines for Moderately to Severely Immunocompromised People. In: US Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. 18 October 2021. Atlanta (GA): US CDC; c2021 (https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/recommendations/immuno.html).
24. Madhi S, Koen A, Fairlie L, Cutland C, Baillie V, Padayachee S et al. ChAdOx1 n CoV-19 (AZD1222) vaccine in people living with and without HIV. 2021. Pre-print.
25. Frater J, Ewer K, Ogbe A, Pace M, Adele S, Adland E et al. Safety and immunogenicity of the ChAdOx1 nCoV-19 (ZAD1222) vaccine against SARS-CoV-2 in HIV infection. Lancet. 2021;19 April. Pre-print.
26. Ruddy J, Boyarsky B, Bailey J, Karaba A, Garonzik-Wang J, Jacqueline M et al. Safety and antibody response to two-dose SARS-CoV-2 messenger RNA vaccination in persons with HIV. AIDS. 2021;35(14):2399-401.
27. Woldemeskel B, Karaba A, Garliss C, Beck E, Wang K, Laeyendecker O et al. The BNT162b2 mRNA vaccine elicits robust humoral and cellular immune responses in people living with Human Immunodeficiency Virus (HIV). Clin Infec Dis. 2021;ciab648.
28. Spinelli M. Lower SARS-CoV-2 IgG and pseudovirus neutralization titers post-mRNA vaccination among people living with HIV. IDWeek 2021, 29 September–3 October. Abstract LB8.
29. Global gender gap report 2021. Geneva: World Economic Forum; 2021 (https://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2021.pdf).
30. Bourgault S, Peterman A, O'Donnell M. Violence against women and children during COVID-19—one year on and 100 papers in. A fourth research round-up. Washington (DC): Center for Global Development; 2021 (https://www.cgdev.org/sites/default/files/vawc-fourth-roundup.pdf).
31. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: WHO; 2013.
32. Hatcher AM, Smout EM, Turan JM, Christofides N, Stöckl H. Intimate partner violence and engagement in HIV care and treatment among women: a systematic review and meta-analysis. AIDS. 2015;29(16):2183-94.
33. Missing in action: COVID-19 response funding for gender-based violence and sexual and reproductive health in five countries. New York (NY): Global Health Justice and Governance Programme at Columbia University; 2020 (https://www.publichealth.columbia.edu/sites/default/files/multi-country_funding_2-pager_9_april_2021.pdf).
34. Addressing the gender dimensions of COVID-related school closures. Geneva: UNESCO; August 2020 (https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000373379).
35. The state of food security and nutrition in the world 2021. Rome: Food and Agriculture Organization; 2021 (https://www.fao.org/3/cb4474en/online/cb4474en.html).
36. McLinden T, Stover S, Hogg RS. HIV and food insecurity: a syndemic amid the COVID-19 pandemic. AIDS Behav. 2020;24:2766-9.
37. Korowski C, Evans DB, Tandon A, Eozenou PH-V, Schmidt M, Irwin A et al. From double shock to double recovery: implications and options for health financing in the time of COVID-19. Washington (DC): World Bank; 2021 (https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/35298).
38. Jahun I, Said I, El-Imam I, Ehoche A, Dalhatu I, Yakubu A et al. Optimizing community linkage to care and antiretroviral therapy initiation: lessons from the Nigeria HIV/AIDS Indicator and Impact Survey (NAIIS) and their adaptation in Nigeria ART Surge. PLoS ONE. 2021;16(9):e0257476.
39. Jahun I, Dirlikov E, Odafe S, Yakubu A, Boyd AT, Bachanas P et al. Ensuring optimal community HIV testing services in Nigeria using an enhanced community case-finding package (ECCP), October 2019–March 2020: acceleration to HIV epidemic control. HIV AIDS (Auckl). 2021 Aug 25;13:839-50.
40. Data provided to UNAIDS by the PEPFAR team in Nigeria, 16 November 2021.
41. Boyd AT, Ogbanufe O, Onyenuobi C, Mgbakor I, Bachanas P, Olupitan O et al. Scale-up of antiretroviral treatment access among people living with HIV in Rivers State, Nigeria, 2019–2020. AIDS. 2021;35(7):1127-34.
42. Dirlikov E, Jahun I, Odafe SF, Obinna O, Onyenuobi C, Ifunanya M et al. Rapid scale-up of an antiretroviral therapy program before and during the COVID-19 pandemic––nine states, Nigeria, March 31, 2019–September 30, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2021;70(12):421-6.
43. Boyd AT, Jahun I, Dirlikov E, Greby S, Odafe S, Abdulkadir A et al. Expanding access to HIV services during the COVID-19 pandemic—Nigeria, 2020. AIDS Res Ther. 2021;18(1):62.

© Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), 2021 г.

Некоторые права защищены. Эта работа доступна по лицензии Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/).

В соответствии с условиями настоящей лицензии вы можете копировать, распространять и адаптировать работу для некоммерческих целей при условии надлежащего цитирования работ, как указано ниже. Ни при каких обстоятельствах не следует допускать возникновения предположений о том, что ЮНЭЙДС выражает поддержку каким-либо конкретным организациям, продукции или услугам. Использование логотипа ЮНЭЙДС запрещено. Если вы адаптируете работу, вам необходимо получить на нее такую же или эквивалентную лицензию Creative Commons. Если вы переводите эту работу на другой язык, вы должны добавить следующее заявление об отказе от ответственности вместе с рекомендуемой цитатой: «Этот перевод не был создан ЮНЭЙДС. ЮНЭЙДС не несет ответственности за содержание или точность данного перевода. Оригинальная версия на английском языке является юридически обязывающей и оригинальной».

Любое посредничество, связанное со спорами, возникающими в связи с лицензией, должно осуществляться в соответствии с правилами посредничества Всемирной организации интеллектуальной собственности (http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules).

Рекомендуемая цитата. [Заголовок]. Женева: Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу; 2021. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Материалы третьих лиц. Если вы хотите повторно использовать материалы, связанные с этой работой и ассоциированные с третьими лицами, например таблицы, рисунки или фотографии, вы несете ответственность за определение необходимости получения разрешения на такое повторное использование, а также за получение разрешения от владельца авторского права. Риск претензий, возникающих в результате нарушения авторских прав на компоненты, принадлежащие третьим лицам, в полной мере несет пользователь.

Используемые обозначения и презентация материалов в данной публикации не подразумевают никакого мнения со стороны ЮНЭЙДС относительно юридического статуса любой страны, территории, города или области, равно как и их властей, а также относительно определения их границ. Пунктирные линии на картах представляют примерные границы, для которых еще не достигнуто полное соглашение.

Упоминание компаний или отдельных товаров производителей не подразумевает, что они одобрены или рекомендованы ЮНЭЙДС в отличие от других неупомянутых компаний такого же типа. Исправленные ошибки и упущения, а также названия фирменных товаров выделяются начальными заглавными буквами.

ЮНЭЙДС приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в данной публикации. Однако опубликованный материал распространяется без каких-либо гарантий, явных или подразумеваемых. Ответственность за интерпретацию и использование материала несет читатель. Ни при каких обстоятельствах ЮНЭЙДС не несет ответственности за ущерб, возникший в результате его использования.

ЮНЭЙДС/JC3041R

ЮНЭЙДС